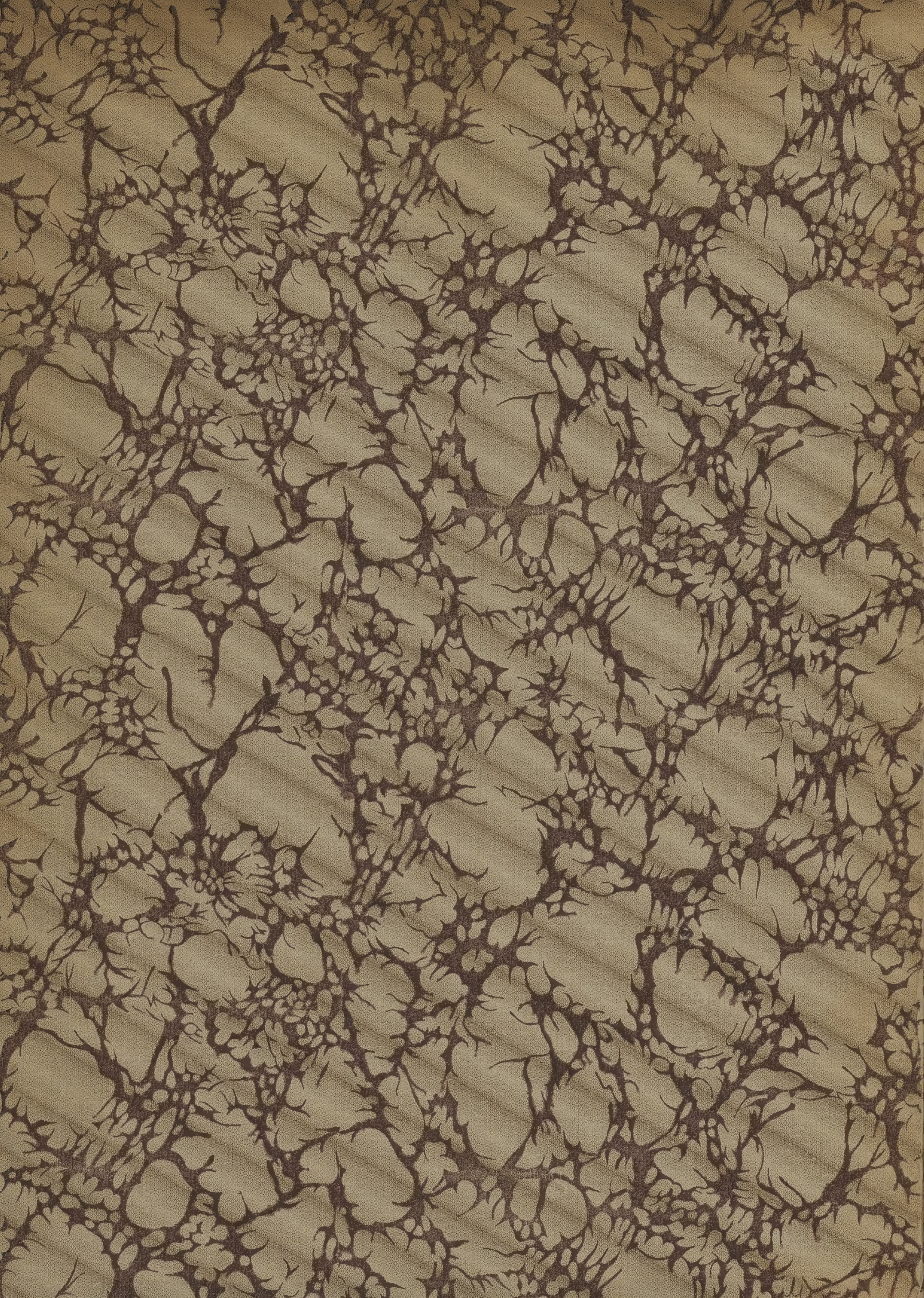
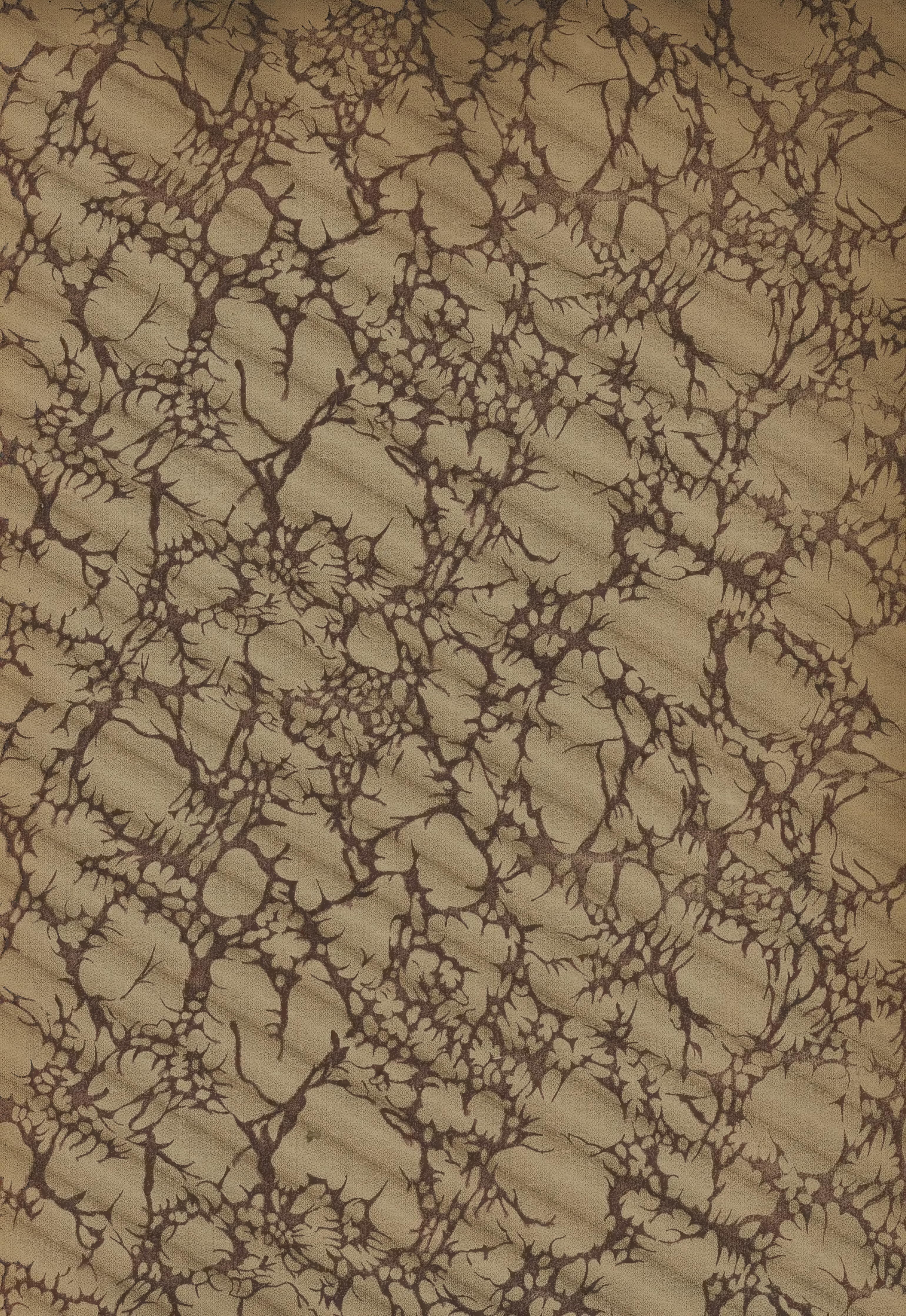
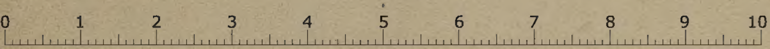

BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
SR







LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'EDITION

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE



QUATRE-VINGT-SEIZIÈME ANNÉE

1923

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1923

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

INSTITUT PASTEUR. — Le centième anniversaire de la naissance de Pasteur a été célébré, le 27 décembre, à 3 h., dans l'amphithéâtre de chimie de l'Institut Pasteur.

Très touchante dans sa simplicité, cette réunion dite « intime ». A en juger par la foule qui s'y est rendue, cela peut donner une idée du nombre des amis de la maison.

Sous la présidence de M. le président de la République, assisté de MM. Strauss, Doumic, Lacroix, Picard, Ch. Richet, Vallery-Radot, Roux, etc., ont pris successivement la parole, MM. Roux qui, dans un raccourci d'une clarté lumineuse, a retracé l'œuvre de Pasteur; Doumic, de l'Académie française; Lacroix, de l'Académie des sciences; M. Achard, de l'Académie de médecine, dont nous sommes heureux de pouvoir reproduire le beau et court discours :

« L'Académie de médecine, où Pasteur a vu la plupart de ses découvertes âprement discutées, contestées parfois, puis enfin triomphantes, ne peut manquer de prendre part à toute cérémonie, intime ou solennelle, en l'honneur du plus illustre de ses membres.

Hier, consacrant une séance au développement magnifique de son œuvre, elle faisait l'inventaire des richesses dont il a doté la médecine et comptait non sans fierté les fruits de son héritage.

Aujourd'hui, elle vient dans son temple, se recueillir pieusement devant ses restes mortels et saluer avec respect ceux qui continuent inlassablement son œuvre immortelle.

Bientôt elle participera de même à d'autres manifestations où des représentants de tous pays rappelleront, glorifieront, béniront son nom et ses bienfaits.

Il n'est guère de corps savant où Pasteur soit plus honoré que dans notre Compagnie. N'est-ce pas juste? Lui qui nous apportait tant d'incomparables découvertes, il eut à souffrir chez nous quelques déboires. Ne faisons pas trop grief à nos aînés d'avoir été un peu trop lents à se laisser convaincre. Toutes les assemblées connaissent de pareilles disgrâces et c'est leur sort commun, quand elles se trompent, de se tromper avec ensemble. L'esprit humain se défait malaisément d'opinions dont, à force d'ingénieux artifices, il a fait des objets de prix, et ce n'est pas sans regrets ni sans luttes qu'il abandonne le vase brisé de ses chères théories. Et puis, disait Vicq d'Azyr, secrétaire perpétuel de la Société royale de médecine, notre grande ancêtre, l'art de persuader est un don qui manque parfois au génie.

A vrai dire, Pasteur avait toujours trouvé parmi nous des défenseurs et l'erreur de nos devanciers ne fut pas de très longue durée. Puisse, du moins, la leçon n'en être pas perdue et soyons reconnaissants à Pasteur de nous avoir appris, avec le pouvoir de faire le bien, le devoir d'être modestes.

Aujourd'hui, comme il est bien vengé! Biologie, médecine, chirurgie, obstétrique, art vétérinaire, hygiène, tous les sujets de nos travaux portent sa marque et nos Bulletins chantent sa gloire. Le grand mort au milieu de nous est toujours vivant, car la mort ne tue pas l'idée. Pas plus que la matière, cette force qu'est l'idée ne se perd ni ne se détruit. Elle féconde à travers les âges les esprits qu'elle imprègne Ainsi, par le rayonnement de son génie. Pasteur n'a pas cessé d'inspirer nos idées et de conduire nos actes. Le grain qu'il a semé lève et fructifie. Bénie soit notre récolte et mûrissent les moissons, qu'à notre tour nous devons semer!

En ce glorieux anniversaire, au surlendemain de ce Noël centenaire qui donnait au monde un sauveur de vies humaines, admirons une fois de plus la grandeur singulière de ce puissant génie. N'étant point médecin, il a transformé la médecine et ses travaux ont ouvert des voies nouvelles en maints autres domaines du savoir humain.

Peut-on montrer avec plus d'éclat la solidarité de toutes les sciences, ou pour mieux dire, la splendide unité de la Science? »

Viennent ensuite M Sagnier, de l'Académie d'agriculture; M. Appell, recteur de l'Académie de Paris; M. Weiss, de l'Université de Strasbourg; M. Lespieau, de l'Ecole normale supérieure; M. E. Picard, président de l'Association des anciens élèves de l'Ecole normale supérieure; M. Pouchet,

vice-président du Conseil supérieur d'hygiène; M. Vincent, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène et de salubrité de la Seine; M. E. Picard, président de la Société des amis des sciences; M. Ch. Richet, président de la Société de biologie qui, dans une chaleureuse improvisation, a déclaré, en terminant, que Pasteur n'appartenait pas seulement aux diverses Sociétés savantes, mais bien à l'humanité tout entière; M. Blaise, président de la Société chimique de France; M. Desgrez, président de l'Association française pour l'avancement des sciences; M. Leclainche, de la Société centrale vétérinaire; M. Rossignol, de la Société de médecine vétérinaire pratique: M. A. Claude, président de l'Association générale des étudiants; M. Vallery-Radot, président du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur.

On s'est rendu ensuite à la crypte où repose Pasteur, à son appartement et à la bibliothèque où était dressé un buffet.

Ces hommages rendus à Pasteur, dans sa propre maison, ont présenté un caractère de dignité et de grandeur qui a profondément ému la nombreuse assistance qui a répondu à l'invitation de MM. Roux et Vallery-Radot.

A. BROCHIN.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

A la dignité de grand officier. — M. le médecin inspecteur général Sieur (C.).

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur général Toubert.

M. le médecin inspecteur Camail.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de 1re classe Dejouany.

MM. les médecins principaux de 2e classe Colomb, Maffre.

MM. les médecins-majors de 1re classe Comte, Cristiani, Ecochard, Pichon, Melnotte, Bertrand.

M. le médecin-major de 2e classe Fauque.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de 2e classe Mouchard, Perrignon de Troyes, Fabre, Lubet, Labastie, Ricbourg, Coulon, Lépine.

M. le médecin aide-major de 1re classe Pinard.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. (Armée active.) — Par décret, en date du 27 décembre 1922, sont promus aux grades ci-après :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Bar, Vidal, Poullain, Destrez.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Camus, Vigné, Masson, Guignot, Sandras, Ardoin.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM les médecins-majors de 2e classe Ruchaud, Barberousse, Etienney, Vignon, Costa, Pinat, Coudray, Fontan, Vendeuvre, Lévy, Bercher, Rabaïoye, Theron, Mairesse.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Pourtau, Petit, Jalras, Givry, Ramery, Susini, Testas, Auban, Berge, Baron, Bodet, Menantaud, Brunel, Oblicher, Pêcheur, Henry, Deroche, Dangles, Poirier, Schell.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — M. le pharmacien-major de 2e classe Vannier.

— Par décret en date du 27 décembre 1922, sont promus aux grades ci-après :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. le médecin principal de 2e classe Coullaud.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. le médecin-major de 1re classe Jullien.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort du docteur Léon Dedet, ancien médecin de la marine, médecin consultant à Martigny-les-Bains. Nous adressons nos bien sympathiques condoléances à son fils le docteur Jacques Dedet, et à son neveu le docteur Babonneix, notre collaborateur et ami.

COURS DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. (Professeur : M. BRUMPT.) — M. le professeur Brumpt commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le mardi 9 janvier 1923, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le jeudi 4 janvier 1923, à 16 heures, petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Les phobies ».

Le lundi 8 janvier 1923, à 10 heures, à l'amphithéâtre de l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), sur « La démence sénile » (présentation de malades, projection de coupes).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL D'AVANT-GUERRE. PROROGATION. MAJORATION POINT DE DÉPART

(LOI DU 31 MARS 1922, ART. 1er)

La Commission supérieure de Cassation vient, par deux arrêts du 30 novembre 1922, de résoudre une question intéressant tout spécialement les locataires *qui sont encore sous l'empire de leur bail d'avant-guerre* et n'ont pas encore entamé leur prorogation. Voici cette question : la double majoration, imposée par l'article 1er, §§ 4 et 5 de la loi du 31 mars 1922 aux locataires appelés à bénéficier des prorogations prévues par les lois des 9 mars 1918 et 23 octobre 1919, s'applique-t-elle seulement aux années de prorogation, ou bien s'applique-t-elle aussi au temps restant à courir sur la durée normale du bail, avant l'ouverture de la période de prorogation?

La solution de cette question avait donné lieu à deux jugements des chambres du Conseil du Tribunal civil, réunies conformément à la loi du 31 mars 1922, dont nous avons précédemment parlé, l'une du 30 juin 1922 et l'autre du 11 août 1922. Ces jugements avaient décidé que, les conventions formant la loi des parties (art 1.134 C. civ.), le bail doit s'exécuter pendant toute sa durée, conformément aux stipulations qu'il contient, notamment en ce qui concerne le paiement du loyer et des charges.

Comme ces jugements, la Commission supérieure décide que, tant que le bail n'est pas expiré et suit son cours normal, c'est lui qui continue à faire la loi des parties. L'article 1134 C. civ., édicte une règle essentielle et fixe le droit commun en matière de conventions; à cet égard, nous avons fait observer, après la promulgation de la loi du 31 mars que le législateur avait eu en vue le retour au droit commun en matière de loyer.

La Cour de Cassation a appliqué ce principe. Elle ajoute que les expressions de *locataires appelés à bénéficier des prorogations prévues par les lois du 9 mars 1918 et 23 octobre 1919* ne prêtent à aucune équivoque et doivent s'entendre des locataires qui, remplissant les conditions requises à cet effet, bénéficient *effectivement* desdites prorogations; d'autre part, l'obligation de contribuer aux charges nouvelles qui grèvent l'immeuble loué n'étant que la contre-partie de la prorogation accordée aux locataires, on ne peut admettre que l'exigibilité de cette contribution devançât la période de prorogation.

Donc, pas de paiement de la contribution prévue par la loi du 31 mars 1922 (art. 1er, §§ 4 et 5), si le locataire se trouve encore sous l'empire de son bail.

Nous n'avons pas encore la teneur des deux arrêts de la Cour de Cassation du 30 novembre 1922. Nous les ferons connaître ultérieurement; mais il nous a paru utile de prévenir dès maintenant les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* qui sont intéressés à la solution d'une question qui était restée en suspens.

HÉRÉDO-SYPHILIS

avec manifestations insolites :

ICHTYOSE, PIGMENTATIONS CUTANÉES, MALADIE DE ROGER

PAR MM.

L. BABONNEIX F. DUGUÉ (de Dreux).

La syphilis, avait coutume de dire le professeur Fournier, ne fait pas que de la syphilis : elle est capable de déterminer l'apparition des phénomènes morbides les plus divers, ainsi qu'en témoigne la curieuse observation qui suit :

*
* *

Mlle X..., neuf ans.

A. H. et A. P. — Des grands parents *maternels*, l'un était alcoolique, l'autre semble avoir joui d'une bonne santé, bien que nous n'ayons pu nous procurer sur elle de renseignements précis.

Passons aux grands parents *paternels*. L'un était atteint de *neuro-syphilis* avec signe d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes rotuliens, etc. ; l'autre a toujours été bien portant. De leurs enfants, la plupart sont morts, soit en venant au monde, soit au bout de quelques mois.

Ajoutons que grand-père paternel et grand'mère maternelle étaient *cousins germains*.

La santé du *père* ne paraît, à un examen sommaire, rien présenter de particulier, bien qu'il ait eu la fièvre typhoïde à sept ans, une pneumonie à quatorze et une attaque de rhumatisme à vingt-cinq.

La *mère* a été opérée d'un goitre exophtalmique par M. Morestin ; elle a une *sœur mongolienne*, et qui présente une fissure congénitale du voile et de la voûte. Elle a fait une fausse-couche au début de son mariage.

La jeune X... est née à terme, à la suite d'une grossesse normale ; elle pesait, à la naissance, 7 livres et demie. Elle a été nourrie au lait de vache, a fait ses premières dents à onze mois, ses premiers pas à dix-sept ; elle aurait parlé assez tôt. Elle n'a pas eu de convulsions, mais a toujours été chétive.

Dès les premiers mois, elle a été atteinte d'ichtyose.

E. A. — Chez cette fillette, on constate des symptômes de divers ordres :

1° *Stigmates d'hérédo-syphilis* : exostoses frontales, microdontisme, etc. ; d'ailleurs, la réaction de Wassermann, recherchée pour le sang, est positive ;

2° Une *ichtyose* typique, et d'ailleurs en voie de rétrocession, depuis que l'un de nous a prescrit le traitement spécifique alterné avec l'opothérapie thyroïdienne ;

3° Une *maladie de Roger* également typique, avec gros souffle systolique rude, râpeux, s'entendant à la base du cœur, vers la partie interne du troisième espace intercostal gauche, et se propageant transversalement à droite et à gauche du sternum, cyanose, etc., sans signes d'insuffisance ventriculaire droite ;

4° Un léger degré de *débilité mentale* : cependant la petite X... sait lire et écrire, mais elle ne s'intéressait que peu à ses études et n'occupait point, en classe, les premiers rangs ; elle ne présente, par contre, aucun trouble des sentiments moraux ;

5° Quelques *stigmates physiques de dégénérescence* : voûte ogivale, malformations auriculaires, apparence vaguement mongolienne de la physionomie, anomalies de forme des ongles ;

6° Une certaine apparence de *gracilité*, encore que poids et taille ne s'écartent en rien de la normale ;

7° Et, surtout, une *pigmentation* d'aspect très spécial. Elle est disposée, en effet, en raies, en stries parallèles légèrement saillantes, séparées par des intervalles de peau saine, non achromique. Stries et intervalles, perpendiculaires à l'axe du corps, occupent le tronc et surtout le thorax. Les premières ont 2 à 3 millimètres de largeur et 10 à 12 centimètres de longueur, les seconds ont presque un demi-centimètre de large. Le tronc et particulièrement sa face antérieure se trouvent ainsi rayés, zébrés par un réseau de lignes pigmentées séparées par des intervalles de peau saine. La pigmentation est café au lait plutôt que brune ; sa coloration est peut-être plus accusée sur l'abdomen que sur le thorax ; la peau, dans les intervalles, paraît intacte, même à la loupe. Symptômes négatifs : il n'y a ni prurit, ni desquamation, ni circulation veineuse complémentaire, ni pigmentation des muqueuses. Il n'a pu, en raison des conditions de l'examen, être pratiqué de biopsie. Ajoutons, enfin, que la malade *n'a jamais absorbé de préparation arsenicale* et que la lésion cutanée n'a pas évolué depuis de longues années.

*
* *

En *résumé*, chez une fillette de neuf ans, présentant les signes cliniques et sérologiques de l'hérédo-syphilis, nous constatons un ensemble de symptômes assez disparates :

1° Les *uns* : débilité physique et mentale, stigmates de dégénérescence, etc., peuvent, sans difficulté, être rattachés à l'hérédo-syphilis. Il en va de même de la communication interventriculaire, ainsi que dans un cas que l'un de nous avait jadis publié ici-même (1) et de l'ichtyose (Audry, E. Fournier) ;

2° Les *autres* sont d'interprétation plus délicate. Nous voulons parler de ce réseau pigmentaire qui recouvre le thorax et qui n'est ni la *poïkilodermia atrophians reticularis* de Jacobi, affection prurigineuse et évolutive, ni le *xeroderma pigmentosum* dont elle diffère par l'absence d'ulcérations et de formations næviques comme par la non-adhérence de la peau aux plans sous-jacents. Notre cas se rapprocherait plutôt de ceux publiés par MM. Thibierge et Hufnagel (2), et, surtout, par MM. Monlaur et Caillau, sous le nom qui indique suffisamment l'embarras des auteurs : « Atrophie et pigmentation. Cas pour diagnostic » (3). Embarras d'autant plus justifié que M. Darier a déclaré n'avoir jamais vu de cas semblables. Sans doute, entre celui-ci et le nôtre, quelques différences : présence d'atrophie cutanée, de télangiectasies, d'éruptions bulleuses. Mais, dans celui-ci comme dans celui-là, hérédo-syphilis manifeste.

*
* *

D'un cas aussi anormal, que conclure ?

1° L'hérédo-syphilis de seconde génération peut, comme on le sait depuis longtemps, traduire son existence par de nombreux accidents ; peut-être, d'ailleurs, son rôle a-t-il été favorisé par d'autres causes : alcoolisme, consanguinité ;

2° De ces accidents, les uns sont classiques et ne servent, pour ainsi dire, qu'à étayer le diagnostic ;

3° Les autres : malformations cardiaques, ichtyose, sont déjà moins communs ;

3° Il en est une, enfin, que ne signalent pas les ouvrages didactiques : c'est une pigmentation en réseau, recouvrant le tronc ne s'accompagnant d'aucune lésion cutanée et, jusqu'à un certain point, comparable à celle que mentionnent MM. Monlaur et Caillau ;

4° Même lorsqu'il s'agit d'hérédo-syphilis de seconde génération, le traitement n'est pas inactif :

(1) L. Babonneix. Du rôle de la syphilis dans la production des malformations fatales, *Gaz. des hôpit.*, 11 déc. 1913, n° 141.

(2) Thibierge et Hufnagel. *Soc. de dermat.*, 1921.

(3) Monlaur et Caillau. *Soc. de dermat.*, 10 nov. 1921, p. 422 des *Bulletins*.

sous l'influence des frictions alternées avec l'opothérapie thyroïdienne, l'ichtyose a sensiblement régressé, les fonctions intellectuelles se sont éveillées et le développement physique a pris son essor.

ACTUALITÉS

LE REIN DES HÉRÉDOSYPHILITIQUES

On lit aujourd'hui avec un intérêt particulier ce qui se rapporte à la syphilis héréditaire dont il faut, plus que jamais, bien connaître toutes les localisations. Aux armées, pendant quatre ans, derrière la zone du sang et de la mort, parfois très près d'elle, était installée la zone de la volupté. La *Chronique médicale* publiait récemment une curieuse étude sur la prostitution de 1914-1918; nos soldats du XXe siècle sont bien les descendants des Croisés ayant, à Damiette, leurs bordeaux dans le camp même, à un jet de pierre de la tente du roi Louis IX, fort attristé de cette débauche. Il est vraisemblable que les Croisés revinrent avariés des lointains rivages; il est certain que les glorieux vainqueurs de 1918 furent, en trop grand nombre, contaminés, d'où, pour ces hommes jeunes, le risque de procréer des hérédosyphilitiques.

Les manifestations rénales de l'hérédosyphilis viennent d'être parfaitement étudiées par le professeur Hutinel (1) qui avait déjà traité ce sujet en 1919 (2) et inspiré la thèse de Mlle Jeanne Queslier (3) basée sur 101 observations avec 21 examens histologiques.

Pour bien faire comprendre les symptômes et les caractères des néphrites dans la syphilis héréditaire infantile, le professeur Hutinel commence par en décrire les *lésions*. C'est chez les enfants mort-nés ou chez ceux qui succombent peu de jours après la naissance que l'on trouve le plus nettement les réactions provoquées dans le tissu rénal par l'invasion du tréponème, par la septicémie syphilitique; ces réactions ont toujours le même aspect, parce qu'elles n'ont pu être modifiées par les influences toxiques ou infectieuses qui interviendront plus tard. Au *stade embryonnaire*, le rein est augmenté de volume; sa capsule s'enlève facilement; la surface de l'organe est lisse, les gommes rares. L'altération prédominante est une infiltration d'éléments arrondis, lymphocytes extravasés ou cellules conjonctives proliférées, autour des artérioles de la voûte vasculaire du rein ou des branches préglomérulaires et dans les espaces interlobulaires. Il est exceptionnel que les tubes et les glomérules soient gravement atteints. Donc, lésions à siège périvasculaire, artérite et péri-artérite. Le foie est, comme le rein, infiltré d'innombrables cellules embryonnaires (Hutinel et Hudelo).

Peu de temps après la naissance, ces altérations peuvent avoir disparu, ou, au contraire, persister et entrer dans la phase d'*organisation conjonctive*. C'est alors qu'à l'infiltration embryonnaire succède une organisation interstitielle du tissu conjonctif dont la sclérose sera le terme final. Dans les différents tissus où les spirochètes ont élu domicile, les lésions conservent des caractères communs mais se distinguent par certains détails de leur évolution et deviennent plus complexes. La note dominante reste une vascularite et une périvascularite, avec endartérite, péri et même mésartérite; mais, à côté des éléments embryonnaires, on voit des cellules jeunes, fusiformes ou épithélioïdes, des masses plasmodiales plurinucléaires; enfin, les éléments actifs des parenchymes souffrent, s'altèrent et tendent à disparaître, du moins par places.

Voici le rein syphilitique d'un nourrisson de trois mois à deux ans : normal à première vue, ou plus gros et plus ferme, plus rarement atrophié, il a une surface granuleuse, avec présence de gommes plus fréquente que chez le fœtus. Sur les coupes : épaississement irrégulier du tissu interstitiel, fouillis d'éléments conjonctifs, par places tissu scléreux déjà constitué; altérations des vaisseaux artériels et veineux; pour ce qui est des éléments sécréteurs, glomérules atrophiés, épaississement de la capsule et du bouquet glomérulaires, altérations de l'épithélium des tubes contournés. Ces lésions ne sont habituellement ni uniformes, ni totales; des zones saines alternent avec des zones malades. Chez les sujets peu gravement infectés ou traités assez tôt, cela fait des lésions parcellaires constituant une méiopragie des reins, prédisposant au réveil de l'infection spécifique ou à des atteintes par les infections banales.

Lorsque les enfants ont dépassé deux ans, les reins syphilitiques sont à la *phase de sclérose*, atrophiés, granuleux ou lisses, pâles ou rouges; la capsule est épaissie, plus ou moins adhérente; le cortex est aminci; on remarque un certain degré de périnéphrite chronique. Au microscope : tissu fibreux autour des vaisseaux, artérite oblitérante; altérations glomérulaires avec capsule épaisse, rétraction fibreuse, périglomérulite; tubes déformés, atrophiés par places ou dilatés, avec un épithélium granuleux, abrasé; tissu fibreux entre les tubes contournés et les tubes excréteurs; dégénérescence amyloïde assez fréquente. Ce sont donc les lésions de la néphrite interstitielle qui, souvent, s'accompagnent de lésions cardio-vasculaires : cœur hypertrophié, aortite, artério-sclérose périphérique.

Dans d'autres cas, sur un rein touché par l'hérédo-syphilis, se sont greffées diverses infections ou intoxications. On trouve alors à l'autopsie un rein augmenté de volume présentant l'aspect d'un gros rein blanc ou d'un rein bigarré, avec altérations importantes des éléments sécréteurs.

Le professeur Hutinel aborde ensuite la question des *aplasies rénales* pour chercher quel rôle revient à la syphilis héréditaire dans les cas où le développement du rein est arrêté ou reste très imparfait. L'aplasie n'est pas une atrophie résultant d'altérations régressives; c'est un arrêt de développement, qui peut être plus ou moins marqué, qui peut atteindre inégalement les deux reins. Ceux-ci sont donc petits, lobulés, plutôt mous que durs, entourés d'une épaisse couche graisseuse; le cortex est très réduit, la substance médullaire, un peu moins. Au microscope : altérations de néphrite interstitielle systématisée autour des vaisseaux de la substance corticale. En présence d'un rein petit, rétracté, fibreux, il est parfois difficile de dire si les altéra-

(1) HUTINEL. Les néphrites dans la syphilis héréditaire infantile, *Arch. de méd. des enf.*, 1922, nos 10 et 11.

(2) HUTINEL. Les néphrites chez les syphilitiques héréditaires *Paris méd.*, 25 janv. 1919.

(3) Jeanne QUESLIER. Les néphrites interstitielles dans l'hérédosyphilis. L'évolution des néphrites aiguës chez les hérédosyphilitiques, *Th. de Paris*, 1920.

La thèse de PÉCHEUR (Lyon, 20 janv. 1921) résume la question de la néphrite hérédosyphilitique précoce.

tions sont le résultat d'une inflammation chronique ou d'un arrêt de développement suivi de transformation fibreuse. A l'origine des aplasies rénales, comme d'ailleurs des autres aplasies organiques, la syphilis occupe certainement la place la plus importante, mais elle ne saurait être constamment incriminée (1).

Avec ces notions sur l'anatomie pathologique des reins hérédo-syphilitiques, on a déjà une idée de ce que l'on pourra cliniquement constater et on devine presque les diverses formes des néphrites survenant chez les enfants ainsi infectés pendant la vie intra-utérine. Voici d'abord un pauvre hérédo, très touché par la syphilis maternelle et succombant quelques jours après la naissance; dans ce cas, la néphrite n'a pas d'histoire clinique, c'est une trouvaille d'autopsie, intéressante pour fixer l'aspect des lésions au stade embryonnaire. Chez *les nourrissons* les néphrites de la syphilis héréditaire sont peu communes et constituent rarement des manifestations isolées de l'infection spécifique; elles se révèlent cliniquement par des œdèmes et alors, en examinant les urines, on constate de l'albuminurie et de la cylindrurie; le nourrisson peut présenter de la somnolence, des convulsions, des vomissements; il peut mourir d'urémie. Dans un certain nombre de cas, le traitement mercuriel paraît avoir tenu une place assez importante dans la pathogénie des accidents.

Beaucoup plus intéressantes sont les néphrites chez les hérédo-syphilitiques au cours de la *seconde enfance*. La plupart étaient rangées, jusqu'à ces dernières années, parmi les néphrites dites de cause inconnue. Le professeur Marfan a isolé de ce groupe les néphrites des tuberculeux; il faut aussi faire une place aux néphrites des syphilitiques. Les sujets qui en sont atteints peuvent d'ailleurs être en même temps tuberculeux et syphilitiques. Pour l'étude clinique du rein syphilitique dans la seconde enfance, on distinguera plusieurs groupes de faits : ce sont d'abord les *néphrites aiguës chez les syphilitiques héréditaires*. La fréquence des néphrites aiguës chez ces enfants est assez grande pour qu'on puisse admettre que le rein est, de par la syphilis, en état de méiopragie; sur 33 cas de néphrites aiguës où la réaction de Wassermann fut recherchée, elle était positive 18 fois (Mlle Queslier). Les hérédo-syphilitiques présentent donc cette débilité rénale, décrite jadis par Lecorché et Talamon, très bien étudiée par Castaigne, qui rend le rein plus vulnérable aux infections; à l'occasion d'une grippe légère, d'une adénoïdite, au cours d'oreillons, d'infections cutanées, la néphrite survient et cette poussée de néphrite peut ensuite réveiller l'activité des tréponèmes.

Au point de vue clinique, cette néphrite aiguë est parfois très banale, il faut fouiller les antécédents de l'enfant, il faut rechercher systématiquement l'hérédo-syphilis pour faire le diagnostic complet. Dans d'autres cas, l'affection présente des caractères un peu spéciaux : elle atteint un enfant qui était depuis assez longtemps pâle, malingre, ayant des troubles de la nutrition. La néphrite se traduit par des œdèmes, avec oligurie et même anurie passagère; céphalalgie, inappétence. L'évolution est ensuite variable : dans un tiers des cas environ, cette évolution est bénigne; l'albuminurie et les œdèmes disparaissent vite; le cœur ne se dilate pas, tout rentre dans l'ordre. Dans d'autres cas, l'affection se prolonge, avec de petites hématuries, le cœur se distend, la pression artérielle s'élève. Enfin, dans quelques cas, des accidents urémiques surviennent, mais la guérison est encore possible.

Viennent ensuite les *néphrites subaiguës avec épisodes aigus*. C'est une néphrite qui traîne et dans laquelle on peut déceler, par le bleu de méthylène ou la chlorurie alimentaire, une diminution de la perméabilité rénale; l'enfant est pâle, fatigué. A l'occasion d'un écart de régime, d'un refroidissement, un épisode aigu survient : urine peu abondante, brunâtre, avec des hématies, des leucocytes, quelques cylindres; albuminurie parfois très abondante; des œdèmes, peu d'accidents urémiques. L'état du malade s'améliore lentement, mais la guérison reste incomplète et précaire; on assiste ainsi à des alternatives d'amélioration et d'aggravation successives. Puis à l'occasion de quelque infection (angine, pneumonie), l'enfant finit par succomber. On trouve à l'autopsie des reins augmentés de volume, avec des lésions tantôt à prédominance épithéliale, tantôt surtout interstitielles.

D'autres enfants sont atteints de *néphrite chronique interstitielle*; et alors on se rappellera qu'en médecine infantile la syphilis est la cause principale des néphrites scléreuses. Cliniquement, polyurie, urines de densité faible, contenant peu ou pas d'albumine; syndrome cardio-vasculaire, hypertension parfois considérable, Nobécourt ayant trouvé 25/18 chez une fillette de treize ans; azotémie; parfois des hémorragies (épistaxis, purpura, hémorragies rétiniennes). Les enfants succombent à des accidents urémiques ou avec des signes traduisant l'affaiblissement progressif du cœur.

Il ne nous reste plus qu'à étudier les *aplasies rénales*. Elles donnent le tableau clinique de la néphrite interstitielle, avec prédominance d'azotémie, avec des symptômes d'urémie et d'artériosclérose. Mais, dans d'autres cas, l'aplasie rénale influe beaucoup sur le développement du sujet et crée un état dystrophique. C'est Parsons qui, en 1911, a publié le premier cas d'infantilisme associé à la néphrite interstitielle chronique, chez une fillette de six ans demi; Hutinel et Harvier ont vu une infantile de seize ans, morte d'urémie, chez laquelle les reins pesaient l'un 5, l'autre 6 grammes. Les enfants, ainsi mal développés, sont de très petite taille, véritables nains, avec des os incurvés et déformés, une peau pâle, sèche ou bouffie, sans véritable œdème; ils sont anémiques, de vitalité réduite.

Nous serons brefs sur le chapitre du diagnostic; ce serait toute la question du diagnostic de la syphilis héréditaire. Notons seulement que la réaction de Bordet-Wassermann est rarement positive d'emblée dans l'hérédo-syphilis; souvent, elle ne l'est qu'après une réactivation et fréquemment elle manque.

Le traitement comporte deux indications : traitement habituel des néphrites, c'est facile; traitement spécifique, c'est plus délicat à manier. En effet, le rein étant la principale voie d'élimination des médicaments et ceux-ci pouvant, au passage, exercer une action nuisible, il faut choisir les médications que le rein tolère le mieux. Certains sujets supportent assez bien les préparations mercurielles; mais ayant vu des hématuries ou une diminution de la

(1) Voir HUTINEL et MAILLET. Dystrophies glandulaires et particulièrement dystrophies mono-symptomatiques. *Annales de médecine*, tome X, 1921.

sécrétion urinaire, après de simples frictions à la pommade mercurielle, le professeur Hutinel estime que la médication hydrargyrique ne constitue pas le traitement de choix; il signale, cependant, l'opinion de Milian, que le cyanure de mercure, en injection intraveineuse, est particulièrement indiqué dans les localisations rénales de la syphilis. Le traitement arsenical, novarsenobenzol intraveineux ou sulfarsenol intramusculaire, lui semble préférable; on surveillera attentivement les petits malades, on emploiera les arsenicaux à petites doses, très éloignées les unes des autres. Quant aux iodures, il ne faut pas en abuser chez les enfants qui, d'ordinaire, les tolèrent assez mal. Comme résultats du traitement, des améliorations encourageantes sont observées; mais dans les formes subaiguës ou chroniques, il serait fort imprudent de promettre la guérison.

On voit, par cette analyse, que le mémoire du professeur Hutinel met au point, avec une lumineuse précision, la question assez mal connue des néphrites chez les hérédosyphilitiques, qu'il a même une portée plus grande, donnant des idées et faisant réfléchir sur la pathologie générale de la syphilis héréditaire.

M. BRELET.

SOCIETES SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1923)

Hirsutisme chez un garçon de dix ans. Métabolisme basal. — MM. APERT, STÉVENIN et BROCA présentent un jeune garçon de dix ans, petit, obèse, couvert de poils à la face, sur le corps et au pubis comme un adolescent pubère, sans précocité des organes génitaux. C'est en un an que s'est faite cette transformation en même temps que l'enfant devenait sérieux, pondéré, réfléchi.

Le pouls et la respiration sont ralentis, la pression artérielle est augmentée.

La mesure du métabolisme basal donne une diminution de 20 p. 100, chiffre normal pour un adulte. Cette constatation a permis de poser les indications d'un traitement thyroïdien dont l'influence s'annonce efficace.

Insuffisance aortique par dilatation de l'anneau aortique. — M. BARIÉ, à propos de la communication de M. Bergé, signale la relative fréquence de ces cas et cite avoir observé deux cas d'insuffisance pulmonaire avec sigmoïdes fenêtrées, et même, lésions des sigmoïdes aortiques.

Traitement des syndromes parkinsonniens par injections intraveineuses de liquide céphalo rachidien. — M. SOUQUES (à propos du cas de MM. Bourges et Breuil) rappelle qu'il a déjà publié un travail sur le même sujet avec M. Mouquin. Les essais faits chez dix malades ne donnèrent aucun résultat favorable, contrairement aux observations de Piticorici.

M. SICARD signale n'avoir obtenu aucun résultat par l'auto-hémosérothérapie.

Myoclonie. Epilepsie non familiale. — MM. SICARD et Jacques LERMOYEZ présentent un malade atteint de myoclonie, épilepsie généralisée du type Unvevricht. Ils notent l'absence de caractère familial. Le gardenal a eu une action incomplète. La malade se traite par la compression oculaire permanente depuis deux ans, les crises d'épilepsie sont plus rares, les secousses myocloniques moins intenses.

Traitement de la syphilis héréditaire. — M. M. PINARD présente un malade atteint de lésions syphilitiques tertiaires. Il s'agit de syphilis héréditaire. Cependant sa femme et son enfant ont un Wassermann positif. Il faut donc traiter activement jusqu'à stérilisation, tout syphilitique héréditaire porteur d'accidents ou à sérologie positive.

Comparaison des méthodes de recherches du bacille de Koch dans les crachats par examens directs et par le milieu de Pétrof. — M. G. CAUSSADE et Mme CRIBIER. Dans 9 cas sur 10 de tuberculose pulmonaire, plus ou moins ulcéreuse, la méthode de l'enrichissement apparent des crachats s'est montrée notablement supérieure à la méthode ordinaire (proportion de 1 à 3, à 8 et très souvent supérieure à 25) et aussi à l'homogénéisation des crachats par la méthode d'Ellermann-Erlandsen (proportion de 1 à 2, à 3, à 10 et parfois au-dessus).

Dans 2 cas, les résultats comparatifs ne furent pas concordants; la présence du sang dans les crachats peut être incriminée.

L'addition de toute substance visqueuse (telle la glycérine) nuit à la méthode de l'enrichissement des crachats.

Deux fois sur les 10 cas examinés le milieu de Pétrof fut utilisé; la richesse des cultures en moins de quinze jours et l'ensemencement direct (alors que des manipulations préalables sont nécessaires) engagent à ne pas négliger ce moyen de recherches.

Dans 10 autres cas, le bacille tuberculeux ne fut pas trouvé, bien que dans un cas, il s'agît d'une caverne.

Mais dans les 9 cas restants, la tuberculose était très discrète, et cependant était certaine, en raison des ombres très nettes, soit aux deux sommets, soit dans le tiers supérieur des plages pulmonaires, et en raison de la présence d'épanchements pleuraux, contenant des lymphocytes.

Dans 4 de ces cas, outre toutes les méthodes microscopiques directes, le milieu de Petrof (avec homogénéisation préalable) fut utilisé. Aussi les auteurs se demandent s'il n'existe pas des congestions périturberculeuses qui bloqueraient en quelque sorte une lésion tuberculeuse minime; en pareil cas, malgré tout, des examens répétés et finalement, l'inoculation des crachats aux cobayes semblent s'imposer.

L'avenir des tuberculeux traités par le pneumothorax. Consequences sociales. — MM. RIST et HIRSCHBERG.

Tyrosino-réaction dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — MM. PISSAVY et MONCEAUX rappellent que le 24 février dernier, ils ont communiqué à la Société médicale une première note montrant que la présence de tyrosine dans l'expectoration indique une destruction du parenchyme pulmonaire dont la tuberculose est presque toujours responsable. Les recherches qu'ils ont poursuivies, depuis lors, confirment les constatations qu'ils avaient faites antérieurement. Deux fois seulement sur plus de 250 cas examinés jusqu'ici, la tyrosino-réaction s'est montrée négative, malgré la présence de bacilles dans les crachats, sans que les auteurs aient pu se rendre compte si, dans ces deux observations discordantes, il fallait incriminer une défaillance de la méthode ou une erreur de technique. Par contre, à diverses reprises, la tyrosino-réaction s'est montrée positive plusieurs semaines avant que la bactérioscopie réussît à mettre le germe spécifique en évidence.

MM. Pissavy et Monceaux pensent que l'apparition de la tyrosine dans les crachats est due à la destruction des matières protéiques par des ferments extrêmement actifs, que quelques germes seulement, et en particulier, le bacille de Koch, sont capables de sécréter. Des recherches en cours fixeront probablement ce point.

Les auteurs ne reviennent pas sur la technique, d'ailleurs extrêmement simple, de la réaction, qu'ils ont déjà exposé dans leur précédente communication. Ils signalent seulement quelques détails de cette technique dont l'expérience leur a montré l'intérêt, si l'on veut éliminer les causes d'erreur susceptibles de fausser les résultats.

Abcès du bras droit au cours d'une gonococcie. — MM. LÉRI et LUTON, à propos de la communication de M. Klippel montrent un malade qui a presénté un abcès du bras droit au cours d'une blennorragie. L'examen du pus montra qu'il était aseptique, le malade guérit cependant par la sérothérapie directe dans la poche de l'abcès.

Bronchite chronique et spirochètes. — MM. Pagniez et Ravina rapportent l'observation d'une femme de trente-six ans qui, depuis quatorze ans, crache du sang chaque matin (4 à 6 crachats). L'examen des crachats a montré l'absence des bacilles de Koch. L'examen radioscopique fut négatif.

Il existait une quantité énorme de spirochètes dans les crachats.

L'étiologie est restée ignorée. Aucune lésion à l'examen direct par bronchoscopie.

Les auteurs pensent que dans ces formes chroniques, l'association fuso-spirillaire est peut-être moins fréquente,

La thérapeutique (arsenic, novarsenobenzol, lipiodol) fut inactive.

Le traitement des aortites spécifiques par le bismuth. — MM. Ch. Laubry et Francis Bordet rapportent les résultats obtenus par le bismuth (iodo-bismuthate de quinine en suspension huileuse, formule Aubry) dans le traitement des aortites spécifiques. Par son action, sur les symptômes fonctionnels et sur l'évolution de cette affection, par sa grande tolérance habituelle, ce médicament mérite de prendre une place de premier plan parmi ceux auxquels on peut avoir recours en pareil cas. Plus maniable que les arsenobenzines qui restent, grâce à leur rapide efficacité, le traitement d'attaque de choix des sujets qui en supportent bien les grosses doses, le bismuth est tout particulièrement indiqué, soit pour pratiquer les traitements d'entretien prolongé qu'exigent de telles lésions, soit pour assurer aux aortites compliquées (insuffisance myocardique, déficience rénale, hypertension très élevée) ou aux malades intolérants ou résistants au mercure, à l'arsenic et aux iodures, le bénéfice de la médication spécifique. Grâce à sa tolérance et à sa voie d'introduction, il est plus compatible avec l'insuffisance du muscle cardiaque qui est, sans aucun doute, la pierre d'achoppement principale, thérapeutique des aortites.

En terminant, les auteurs résument les grandes lignes de leur méthode de traitement actuelle des aortites syphilitiques. Ils montrent quels sont les facteurs qui doivent guider le choix du médecin entre l'arsenic, le bismuth, le mercure et les iodures, ces quatre médicaments qui, associés ou non, peuvent chacun trouver leurs indications particulières.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1922)

Greffes de tendons morts. — M. Mouchet fait un rapport sur une importante communication de M. Regard (de Genève).

M. Regard a fait de nombreuses expériences sur des chiens chez lesquels il a greffé des tendons morts de veau qu'il entourait d'une gaine aponévrotique, après avoir paralysé les muscles par la section nerveuse. Après plusieurs tâtonnements, il est arrivé à des résultats appréciables : ces chiens marchaient bien, avec un léger retard de la patte portant le greffon. Ils pouvaient se tenir debout et marcher sur leur deux pattes de derrière. M. Regard a ainsi placé de longs greffons de 27 centimètres. Il mobilise ses chiens d'une façon précoce. Il propose de recourir à ces greffes dans les cas de paralysie du sciatique, de paralysie du radial, de paralysie faciale, du muscle releveur de la paupière. Il insiste sur la nécessité d'entourer le greffon d'une gaine péritendineuse.

Les résultats obtenus par M. Regard sont intéressants. Mais il leur manque encore l'épreuve du temps.

M. Mauclaire a eu recours à ces greffes mais avec une technique un peu différente. Il estime que la mobilisation ne doit pas être trop précoce.

M. Tuffier a employé ces greffes de tendons morts. Il se produit parfois des adhérences qui constituent une difficulté, aussi est-il indiqué d'isoler le plus possible ces tendons morts.

M. Ombrédanne rappelle que M. Broca et lui-même ont tenté de nombreuses expériences de ces greffes dans la paralysie infantile. Ils sont arrivés à conclure que ces greffes donnaient des résultats déplorables dans cette paralysie infantile et qu'il valait mieux recourir à l'arthrodèse.

M. Mouchet répond à M. Ombrédanne que M. Regard n'a pas envisagé la paralysie infantile.

Tumeur du sein. — M. Roux-Berger qui a ouvert la discussion sur ce sujet, résume cette discussion, répond aux différents orateurs qui ont pris la parole et constate que l'on paraît d'accord sur ce point qu'en matière d'opérations pour cancers du sein, il vaut mieux faire trop que trop peu. On semble d'accord aussi sur ce point qu'il faut enlever le grand pectoral en totalité.

Traitement des ulcères perforés de la région pyloro-duodénale. — M. Duval répond aux critiques que M. Lecène a dirigés contre la pylorectomie qu'il a lui-même proposée, dans sa communication du 14 juin dernier, comme étant préférable à l'enfouissement de l'ulcère avec gastro-entérostomie postérieure. M. Lecène insiste sur ce fait qu'il faut réduire l'opération au minimum. M. Duval répond à cela que l'ablation de l'ulcère est une opération facile et rapide. Quand elle est pratiquée d'une façon précoce, alors que la réaction péritonéale est encore amicrobienne, elle donne des résultats satisfaisants et définitifs.

Sur une statistique d'opérés par la suture, M. Duval relève 22 p. 100 de récidives, ce qui a obligé à recourir à une seconde opération. Il n'y a pas de récidives après la pylorectomie. Celle-ci est-elle donc une opération plus grave que la suture? D'après une statistique nouvelle fournie par M. Duval elle donne 84 p. 100 de guérisons.

En résumé, malgré les objections et les critiques formulées par MM. Lecène et Hartmann contre la pylorectomie proposée par M. Duval, celui-ci maintient ses conclusions, en démontrant, par des chiffres, que la pylorectomie n'est pas plus grave et est même plutôt moins grave que la suture avec gastro-entérostomie et qu'elle met bien plus sûrement à l'abri des récidives.

Luxation récidivante de la mâchoire. — MM. Gernez et Alglave citent des cas de luxations récidivantes de la mâchoire guéries par l'ablation des deux ménisques.

M. Robineau cite un cas très intéressant de luxation récidivante de la mâchoire complètement guérie par M. Sicard à l'aide d'injections d'alcool dans les masséters.

La pylorectomie chez les nouveau-nés. — M. Veau montre une pièce intéressante : l'estomac d'un enfant pylorectomisé à sa naissance et mort trois mois après de broncho-pneumonie. Dans la pylorectomie chez le nouveau-né, il est impossible de recouvrir la surface cruentée, on doit l'abandonner. L'autopsie de cet enfant montre qu'il n'y a pas d'inconvénient à cet abandon.

Elections. — M. Mauclaire, vice-président, passe de droit président. M. Souligoux est nommé vice-président; M. Ombrédanne, premier secrétaire; M. Jacob, second secrétaire.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1922)

Tuberculose chirurgicale et syphilis héréditaire tardive. — A. Trèves présente les radiographies d'un enfant de treize ans et demi atteinte depuis février 1911, de polyarthrite des grosses articulations, soignée comme tuberculose; la cuti-réaction et le Wassermann ont été négatifs. Traitée par l'hectargyre, l'affection a cessé, mais le cartilage de conjugaison étant détruit, il y a raccourcissement de 4 centimètres.

L'homalopsie exophtalmique, dystrophie cranienne congénitale. — M. G. Blechmann présente deux nourrissons atteints d'une dystrophie cranienne, d'un type spécial qu'il désigne sous le nom d'homalopsie (face aplatie) exophtalmique. Cette malformation congénitale est vraisemblablement d'origine hérédosyphilitique ; ses principaux caractères consistent en un aplatissement très marqué de la face, avec écrasement de la racine du nez, une déformation excessive de la voûte palatine, une exophtalmie datant de la naissance qui a presque disparu chez l'un de ces enfants (actuellement âgé de deux ans), mais qui, chez l'autre, donne un véritable aspect de batracien. D'après M. Poulard, dans les deux cas, il s'agit d'un rétrécissement congénital de la cavité orbitaire.

Ce syndrome s'accompagne d'hypopsychie, de retard de la marche et de la dentition, de phénomènes parétiques, etc. Il pourrait établir une transition entre certains types « mongoloïdes » et les différentes dystrophies craniennes déjà connues (scaphocéphalie, etc.).

Discussion. — M. BABONNEIX signale que M. Raymond a publié des cas familiaux analogues, avec fermeture du trou optique. Aucun rapport avec le mongolisme. M. APERT pense qu'il s'agit, dans ces cas, de dysostoses craniennes par soudure précoce des os du crâne.

Remarques à propos d'un centre d'élevage. — M. BLECHMANN, d'après son expérience personnelle du centre de Mainville, préconise, avant de remettre les nourrissons aux gardiennes, un séjour dans un lazaret pourvu de nourrices pour pouvoir habituer progressivement les bébés à l'allaitement artificiel. Il conseille de limiter le nombre des nourrissons à 40 par centre d'élevage.

L'otite des nourrissons, en particulier des athrepsiques. — M. ABRAND croit que c'est à tort qu'on a accusé les otites d'être une cause d'athrepsie. Il ne semble pas y avoir de parallélisme entre les deux. Cependant, il ne faut pas négliger les otites qui peuvent occasionner chez les nourrissons des crises convulsives et des états méningés (vomisseurs).

Résultat éloigné d'une anastomose tendineuse pour paralysie infantile. — M. P. HALLOPEAU. Jeune fille de seize ans, atteinte de pied creux talus paralytique, depuis l'âge de quatre ans.

Première intervention : correction du pied creux par décollement des insertions musculo-aponévrotiques plantaires au niveau des tubérosités postérieurs du calcanéum et par résection du cuboïde et du scaphoïde.

Deuxième intervention : anastomose du tibial antérieur et du court péronier sur le tendon d'Achille.

Depuis deux ans et demi, le bon résultat immédiat s'est maintenu ; la forme du pied est resté corrigée ; l'anastomose musculaire fonctionne, l'extension du pied se fait avec une force suffisante pour que la malade marche beaucoup plus facilement, sans fatigue, qu'elle puisse danser et mettre la pédale au piano avec le pied opéré.

L'anastomose tendineuse, habituellement considérée comme une mauvaise opération, a donné ici le meilleur résultat que l'on put espérer.

Atrophie musculaire progressive. — MM. BABONNEIX et LANCE présentent un jeune homme atteint, depuis la première enfance, d'une amyotrophie ayant successivement les épaules, les bras, les membres inférieurs, la face. L'association d'atrophie et d'hypertrophie, l'abolition des réflexes tendineux, l'absence de contractilité idio-musculaire l'évolution lente des accidents, que n'accompagne aucun autre trouble, sembleraient, au premier abord, imposer le diagnostic de myopathie. Mais, on constate, chez le malade, de la cypho-scoliose, une réaction nette de dégénérescence sur plusieurs muscles, et, surtout, une inexcitabilité absolue, aux courants électriques, de certains nerfs. De ces symptômes, les deux premiers ne s'observent que rarement, le troisième n'a jamais été signalé dans les myopathies. Force est donc d'admettre qu'il s'agit d'une myélopathie, de cause inconnue (hérédo-syphilis) et dont les lésions semblent avoir intéressé uniquement les cellules des cornes antérieures.

Etat tétaniforme généralisé permanent chez un nouveau-né, consécutif à une vaccination ulcéreuse — MM. G. SALÈS et Pierre VALLERY-RADOT citent le cas d'un nouveau-né qui a présenté un pseudo-tétanos, c'est-à-dire une contracture généralisée à tous les muscles du corps, sans la moindre rémission, pendant six semaines avec début par trismus et dysphagie, consécutif à une énorme pustule vaccinale ulcéreuse. Ponction lombaire négative. Guérison. L'inoculation du liquide céphalo-rachidien dans le cerveau d'un lapin pour rechercher le virus vaccinal neurotrope a été négative. Négative également la recherche du bacille de Nicolaïer (frottis et inoculations).

De la valeur séméiologique de certaines hydrocèles vaginales persistantes chez le nouveau-né au point de vue du diagnostic de la syphilis héréditaire. — MM. G. SALÈS et Pierre VALLERY-RADOT. A côté de l'hydrocèle banale du nouveau-né physiologique généralement bilatérale irréductible et de courte durée, il convient de signaler une variété assez spéciale d'hydrocèle unilatérale irréductible et très persistante sur laquelle a insisté M. Marfan, liée le plus souvent a une lésion du testicule (atrophie scléreuse) ou de l'épididyme sous-jacent et qui coïncide fréquemment avec des signes d'hérédosyphilis. A un âge de la vie où il n'y a que la syphilis qui puisse produire une lésion chronique du testicule, il est permis de regarder ce symptôme, lorsqu'il s'associe à d'autres, comme un signe de présomption de syphilis congénitale.

Endocardite mitrale rhumatismale à évolution et à symptomatologie particulières. — MM. BABONNEIX et PEIGNAUX présentent une jeune femme que l'un d'eux a soignée, il y a vingt ans, à ce même hôpital, pour une endocardite mitrale d'origine rhumatismale. Cette jeune femme n'a jamais présenté d'asystolie. mais elle se plaint, d'une part, de douleurs rhumatismales presque continues de l'autre, d'embolies capillaires intéressant surtout la peau des doigts et des orteils. La radiographie explique, par l'absence de toute péricardite, le fait qu'il n'est jamais survenu d'asystolie. Mais l'endocardite continue à évoluer, puisque, de temps à autre, se détachent du cœur, de petits caillots qui viennent ensuite oblitérer un capillaire cutané.

Un cas de paralysie infantile, avec lésion probable de la substance blanche de la moelle épinière. — MM. NOBÉCOURT et René MATHIEU présentent un cas de poliomyélite infantile, remarquable par la coexistence d'une paralysie avec flaccidité et dégénérescence des muscles du membre inférieur gauche, phénomène de spasmodicité au membre inférieur droit.

Il existe, sans doute, une lésion médullaire, avec altération des cellules de la corne antérieure du côté gauche, et atteinte de la substance blanche de la moelle, du côté droit.

Discussion. — M. NETTER. Dans la poliomyélite les lésions sont diffuses, on peut observer parfois un aspect de myélite transverse.

M. BABONNEIX. Des faits semblables ont été étudiés par Claude et il y a parfois des douleurs durables.

M. HARVIER, après examen, croit qu'il n'y a pas de spasmodicité mais de la rétraction fibro-tendineuse. Il n'y a pas d'exagération des réflexes.

M. NETTER. Les douleurs s'expliquent par la participation des méninges.

M. BABONNEIX reconnaît dans les formes douloureuses de la poliomyélite deux variétés : une grave (paralysie ascendante aiguë) avec mort en quarante-huit heures, une guérissable, forme durable, persistante.

M DUHEM demande si la présence de douleurs n'est pas un signe de gravité.

M. BLECHMANN rappelle que les Américains ont signalé que les muscles très atteints étaient douloureux.

Rapport entre le zona et la varicelle. — M. Jean HALLÉ a vu un zona ophtalmique chez une grand'mère, et quatorze jours après une varicelle chez son petit-fills (trois ans).

Discussion. — M. NETTER rapporte que M. NUZER (de Berck) a vu un cas de zona à l'isolement suivi de deux cas de varicelle chez des enfants ayant été en contact avec le précédent.

Hémorragie cérébrale chez un enfant de huit ans et demi. — M. Jules RENAULT présente au nom de M. REUILLY (de Versailles), la pièce d'un enfant mort d'hémorragie cérébrale sans avoir eu de traumatisme.

Hémorragie cérébrale chez un enfant de trois ans. — M. Jules RENAULT et Mlle LABAUME. A deux ans et demi, l'enfant fait des convulsions généralisées et du coma ; hémiplégie complète du côté droit avec hémianopsie développée sous les yeux des médecins : hémorragie cérébrale vraisemblable ; examens pour la recherche de la tuberculose et la syphilis, négatifs. Comme il y avait eu trente-six heures avant une chute d'un banc sur la tête, on fait une trépanation (docteur Mouchet), mais on n'a rien trouvé. Ces cas sont très rares.

Discussion. — M. COMBY pense que dans ce dernier cas il s'agit d'encéphalite aiguë.

M. Babonneix croit que les hémorragies cérébrales de l'enfant ne sont pas si rares qu'on le dit.

Deux cas de scoliose congénitale par hémivertèbre. — MM. Mouchet et Roederer. Dans le premier cas, la scoliose avait été remarquée presque dès la naissance. La radio montre une neuvième vertèbre incomplètement développée (absence de la moitié droite) tandis que la onzième possède un noyau complémentaire qui est intercalé entre la onzième et la douzième dorsale.

Le second cas se rapporte à un enfant de cinq ans chez lequel la septième vertèbre dorsale est rudimentaire.

Dans les deux cas, il y a onze côtes d'un côté et douze de l'autre.

Les signes sont ceux de la scoliose congénitale : gibbosité para-médiane irréductible, raideur, pas de douleur.

Double pied bot et luxation unilatérale de la hanche. — M. Roederer présente une enfant qui était atteinte de ces malformations, association assez rare.

Il attire l'attention sur la coxa-valga considérable des deux hanches, qu'il attribue à l'absence de toute surcharge, l'enfant traitée d'abord pour ses pieds bots, n'ayant pas marché jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans.

Il pense qu'il s'agit là de la position que prend naturellement une hanche non chargée.

Méthode d'oxygénation permettant de faire respirer un nourrisson dans une atmosphère riche en oxygène. — MM. Ribadeau-Dumas, Jean Meyer et Demerliac ont fait construire un appareil d'oxygénation composé d'une chambre hermétiquement close, alimentée par une bombe d'oxygène comprimé. Ils opèrent par séances d'une heure, réalisant, en dix minutes, une teneur en oxygène de 40 p. 100, qui s'élève peu à peu à 55 p. 100. Dans un tel laps de temps, la teneur en gaz carbonique, l'humidité, la température, croissent dans des proportions modérées.

Cette méthode, appliquée aux broncho-pneumoniques, a, dans la plupart des cas, amélioré leur dyspnée, excité leur appétit, remonté leur état général, jouant ainsi, dans leur traitement, le rôle d'un adjuvant efficace. Elle a paru, en outre susceptible de rendre des services dans le traitement de quelques coquelucheux et d'hypothrepsiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1922)

Influence de quelques agents pharmaco-dynamiques sur le réflexe oculo-cardiaque et sur le réflexe solaire. — MM. H. Claude, J. Tinel, D. Santenoise. Différents agents pharmaco-dynamiques permettent de mettre en évidence l'antagonisme habituel du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire.

L'*atropine* qui paralyse le vague et supprime le réflexe oculo-cardiaque, permet une certaine libération de l'activité sympathique et l'apparition fréquente d'un léger réflexe solaire auparavant supprimé. La morphine diminue de même le réflexe oculo-cardiaque et laisse apparaître souvent le réflexe solaire.

L'adrénaline au contraire excite le sympathique, exalte le réflexe solaire et produit, par inhibition probable du vague, une légère diminution du réflexe oculo-cardiaque.

D'autres agents ont une double action excitante sur les deux systèmes, mais généralement successive.

L'*ésérine* après une courte et légère phase d'excitation du sympathique, provoque une hypervagotonie forte et prolongée avec accentuation considérable du réflexe oculo-cardiaque et disparition ou même inversion du réflexe solaire.

La *pilocarpine* semble posséder d'abord une action excitante du vague avec accentuation du réflexe oculo-cardiaque et diminution du réflexe solaire puis secondairement elle produit une exitation du système sympathique avec apparition du réflexe solaire et diminution du réflexe oculo-cardiaque.

Ainsi se confirme la valeur sémiologique de ces deux réflexes pour l'exploration respective des deux systèmes antagonistes, para-sympathique et sympathique.

Technique de la recherche des réactions vaso-motrices cutanées locales. — M. E. Juster étudie : 1° la raie faite avec l'extrémité positive d'une épingle ordinaire; 2° la raie faite avec l'extrémité obtuse de l'épingle; 3° la raie obtenue par le frôlement du doigt ou d'un objet mousse; 4° les réactions pilo-motrices et vaso-motrice que l'on obtient en frottant fortement la peau avec l'index; 5° les réactions dues au grattage méthodique préconisé par M. Brocq; 6° les intra-dermo-réactions faites avec une solution d'adrénaline, de pilocarpine et autres substances sympathicotiopes; 7° les réactions après passage d'un tube chaud ou froid, d'un coton imbibé d'éther, la tache blanche d'Hallion et Laignel-Lavastine, l'épreuve de la raie blanche de Tinel.

Toutes ces réactions vaso-motrices cutanées sont sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs, c'est-à-dire du système sympathique (Vulpian). Par suite leur étude permet de connaître l'état du système sympathique d'une région et de plus renseigne sur l'état du tonus du lympathique du sujet examiné (diagnostic des états sympathicotoniques et vagotoniques).

Action des substances excitantes sur la leucopédèse gastrique. — MM. Loeper et G. Marchal étudient l'action leucopédétique de certains excitants de l'estomac.

Cette action est plus précoce, moins importante et plus brève que celle des aliments solubles comme le bouillon et l'amidon.

L'activité sécrétoire du suc gastrique n'est point toujours proportionnelle à l'activité leucopédétique et certains examens montrent de fortes sécrétions pour des leucopédèses discrètes.

Cette discordance s'affirme quand on ajoute du sucre à ces produits irritants. La leucopédèse devient alors plus intense et plus durable et la sécrétion est beaucoup moins considérable.

Les deux réactions leucopédétique et secrétoire peuvent donc être dissociées.

M. Chappellier présente un **procédé de projection** qui consiste à utiliser la cellulose en feuille mince (cellophane). On peut dessiner et écrire sur le cellophane, on peut aussi y tirer des épreuves directes, des clichés typographiques au trait et en similigravure. On monte les feuilles de cellophane entre deux verres et on les passe à la lanterne comme projections photographiques ordinaires.

L'inflammation du foie. — M. E. Géraudel. Le foie est une formation à double étage, l'étage le plus proche de l'intestin en gardant la structure, bordure épithéliale limitant une cavité permanente (voies biliaires) et chorion bien développé, artérialisé et lymphatisé, l'étage le plus éloigné ayant subi des modifications dans son épithélium (réticulum métathélial continu à espaces intercellulaires temporaires ou capillicules biliaires) et dans son chorion, réduit aux fibrilles en treillis et aux cellules de Kupffer, veinalisé et non lymphatisé. Bourgeon biliaire et parenchyme hépatique sont enveloppés par la capsule de Glisson, couche mésenchymateuse artérialisée.

L'*hépatite à type mutilant* aboutit à la production de cicatrices. Le décalage épithélial entraîne la disparition des cavités limitées, canal biliaire, lumière vasculaire, cavité péritonéale.

L'*hépatite à type lysant* entraîne la desquamation des canaux biliaires, des vaisseaux, la production de nodules de cellules embryonnaires, la fonte des fibrilles fuchsisophiles d'une part, la dislocation trabéculaire avec hyperplasie, la fonte des fibrilles argentophiles d'autre part, d'où l'hypermégalie et la mollesse du foie.

L'*hépatite à type plastique* se traduit par la prolifération cohérente de tous les éléments cellulaires et le gonflement des substances intercellulaires. Le tissu ainsi néoformé refoule les parties voisines qu'il modèle. Le tissu mésenchymateux artérialisé infiltre en outre le parenchyme en bordure, d'où métamorphose du réticulum métathélial qui prend le caractère épithélial (néo-canalicules biliaires d'où l'effacement des capillaires parenchymateux et la phlébite oblitérante sus-hépatique. Corrélativement il y a agrandissement du domaine de l'artère hépatique, au détriment de celui de la veine porte.

Les trois types d'hépatite n'admettent pas de séparation

absolue. Ils peuvent se combiner. Il n'y a donc pas d'hépatites. L'hépatite est une.

Centenaire de Pasteur. — M. RICHET, président, prononce un magnifique éloge de celui avant lequel rien n'existait, ni médecine, ni chirurgie, qui a fait faire à ces sciences plus de progrès en quelques années qu'elles n'en avaient fait depuis Hippocrate, et auquel, tous, nous sommes tant redevables. Il proclame son admiration pour cette gloire auprès de laquelle pâlissent toutes les autres, et rappelle les luttes que le savant dut soutenir contre la plupart des « Officiels » de l'époque. M. VALLERY-RADOT lit, au milieu d'un silence recueilli, une page inédite de son grand-père sur les *fermentations*; M. Ch. RICHET lit, avec un art consommé, une pièce de vers dont il est l'auteur, et qui a été couronnée, il y a quelques années, par l'Académie française. De beaux vers bien frappés qu'anime un large souffle, une belle langue poétique mise au service de nobles pensées, tel est le régal que nous offre le président. Aussi tout le monde défère-t-il avec empressement à l'invitation de M. VINCENT lorsque celui-ci propose-t-il à l'Assemblée de se lever en l'honneur de celui qui a, lui aussi, fait jaillir tant d'honneur sur la science française, et découvert l'anaphylaxie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1922)

Clinique et radiologie. — M. A. MOUCHET insiste sur la nécessité de la collaboration intime du radiologiste et du médecin ou chirurgien; il souhaite que le radiologiste ne cherche pas à empiéter sur le domaine du médecin et rappelle que la radiologie ne peut pas se passer de la clinique : elle n'a toute sa valeur que si elle lui est intimement associée.

Etude sur les centenaires. — M. NATIER présente une étude fort intéressante sur ce sujet et l'accompagne d'une observation très documentée : pour parvenir à un âge avancé, les conditions suivantes lui paraissent indispensables : la maigreur, la sobriété et l'activité continue. Chez un médecin épuisé de plus de soixante ans, le jeûne thérapeutique, trois cures (purgation et jeûne) de seize jours, soixante-dix-sept jours et quatre-vingt-huit jours, ont amené une transformation radicale avec disparition de tous les troubles.

Les appendicites traumatiques. — M. PERAIRE en présente cinq cas. Il insiste sur ce fait que le refroidissement est toujours incomplet : les lésions étaient toujours graves. Ces malades ont guéri. La gravité s'explique par le mécanisme suivant : le traumatisme agit sur la paroi abdominale et sur les anses intestinales; des adhérences fixent les anses entre elles et les accolent à l'excavation pelvienne.

Dépôts uratiques. — M. PAUCHET présente des radiographies intéressantes de M. Darricau, montrant des dépôts uratiques chez les arthritiques et les goutteux le long des tractus celluleux et intermusculaires. La plupart des douleurs, des névralgies seraient ainsi dues à des cellulites chez les auto-intoxiqués.

Prophylaxie de l'éclampsie puerpérale. — M. PAUCHET, au nom de M. Walker (de Londres) estime que l'éclampsie est due à des phénomènes d'intoxication par insuffisance glandulaire; foie, reins, endocrines, etc. Cet état antérieur à la grossesse, est dû à la stase intestinale chronique qu'il faut rechercher et traiter dès le début de la grossesse.

Le cercle vicieux morbide en pathologie digestive. — M. PAUCHET, au nom de M. Walker (de Londres) déclare qu'il n'est pas un organe touché sans que l'harmonie physiologique du corps soit rompue.

Ulcère de l'estomac. — M. PAUCHET présente des estomacs enlevés récemment avec ulcères. L'ablation des ulcères empêche le cancer de se produire.

Gastroptose et gastropexie. — M. Victor PAUCHET déclare que la gastropexie donne un tiers de guérisons sur deux tiers environ d'insuccès. Cela tient à ce que le thérapeute ne traite pas concurremment les troubles fonctionnels qui accompagnent la gastroptose. Il faut, en même temps :

a. Combattre la constipation par l'huile de paraffine, le massage, la reptation, le régime végétarien.

b. Traiter les insuffisances pluri-glandulaires par le traitement thyroïdien, hypophysaire, surrénal, ovarien, etc...

c. Combattre l'insuffisance respiratoire par la spiroscopie, à raison de une demi-heure par jour au moins et pendant des années.

d. Rechercher si, en même temps que la gastroptose, il n'y a pas un ulcus duodénal, gastrique, une lithiase vésiculaire, une tuberculose intestinale, sténose intestinale, une coudure de Lane, qui, dans 50 p. 100 des cas, sont responsables des troubles que l'on met sur le compte de la gastroptose.

Si l'indication est bien posée, la gastropexie ne donne que des succès.

Calcul biliaire rejeté par la bouche. — M. PRON apporte un cas très rare de calcul biliaire de 30 centigrammes environ rejeté par la bouche, calcul ayant reflué avec la bile dans l'estomac.

L'occlusion des yeux dans la rééducation de la crampe des écrivains. — M. LIVET emploie ce procédé qui donne des résultats rapides en améliorant l'écriture.

Au sujet de la contention des fractures de la clavicule. — M. LOUVARD emploie le procédé suivant : il met le blessé dans la position « mains aux hanches » et place transversalement dans le dos un simple bâton qui supporte les bras, le tout maintenu par des demi-gouttières et des bretelles élastiques.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. E. SERGENT, L. BABONNEIX et L. RIBADEAU-DUMAS. Tome XIII : *Reins et organes génitaux urinaires*, par MM. BRAULT, COTTET, MICHON, H. LEMAIRE, LOUSTE et HAZARD (1).

Il est peu d'organes dont la physiologie et la pathologie aient fait l'objet d'études plus nombreuses que les reins. Sans cesse, paraissent des travaux ayant pour but d'apporter quelque lumière à leur fonctionnement, à leurs lésions, au traitement de leurs affections : recherches expérimentales, études cliniques se succèdent en si grande abondance que d'années en années les conceptions se modifient, se précisent ou font places à d'autres qui semblent plus compréhensives. Aussi doit-on savoir gré à M. Brault d'avoir, dans une très belle introduction, résumé l'histoire des nombreuses classifications proposées pour les néphrites et montré tout le parti que l'on peut tirer d'un bon examen clinique et d'un diagnostic fait au lit du malade, indépendamment de toute préoccupation théorique.

C'est avec le même esprit clinique que les maladies du rein ont été décrites en détail par M. Cottet et par M. Michon, les maladies des organes génitaux par M. Louste et par M. H. Lemaire, avec le souci évident de toujours donner au lecteur les indications d'une bonne thérapeutique.

Enfin, dans une dernière partie, M. Hazard a indiqué les techniques à suivre dans les examens des urines, ne retenant des procédés en usage que ceux qui ont réellement fait leurs preuves.

L. G.

Classification pratique des cancers dérivés des épithéliomas cutanés et cutanéo-muqueux (*Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique*), par RUBENS-DUVAL et Antoine LACASSAGNE. Institut du Radium de l'Université de Paris. 1 vol. in-8 raisin de 32 pages avec 16 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin.

---

(1) Un vol. in-8. — Prix : 35 fr. — Paris, 1923, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, COMPLICATIONS & DIAGNOSTIC

DE LA

FIÈVRE SCARLATINE

La scarlatine est une fièvre infectieuse, épidémique, spécifique et contagieuse dont l'agent causal n'est pas encore connu. On a cependant pu faire jouer au streptocoque un rôle très important dans la scarlatine ou tout au moins en ce qui concerne la plupart des complications. Nous prendrons comme type de description la fièvre scarlatine normale, régulière, qui évolue en quatre périodes classiques.

SYMPTOMES. — **I. Incubation.** — La période d'incubation s'étend entre le moment du contage et le moment où apparaissent les premiers symptômes. Elle est souvent difficile à préciser et ne peut n'être marquée par aucun phénomène morbide. L'incubation est de quatre à sept jours dans la scarlatine, mais elle peut être plus courte; et Trousseau a pu citer un cas dans lequel l'incubation ne fut que de vingt-quatre heures. On a pu aussi signaler des incubations prolongées de vingt, trente et quarante jours, chiffres qui paraissent douteux.

II. Invasion. — Cette période s'étend depuis le début de la fièvre et des signes généraux jusqu'à l'apparition de l'éruption.

L'invasion de la scarlatine est rapide, brutale même. Elle ne dure en général que douze à vingt-quatre heures. Elle est marquée par trois symptômes :

a. La fièvre avec tachycardie ;
b. Les troubles gastro-intestinaux;
c. Les symptômes amygdalo-pharyngiens.

La *fièvre* débute brusquement, l'hyperthermie est d'emblée considérable, s'élevant à 39°4-40° La peau est sèche, brûlante, le malade est agité, anxieux et peut avoir dès les premières heures du délire. Le *pouls* devient rapide, montant à 120-140 et au delà chez les enfants. Cette tachycardie aurait une grande importance pour Trousseau.

Les signes *gastro-intestinaux* sont très fréquents. Ils consistent en nausées, vomissements alimentaires, puis bilieux ; la diarrhée est parfois abondante.

L'*angine* est pour ainsi dire constante dès le début de la scarlatine. Dès les premières heures, la gorge est douloureuse, et l'examen direct révèle une rougeur diffuse, foncée, recouvrant les amygdales, les piliers, le voile du palais. Parfois on trouve tous les signes d'une angine aiguë : douleur, rougeur, tuméfaction de la région pharyngée. Cette variabilité dans l'aspect et l'étendue de l'infection du pharynx explique pourquoi l'angine est considérée comme un symptôme par certains auteurs et comme une complication par d'autres. L'énanthème de l'isthme pharyngé est considéré comme un symptôme de la scarlatine (Lasègue, de Gassicourt, Moizard, Babonneix, Brelet) et les angines comme une complication. Au contraire, Gouget considère l'angine comme un symptôme essentiel de la scarlatine.

L'*exanthème scarlatineux* est une rougeur plus ou moins vive qui est répandue sur les amygdales, la luette, le voile et aussi sur la face interne des joues, sur les gencives. Il est en nappe ou en pointillé; sa coloration varie du rose au rouge framboise; il s'accompagne de sensation de sécheresse dans la bouche et la gorge. La rougeur peut disparaître de douze à dix-huit heures; mais très souvent on voit survenir les signes d'une angine érythémato-pultacée : douleur à la déglutition, nasonnement, tuméfaction rouge de la luette et des amygdales, enduits pultacés en îlots sur le pharynx et les amygdales. Les *ganglions* sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux. La *langue* est rouge vif sur les bords et à la pointe, alors que sur le dos on trouve un enduit pultacé, blanc et épais (Lesage, Tissier).

Tous ces symptômes constituent les premiers symptômes et les plus importants de la scarlatine; à tel point que Lesage a pu écrire que toute la scarlatine est dans la bouche et la gorge.

III. L'éruption. — *a.* Elle apparaît au bout de vingt-quatre à trente-six heures. Elle débute sur la poitrine, l'abdomen, les aines; de là elle gagne les membres et se trouve surtout au niveau des jarrets, des plis des coudes. C'est d'abord un pointillé rouge, formé de très petites papules grosses comme une tête d'épingle et faisant saillie au toucher. Ce pointillé est entouré d'une zone de congestion rosée. L'éruption présente d'ailleurs un aspect très variable suivant le nombre et la confluence des papules; elle peut rester discrète, réduite à un simple pointillé sur la face antérieure du thorax et sur les aines. Si l'éruption est intense, les papules sont tellement confluentes que l'on voit de grandes nappes éruptives d'une coloration rouge écarlate (écrevisse cuite), de jus de framboise ou de lie de vin.

Au début, la rougeur de la scarlatine s'efface à la pression; en appliquant la main, les doigts ouverts, au niveau d'une plaque scarlatineuse, on voit l'empreinte des doigts se dessiner en blanc pendant quelques instants. De même, en faisant des stries avec le bout du doigt sur les parties rouges de la peau on voit apparaître des raies blanches (raie scarlatineuse de Borsieri). A la face, l'éruption est rare. Quand elle envahit le visage, l'éruption est représentée par des éléments papuleux isolés ou par des bandes éruptives. Parfois l'éruption de la scarlatine est prurigineuse (Grisolle, Barthez). Pastia a attiré l'attention sur le *signe du pli du coude*. C'est un exanthème linéaire, très intense, localisé au niveau des plis de flexion du coude. On observe ainsi une ou plusieurs traînées linéaires entre lesquelles est un exanthème rouge plus ou moins vif. Ce signe est précoce et persiste jusqu'après la disparition de l'éruption. D'après Pastia, ce signe serait positif presque constamment (94 p. 100). On a aussi signalé une pâleur péribuccale (Filatow) due à une vaso-constriction énergique.

L'éruption scarlatineuse se constitue en vingt-quatre à trente-six heures. Dans les cas moyens elle dure quatre à six jours, mais elle peut dans les cas intenses se prolonger plus d'une semaine.

L'éruption est loin d'être constante; il faut retenir la très grande fréquence des scarlatines frustes et des scarlatines sans éruption. Ce n'est que par l'examen de la gorge et de la langue que le diagnostic pourra être posé.

b. L'ENANTHÈME (*gorge et langue*). — « Toute la scarlatine est dans la gorge et la bouche » (Lesage); aussi le diagnostic de cette affection doit-il surtout s'appuyer sur le cycle évolutif de la langue et de la gorge.

Au premier jour, la LANGUE n'est pas large et blanche comme dans l'embarras gastrique; elle présente deux parties qui forment contraste : le dos est revêtu d'un enduit blanc pultacé et les bords ainsi que la pointe sont d'un rouge très vif. L'aspect de la langue est donc : blanc sur rouge vif dès le premier jour.

Les jours suivants, peu à peu, la surface blanche du dos de la langue diminue d'étendue d'avant en arrière, et le liséré rouge des bords gagne du terrain et s'élargit au contraire. Cette desquamation progressive du dos de la langue est le signe caractéristique. Elle devient bientôt toute rouge, écarlate même, réalisant la langue framboise, qu'il est classique de décrire. L'épithélium lingual s'enlève et les papilles apparaissent à nu et saillantes. Vers le neuvième ou dixième jour, les papilles deviennent moins nettes, la desquamation est terminée et la prolifération épithéliale se produit. Vers le dixième jour la langue tend donc à devenir lisse, vernissée, quoique toujours rouge écarlate. Mais, vers le douzième jour, la teinte écarlate s'atténue et la langue reprend peu à peu son aspect normal.

« Ce qui forme la base de l'étude de la langue, écrit Lesage, est cet état de congestion intense, rouge vif, écarlate, qui forme le fond de l'organe sur lequel évolue un épithélium de prolifération maladive, d'abord très épais et blanc; puis qui subit peu à peu la chute et disparaît. C'est une glossite exfoliatrice aiguë microbienne. »

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

OISE. A VENDRE AUX ENCHÈRES, après décès, en l'étude de Me TOUSSAINT, notaire à Beauvais, le jeudi 22 février 1923 : 1o à 14 h., **Bonne et ancienne Pharmacie**, à Beauvais, centre de la ville, connue sous le nom de « **PHARMACIE DU PROGRÈS** »; mise à prix : 5.000 francs; — 2o à 15 h., EXPLOITATION ET FABRICATION DES SPÉCIALITÉS « O. COURIER »; mise à prix : 5.000 francs; marchandises en sus à dire d'experts. — Baux avantageux. — S'adresser à Me TOUSSAINT.

Notions d'acoustique physiologique et musicale, par le docteur M. CAILLAUD. In-16 de 172 pages avec 20 figures dans le texte. — Prix : 6 fr.; franco, 8 fr. 80. — Paris, G. Doin.

N° 2. — SAMEDI 6 JANVIER 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 6 JANVIER 1923. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la pleurésie interlobaire. — Anatomie, pathologie, signes et diagnostic des fractures récentes de la rotule. »

MM. Kesseler, 12; Breuillé, 8; Tambareau, 13 1/2; Blum (Gaston) et Pellissier, 16; Vanbockstael, 15; Valat, 16; Py, 14; Poulin, 13; Huguenin, 19.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors de 2e classe Heymann, Fonquernie, Chatenay, Georgelin, Escudie, Salomon, Blandin, Basque, Arlo, Corson, Martin, Génevray.

M. le pharmacien-major de 2e classe Liot.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Vacquier (de Villiers-sur-Marne), J.-P. Vergnes (de Paris).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Valentino et Manson (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bonnat, Macé de Lépinay et Nougaro (de Paris).

GUERRE. — Par décret, en date du 27 décembre 1922, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Villeroux, Lefèvre, Vadon.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — M. le médecin-major de 1re classe Allègre.

M. le médecin-major de 2e classe Vidal.

M. le médecin aide-major de 1re classe Kéruzoré.

— SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont inscrits au tableau d'avancement pour 1923 :

Pour le grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Coullaud, Melliès, Louët, Rouffiandès, Lévy, Brice, Vallet, Langlois, Gauthier, Moneger, Gorse, Legrand, Binet, Rambaud, Gerbaux, Bichelonne, Marchet, Malaval.

Pour le grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Jullien, David de Drézigué, Bierer, Pigeon, Morvan, Malaspina, Sousselier, Weitzel, Jeandidier, Boigey, Plisson, Mathieu, Romary, Duchêne-Marullaz, Augarde, Auguin, Blary, Fischer, Chaudoye, Fournereaux, Cochois, Grenier de Cardenal, Courvoisier, Louis, Massip, Prat, Vallat, Chrétien.

Pour le grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Garnier, de Vezeaux de Lavergne, Bonnel, Maisonnet, Bloch, Dizac, Chon, Groc, Ducos, Trèves, Delahousse, Playoust, Perrignon de Troyes, Delater, Camus, Noirclaude, Cavaroc, Courboulès, Anglade, Odinot, Augé, Vanlande, Izard, Junquet, Collignon, Belbèze, Pilod, Laurent.

Pour le grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Magnenot, Lassalle, Liégeois, Castillon, Dordain, Rivet, Sciaux, Fiquet, Toureng, Pinard, Cristofle, Schousboé, Hugonot, Bidault, Vignon, Guillaume, Girod, Astruc, Franchi, Flamme, Prévot, Martène, Ehringer, Bonnet, Dumont, Paramelle, Dupin, Desobry, Martinaud, Dupuy de la Badonnière, de Garrigues, Poirier, Desplats, Humblot, Marican, Defaye, Carrade.

Pour le grade de pharmacien principal de 1re classe. — MM. les pharmaciens principaux de 2e classe Nanta, Rothéa.

Pour le grade de pharmacien principal de 2e classe. — MM. les pharmaciens-majors de 1re classe Jalade, Frouin, Chaput.

Pour le grade de pharmacien-major de 1re classe. — MM. les pharmacien-major de 2e classe Murret-Labarthe, Debucquet, Pecker, Leulier.

Pour le grade de pharmacien-major de 2e classe. — M. le pharmacien aide-major de 1re classe Leulier.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un décret du 2 décembre 1922 porte que « Toute expédition ou entrée de vaccin antivariolique étranger en France devra faire l'objet, à l'institut

supérieur de vaccine de l'Académie de médecine à Paris, d'une déclaration concernant l'origine, la nature et la quantité du vaccin introduit, ainsi que l'adresse en France, du dépositaire de ce vaccin.

Chacun des tubes importés devra mentionner, en outre, l'adresse de l'expéditeur et l'adresse du destinataire, la date extrême d'utilisation du vaccin (trente jours) à dater de sa fabrication.

Les dépôts de vaccins étrangers en France sont soumis à l'autorisation et à la surveillance de l'autorité publique, conformément aux dispositions arrêtées par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. »

L'ASSOCIATION CONFRATERNELLE DES MÉDECINS FRANÇAIS, société mutuelle de secours au décès, a tenu son Assemblée générale annuelle, le mercredi 20 décembre 1922, à la mairie du 9e arrondissement, 270 membres y étaient présents ou représentés.

L'Association qui compte actuellement 550 adhérents et accorde au décès un secours de 5.500 fr., est en pleine voie de prospérité. Depuis sa fondation, elle a déjà distribué plus de 95.000 francs aux familles médicales.

N. B. — Demander statuts et bulletin d'adhésion, aux docteurs : Grahaud, 7, rue Labie, Paris, 17e et Barlerin, 10, rue de Strasbourg, Paris, 10e.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de notre Société qui sera une séance de l'École d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 15 janvier 1923, au Cercle militaire, à 21 heures.

La Conférence sera faite sur le sujet suivant : « La répartition des blessés dans les services de l'arrière », par M. le docteur Dor, médecin-major de première classe de territoriale, ancien médecin chef du Service de répartition des blessés dans la 14e région et dans la place de Lyon.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — (Les cours et les conférences de l'Ecole de psychologie sont publics).

La 23e séance de réouverture des cours aura lieu le samedi 13 janvier à 5 h., sous la présidence d'honneur de M. le professeur Daniel Berthelot, membre de l'Académie des sciences, et la présidence de M. le professeur Gabriel Petit, membre de l'Académie de médecine.

Ordre du jour : Docteur Paul Farez : L'Ecole de psychologie et la psychologie appliquée. — Docteur Artault de Vevey : Les irradiations humaines. — Docteur Bérillon : L'irradiation psychique. — Allocution de M. le professeur Gabriel Petit.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN. (Professeur : M. Pierre DELBET.) — COURS COMPLÉMENTAIRE, du 8 au 18 janvier 1923, de 5 à 7 heures, à l'amphithéâtre de la clinique. — *Traitement des fractures et luxations des membres.* — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Jacques Leveuf, chef de clinique; Pierre Mornard et Raoul Monod, chefs de clinique adjoints.

1° Fractures de l'humérus : application de l'appareil à extension continue.

2° Luxations du membre supérieur : réduction des luxations de l'épaule par la traction élastique, traitement des luxations du carpe.

3° Fractures de l'avant-bras et du poignet : technique de réduction et appareils.

4° Fractures du col du fémur : technique du vissage.

5° Pseudarthroses du col du fémur : technique de l'enchevillement au moyen d'un greffon de péroné.

6° Fractures de la diaphyse fémorale : application de l'appareil à extension continue.

7° Luxations du membre inférieur : manœuvres de réduction.

8° Fractures de jambe : spplication de l'appareil de marche.

9° Fractures du cou-de-pied : application de l'appareil de marche.

10° Traitement sanglant des fractures : voies d'abord des fractures articulaires, technique des ostéosynthèses, vissage du col du fémur.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 heures, une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils; 2° de 6 à 7 heures, des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CONFÉRENCES. — Sous les auspices de la Société d'étude des formes humaines (Société de morphologie), auront lieu, à la Sorbonne, les conférences suivantes :

Le mercredi 10 janvier 1923 (amphithéâtre Milne-Edwards) à 20 h. 30. « Fonction musculaire », par M. le docteur Chailley-Bert, préparateur du professeur Langlois.

Le mercredi 17 janviar 1923 (amphithéâtre Cauchy) à 20 h. 30. « Mécanisme biologique de la plongée » (avec projections de films cinématographiques), par M. le médecin principal de 1re classe Thooris, médecin-chef de l'hôpital Villemin.

Au cours de cette conférence, M. le comte de Lalyman, champion, traitera des applications au sauvetage de la connaissance du mécanisme de la plongée.

Entrée : 17, rue de la Sorbonne.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 8 AU 13 JANVIER 1923)

THÈSES

Lundi 8 janvier. — Jury : MM. Broca (André), président ; Broca (Auguste), Roger et Hartmann. — M. JIVKOVITCH (J.). Contribution à l'étude de la diarrhée dans la maladie de Basedow. — M. REVERDY (Jean). Contribution à l'étude de la perméabilité tubaire. — M. PERDU (Christian). Essai sur le diagnostic de la coxalgie. — M. CHANDEBOIS (G.). Ionométrie médicale.

Mardi 9 janvier. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Brindeau, Lecène et Nobécourt. — M. LOUAINTIER (Lucien). Appendicite et grossesse extra-utérine. — Mme CABOUAT. Le bismuth dans le traitement de la syphilis. — M. SOULIÉ (J.). Les cancers du cardia et du pôle supérieur de l'estomac. — M. LEPLAT (Georges). Les épisodes au cours de la rougeole. — M. VIDAL (Jean). Les cardiopathes au cours de la chorée de Sydenham.

Jeudi 11 janvier. — Jury : MM Chauffard, président; Jeanselme, Gilbert et Bernard. — M. MARKOVITCH (Vitomir). Pression veineuse au cours de l'asystolie. — M. LABARRAQUE (Léonce). Contribution à l'étude de la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. — M. SOURON (Emile). L'autosérothérapie dans les épanchements des séreuses. — M. ACOSTA (R.). Traitement des tuberculoses chirurgicales. — M. VEILLON (Albert). La compression successive des deux poumons dans le traitement de la tuberculose.

Jury : MM. Carnot, président; Bezançon, Brumpt et Philibert. — M. DE LORGERIL (Michel). Traitement des pyodermites du nourrisson. — M. SÉTA (Dominique). Les ressources thérapeutiques de la Corse. — M. BUISSON (J.). Les infusoires ciliés du tube digestif (homme et mammifères).

REVUE GÉNÉRALE

LES MÉNINGOCOCCÉMIES

Par G. BOULANGER-PILET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Jusqu'à ces dernières années, l'action pathogène du méningocoque se résumait dans la production de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Diverses constatations permettent actuellement d'élargir le cadre de l'infection méningococcique : dans la méningite cérébro-spinale épidémique, le germe a pu être mis en évidence dans certaines localisations articulaires ou cutanées et dans le sang au moyen de l'hémoculture.

Ces faits cliniques s'expliquent facilement par certaines recherches, démontrant la communication de la séreuse sous-arachnoïdienne avec les espaces lymphatiques (Key et Retzius, Sicard) et même avec les sinus de la dure-mère (Weed). Les résultats expérimentaux. corroborent ces données cliniques, car l'on peut, chez l'animal, reproduire une infection générale par injection intrarachidienne de méningocoque.

A la conception de la méningite cérébro-spinale, affection locale, devait donc se substituer celle de l'infection générale méningococcique, de la méningococcie. Le titre de deux ouvrages, montre, à lui seul, les deux points de vue : en 1911, c'est « la méningite cérébro-spinale » de Netter et Debré, en 1921 c'est « l'infection méningococcique » de Dopter.

La septicémie méningococcique peut donc s'observer au cours de la méningite cérébro-spinale. Bien plus, diverses lésions viscérales sont susceptibles d'apparaître comme première manifestation d'une infection terminée secondairement par une méningite; enfin, la septicémie est capable de se montrer primitivement et d'évoluer pour son propre compte. Elle se présente alors en clinique comme une infection générale. Elle se complique plus ou moins tardivement de méningite, ou même ne se complique pas d'atteinte méningée constituant une méningococcémie pure.

L'on conçoit l'intérêt doctrinal qui s'attache à cette question : la constatation du méningocoque dans le sang, l'existence de méningococcémies précédant la méningite sont naturellement un gros argument en faveur de l'origine sanguine de la méningite cérébro-spinale. L'on pensait autrefois que le méningocoque, venu du rhino-pharynx gagnait directement les méninges par la lame criblée de l'ethmoïde ou les gaines du nerf olfactif. Actuellement, on tend à admettre que le diplocoque de Weichselbaum parti du cavum passe dans la circulation et n'atteint que secondairement les différents organes, en particulier les méninges, après une étape sanguine.

L'intérêt pratique n'est pas moindre; cette septicémie réalise un ensemble clinique qu'il n'est pas exceptionnel de rencontrer et vis-à-vis duquel on pourra mettre en œuvre un traitement spécifique.

*
* *

Historique. — La présence du méningocoque dans le sang fut constatée pour la première fois, en 1898 par Osler, dans un cas de méningite cérébro-spinale.

Les premières observations de méningococcémies sont relatives à des septicémies, cliniquement secondaires à une méningite, ou compliquées ultérieurement de méningite.

Le premier exemple de septicémie pure est signalé par Warfield et Walker (1903), puis viennent ceux de Schotmuller, Andrews, Liebermeister, Netter, Bovaird, etc.

Monziols et Loiseleur, Chevrel et Bourdinière relatent, en 1910, des observations de septicémies pures à type de fièvre intermittente.

Portret, dans sa thèse (1912) publie le premier travail d'ensemble sur les méningococcémies.

Sainton et Maille (1915) étudient particulièrement les manifestations articulaires.

Paraissent ensuite de nombreuses observations de septicémies graves à forme purpurique (Netter et ses élèves, Le Pape et Laroche, De Verbizier, Pybus, Symmers, etc,) réunies dans la thèse de Mlle Blanchier (1918).

Citons encore la thèse de Brette (1918), l'article de Sainton (1918), le travail de Ribierre, Hébert et M. Bloch (1919), la thèse de Hissard (1920), enfin, parmi les dernières publications, l'ouvrage si documenté de Dopter, sur l' « infection méningococcique », l'article de Reilly (1922).

*
* *

Etiologie et pathogénie. — L'étiologie des méningococcémies se confond avec celle de la méningococcie. Celles-ci surviennent au cours d'épidémies, ou à l'état de cas isolé, la contagion étant hors de doute.

La fréquence des méningococcémies simples par rapport aux cas de méningite cérébro-spinale est diversement appréciée par les auteurs; elle est d'environ 20 p. 100. Leur apparition paraît plus fréquente, au cours de certaines épidémies, fait bien observé depuis longtemps par les auteurs anglais; la prédominance de certaine localisation viscérale, est également variable suivant chaque épidémie.

Ces septicémies semblent se montrer avec prédilection chez les sujets jeunes et, en particulier, chez les nourrissons.

Elles peuvent être causées par tous les types de méningocoques. On sait, en effet, qu'à côté du méningocoque décrit par Weichselbaum existent des germes très voisins, les paraméningocoques (Dopter) ayant les mêmes caractères morphologiques, culturaux, les mêmes réactions sur les sucres et s'en distinguant seulement par l'agglutination et la réaction de fixation du complément. Cette appellation de paraméningocoque peut prêter à confusion, aussi, actuellement, adopte-t-on, en général, la nomenclature suivante de Nicolle, Debains et Jouan : méningocoque type A (méningocoque de Weichselbaum), méningocoques type B, C et D (correspondant respectivement aux paraméningocoques α, β, γ de Dopter). Cliniquement, les réactions produites par ces différents méningocoques sont semblables, on fait remarquer seulement la prédominance d'un type à certaines époques (type A en 1916, type B en 1917). Cette distinction n'a pas que la valeur d'un simple détail bactériologique, à chaque type de méningocoque, en effet, correspond un sérum homologue. Il importera donc de préciser par des examens de laboratoire, le type de méningocoque en cause, pour lui opposer une sérothérapie vraiment spécifique.

* * *

Etude clinique. — Du point de vue purement clinique, il faut distinguer deux catégories de faits : les méningococcémies, au cours de la méningite cérébro-spinale, les méningococcémies indépendantes de la méningite se compliquant secondairement de celle-ci ou restant pures.

I. **Les méningococcémies au cours de la méningite cérébro-spinale**. — Dans certains cas, le passage du méningocoque dans la circulation ne se traduit par aucune manifestation clinique et seule l'hémoculture permet cette constatation. Comme le fait remarquer Reilly, il peut s'agir d'une émigration minime et momentanée de microbes dans le sang et il convient de parler de *bactériémie*, plutôt que de septicémie proprement dite. La fréquence de cette bactériémie paraît assez grande, mais est difficile à préciser, les auteurs donnant des chiffres variant de 25 à 80 p. 100 des cas. Cette fréquence semble d'ailleurs moins liée aux épidémies elles-mêmes qu'à la technique employée et au moment où est pratiquée l'hémoculture.

Plus importants sont les cas où la septicémie méningococcique a une expression clinique et se se traduit par diverses localisations portant sur les articulations, les organes des sens, l'appareil génito-urinaire, le poumon, le cœur. Ces déterminations sont connues depuis longtemps. Elles ne diffèrent en rien de celles observées au cours des méningococcémies primitives où nous les étudierons.

II. **Les méningococcémies primitives ou formes septicémiques de l'infection méningococcique**. — Dans ces formes, ou bien la méningococcémie reste pure ou bien elle se complique de l'apparition tardive de méningite survenant comme épiphénomène ou comme épisode terminal. Il n'y a pas lieu en pratique d'étudier isolément ces deux formes ; elles ne diffèrent que par leur évolution, mais sont identiques quant à leurs manifestations cliniques.

Nous étudierons successivement la forme intermittente ou pseudo-palustre, les formes purpuriques et érythémateuses, la forme typhoïde, les formes articulaires, les formes associées, les formes à début anormal, les formes atténuées.

1° Forme intermittente ou pseudo-palustre. — Cette forme étudiée pour la première fois par Salomon (1902), puis par Liebermeister, Monziols et Loiseleur, Chevrel et Bourdinière a été signalée assez souvent depuis, en particulier, par Bray, Faroy et May, Herrick, Ziessler et Riedel, Morpurgo, Lemierre et Lantuéjoul, dans sa forme pure ; par P.-L. Marie, Netter, Serre et Brette, dans sa forme prolongée avec épisode méningé tardif. Hissard, dans sa thèse réunit 36 observations.

C'est la forme la plus fréquente de toutes les méningococcémies.

A. Symptômes. — Son début est généralement insidieux ; pendant quelques jours ou plusieurs semaines, le malade n'éprouve qu'une sensation de malaise général, de lassitude, un peu de céphalée, parfois cependant il existe quelques frissons. Mais, ces symptômes sont le plus souvent peu marqués et ce n'est qu'à l'apparition d'accès fébriles nets que le malade se présente. Plus rarement, le début est brutal avec frisson intense, vomissements, douleurs articulaires.

a. Quel que soit le mode de début, un symptôme va attirer l'attention, c'est la *fièvre à type intermittent*. C'est elle qui constitue le symptôme capital. L'accès fébrile est, en général, précédé par une accentuation de tous les symptômes ; puis apparaissent des frissons avec tremblements, claquements de dents durant une heure ou deux ; aux frissons font place des bouffées de chaleur ; la température, prise à ce moment, atteint 39-40 degrés et se maintient ainsi quelques heures ; enfin l'accès se termine avec la venue de sueurs profuses. Tel est l'accès typique qui rappelle celui du paludisme avec ses trois stades de frisson, chaleur, sueurs.

Pendant l'accès, le malade se plaint de la tête, est asthénique ; l'on peut noter de la tachycardie, de l'hypotension artérielle avec parfois tendance lipothymique.

Mais le plus souvent l'accès est beaucoup moins typique, il est seulement ébauché ; le frisson est remplacé par un malaise avec sensation de froid, température à 38 degrés seulement.

Entre les accès, l'état général n'est guère touché, le malade paraît en parfaite santé, tout au moins au début de l'évolution ; cette absence de symptômes est assez caractéristique et notée par la majorité des auteurs.

Ces accès vont se répéter, soit quotidiennement surtout dans les premiers jours, soit suivant le type tierce ou quarte, principalement lorsque l'affection évolue depuis un certain temps. Dans l'intervalle des accès ou bien il y a apyrexie complète ou bien la température continue d'osciller. Il faut d'ailleurs, parfois, prendre la température plusieurs fois par jour pour déceler l'existence d'accès fébriles légers et passagers. Enfin, très souvent les accès surviennent très irrégulièrement, comme moment d'apparition et degré d'intensité.

b. Des *éruptions* accompagnent presque constamment les phénomènes fébriles.

Elles surviennent généralement quelques jours après le début des accès thermiques ou même les précèdent (Chevrel et Bourdinière).

Le type papulo-noueux est le plus communément observé. La nodosité est superficielle, du diamètre d'une pièce de 1 franc, en général, avec coloration rosée de la peau, léger œdème, elle est dure, peu douloureuse, rappelant absolument l'élément typique de l'érythème noueux. L'éruption peut être généralisée (Chevrel et Bourdinière), mais, en général, elle est discrète, représentée par cinq ou six éléments siégeant surtout sur la face d'extension des membres, la face, le front même ; parfois, l'on note des rougeurs conjonctivales qui tiendraient à la présence d'éléments oculaires analogues (Ribierre, Hébert et Bloch).

On observe assez souvent également l'apparition d'éruptions à type morbilliforme (Sainton et Maille) ou à type scarlatiniforme ; ou bien ce sont des macules simples rappelant les taches rosées de la fièvre typhoïde ou du typhus exanthématique ; parfois encore, on constate des éruptions ortiées, indépendantes de toute réaction sérique. Les éruptions herpétiques ont été signalées, elles sont, en tous cas, beaucoup moins développées que dans la méningite cérébro-spinale ; on ne note que quelques vésicules autour de la bouche, du nez, au lobule de l'oreille. Enfin, assez rarement, dans cette forme, on pourra voir des éruptions purpuriques, en général, très discrètes.

Tous ces différents types d'éruptions peuvent, d'ailleurs, se rencontrer chez le même malade.

Les éléments cutanés apparaissent, en général, avec l'accès et disparaissent avec la fièvre. L'évolution se fait donc par poussées successives.

c. Phénomènes douloureux. — Les *arthralgies* sont également parmi les symptômes presque constants. Elles peuvent se manifester sur n'importe quelle articulation, de préférence cependant sur celles des membres inférieurs. Elles sont légères, ne s'accompagnent d'aucun signe objectif; elles sont, en outre, transitoires, sautant d'une articulation à l'autre du jour au lendemain.

Avec les arthralgies, existent souvent des *douleurs musculaires* siégeant surtout aux muscles de la face postérieure de la jambe; ce sont encore des douleurs osseuses intéressant la diaphyse des os longs.

Ces phénomènes douloureux, comme les éruptions, suivent une marche parallèle à celle des accès fébriles, apparaissant et disparaissant avec eux.

Ces divers symptômes, accès fébriles, éruptions, douleurs, constituent une triade qui résume à peu près toute la symptomatologie clinique de cette forme.

d. Autres symptômes. — Les *fonctions digestives* sont normales, l'appétit est conservé; le *foie* est normal; la *rate* est parfois très légèrement hypertrophiée. Une *albuminurie* légère est de règle.

e. L'*état général* reste bon, même dans les formes se prolongeant plusieurs semaines ou plusieurs mois (Dopter); on note seulement un léger degré d'amaigrissement. Dans certains cas, cependant, on observe une forte asthénie avec pâleur, amaigrissement notable entraînant finalement une véritable cachexie (Reilly).

f. Les *examens de laboratoire* permettent, seuls, d'affirmer le diagnostic.

Dans les 36 cas rapportés par Hissard, l'*indentification après hémoculture*, pratiquée 30 fois, donne les résultats suivants : Méningocoque A, 18 cas; B, 9 cas; C, 3 cas.

Le *sérodiagnostic*, fait 8 fois, est 7 fois positif.

L'*examen du sang* montre une légère anémie; de la leucocytose avec polynucléose; Morpurgo cite un seul cas avec leucopénie.

Le méningocoque est habituellement retrouvé dans le *cavum*; il semble plus difficile à mettre en évidence dans les *éléments papulo-noueux*.

La *ponction lombaire* pratiquée 33 fois dans les 36 observations de Hissard a montré 21 fois la présence de méningocoque. Dans 12 cas, elle fut négative. Chez un certain nombre de malades, d'ailleurs, où le diplocoque de Weichselbaum ne fut pas retrouvé, le liquide céphalo-rachidien n'est pas absolument normal, il présente de l'hyperalbuminose, quelques lymphocytes, voire même des polynucléaires. Cependant, dans certains cas, rares il est vrai, le liquide céphalo-rachidien reste absolument normal (Ribierre, obs. VI, Gandy et Boulanger-Pilet).

B. Évolution. — La durée de l'affection est, en général longue, vingt à soixante-quinze jours, même plusieurs mois, trois et quatre mois (Liebermeister). Lemierre et Piédelièvre ont rapporté un cas ayant duré onze mois.

L'évolution est très variable. Tantôt les accès fébriles apparaissent assez régulièrement; tantôt il se produit une accalmie, puis une reprise des accidents. D'une façon générale, les accès s'espacent lorsque l'affection dure depuis un certain temps.

L'évolution, enfin et très fréquemment, peut être troublée par l'apparition d'une méningite (Salomon, Œttinger, P.-L. Marie et Baron, Netter, Bezançon et F. Gusmann, Lancelin, Colard, etc.). C'est là un aboutissant à peu près constant dans les formes abandonnées à elles-mêmes. L'apparition de la méningite est parfois tardive du dix-septième au quatre-vingtième jour. C'est elle qui, dans bien des cas, a permis de faire le diagnostic.

Les autres complications sont très rares, Lemierre et Lantuéjoul ont rapporté l'apparition successive d'une parotidite, d'une orchiépididymite, d'une thyroïdite.

C. Formes cliniques. — Le tableau clinique est assez différent suivant qu'apparaît ou non une méningite.

La méningite consécutive survient dans plus de la moitié des cas (Hissard).

Les formes pures sans méningites sont donc plus rares.

D. Pronostic. — Nous avons vu que, la méningite exceptée, les complications sont rares. Le pronostic n'est donc généralement pas grave (Dopter). Netter a même signalé des cas de guérison spontanée.

Abandonnée à elle-même, cette forme évolue en général vers la complication méningée, qui peut ne pas s'observer dans les formes convenablement traitées. Pour Ribierre, Hébert et Bloch, la guérison pourrait être obtenu dans 80 p. 100 des cas.

E. Pathogénie. — La constatation du méningocoque dans le sang au moment des accès thermiques, son absence dans leur intervalle, prouvent que l'on a affaire à une septicémie intermittente ou plus exactement à des décharges intermittentes de microbes dans la circulation. Il semble donc que le méningocoque végète en un point de l'organisme, d'où il essaime de temps à autre, mais il est bien difficile de préciser quel est ce point.

Si le rhino-pharynx est bien la porte d'entrée de l'infection, il est plus difficile d'admettre avec Albrecht, Ghon et Westenhoffer, Follet et Sacquépée, qu'il soit le point de départ de ces décharges sanguines. Cette opinion est peu vraisemblable dans les cas de septicémies persistant plusieurs mois, alors que les ensemencements du cavum sont devenus négatifs.

L'opinion de Netter, Ribierre, Hébert et M. Bloch semble plus plausible. Ces auteurs constatent que bien avant l'apparition d'une méningite, le liquide céphalo-rachidien présente des signes d'irritation « comme en provoquerait une lésion de voisinage; » en outre dans certains cas l'affection résiste à l'action du sérum introduit dans la circulation générale, mais guérit après injections intrarachidiennes; enfin à l'inverse de ce fait, dans certaines méningites le traitement intrarachidien agit sur la méningite mais reste inefficace contre les décharges septicémiques et les « méningo-rechutes » seules guéries par injections sous-cutanées ou intraveineuses. Le méningocoque possèderait ainsi des « gites » au voisinage des méninges et du tissu nerveux (gaines lymphatiques périvasculaires et périnerveuses, tissu cellulaire paraméningé, plexus choroïde, face externe de l'épendyme). Cette conception assez séduisante a

pour elle des arguments d'ordre thérapeutique. Cependant elle ne paraît guère applicable à tous les cas, en particulier ceux dans lesquels des ponctions lombaires répétées montrent une absence de signes d'irritation méningée, une intégrité complète du liquide céphalo-rachidien.

Enfin pour expliquer l'ensemble des phénomènes de l'accès pseudo-palustre, Hissard se demande s'il ne faut pas voir là un cas particulier du choc hémoclasique. Ce n'est là qu'une simple hypothèse; elle n'est guère confirmée par les examens de sang qui (à part une observation de Morpurgo) ne montrent jamais de leucopénie au moment des accès, mais au contraire une leucocytose plus ou moins accentuée.

2° Forme purpurique et formes érythémateuses (Sainton). — La fréquence des éruptions cutanées au cours de la méningite cérébrospinale a été reconnue depuis longtemps comme le prouvent les noms de spotted-fever, black death, fébris nigra, malignant purpuric fever donnés par les auteurs anglais.

Ces dernières années Netter a montré l'existence de septicémie méningococcique à forme purpurique et a insisté sur la progression croissante de ces formes. Mlle Blanchier, reprenant les statistiques de Netter, de Triboulet, en signale 5 cas sur 181 méningites (soit 2,76 p. 100) de 1908 à 1914, alors que cette proportion monte à 17,5 p. 100 en 1916 et atteint 25 p. 100 en 1917.

D'une façon générale cette forme de septicémie semble beaucoup plus grave que la précédente. Elle est due le plus fréquemment au méningocoque de type B.

A. Symptômes. — Le début est en général brusque et se manifeste par un grand frisson, un malaise avec nausées, vomissements, convulsions chez le jeune enfant. Bientôt apparaît la fièvre, accompagnée de courbature, d'arthralgies, d'éruptions diverses, enfin le purpura.

a. Le *purpura* se manifeste le premier ou le deuxième jour sous forme de petites taches rouges, ne s'effaçant pas sous la pression.

Il siège surtout aux membres et principalement sur les faces d'extension; plus rarement sur l'abdomen, les lombes, la face; quelquefois même sur les muqueuses (Bovaird).

L'éruption purpurique se présente sous l'aspect de petits éléments arrondis de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Dans d'autres cas ces éléments vont confluer et donner naissance à des placards de dimensions variables à contours irréguliers.

Les taches purpuriques ont une couleur rougeâtre violacées ou lie de vin, parfois même tirant sur le noir; l'on peut voir également des éléments à centre décoloré et auréole rouge réalisant une forme en cocarde.

En général ces taches sont de simples macules; assez souvent cependant pour Mlle Blanchier elles sont papuleuses. Fréquemment l'on constate sur ces papules ou autour d'elles de petites vésicules. Celles-ci d'abord claires pourront devenir louches puis purulentes ou hémorragiques. Ces vésicules dans les formes graves auront tendance à se réunir pour former des phlyctènes ou des bulles plus ou moins grosses. Ces vésicules durent en général un à deux jours; elles se flétrissent ensuite, se recouvrent d'une petite croûte qui tombe spontanément. Dans les cas graves pourra survenir une ulcération lente à se cicatriser.

Les premiers éléments sont apparus précocement dès le premier ou le deuxième jour; d'autres continuent à se montrer les jours suivants, par poussées successives, de sorte qu'on les verra à différents stades de leur évolution. Dans l'ensemble ils durent une quinzaine de jours, puis disparaissent, laissant après eux une légère desquamation.

Netter et Salanier ont pu mettre en évidence le méningocoque dans le liquide des vésicules, ou le produit de suintement de ces éléments scarifiés, prouvant ainsi la nature microbienne locale du purpura.

L'on signale encore comme éruptions, des ecchymoses, des érythèmes divers, plus rarement des éléments ortiés (Brown).

b. A ces éruptions purpuriques s'ajoutent parfois des *hémorragies* apparaissant de manière irrégulière. Le plus souvent il ne survient que des épistaxis répétées assez difficiles à arrêter; on note parfois des hémorragies intestinales (Netter). Les autres hémorragies sont beaucoup plus rares.

c. Les *modifications sanguines*, sont constantes. Il y a en général anémie légère avec un chiffre moyen de 3.500.000 globules rouges. La leucocytose est de règle (12.000, 27.000, même 45.000 leucocytes) avec prédominance de polynucléaires. Il n'y a pas de réaction myéloïde. Seule une observation d'Andrews mentionne l'existence de myélocytes et d'hématies nucléées. Le nombre des plaquettes serait normal. Le caillot se rétracterait normalement (Blanchier, Sainton), ou serait irrétractile (Carnot, Marie). La coagulation serait assez variable; l'hypercoagulabilité avec augmentation de la fibrine de règle dans la méningite cérébro-spinale manque assez souvent dans la forme purpurique.

Le méningocoque signalé dans les préparations de sang par quelques auteurs, n'a pas été retrouvé par Salanier.

d. Certaines localisations peuvent apparaître au début ou au cours de l'évolution : arthrites séreuses ou purulentes, des plus fréquentes, iridocydites, manifestations pulmonaires.

e. Les *symptômes généraux* sont très variables suivant les cas. La température affecte le type continu, rappelant la fièvre typhoïde, ou le type pseudo-palustre, ou bien est irrégulière.

Dans le cas de fièvre intermittente l'état général reste assez bon; pendant l'accès le visage est vultueux, le pouls rapide mais bien frappé; après l'accès le malade éprouve une sensation de bien-être relatif.

Dans d'autres cas l'état infectieux grave se traduit par des symptômes plus alarmants : on note de l'agitation du délire, une dyspnée marquée avec cyanose, la langue est sèche, fuligineuse, la diarrhée fétide profuse, le foie et la rate augmentés de volume, le pouls enfin est petit filant, parfois imperceptible.

La marche de l'affection est très différente d'un malade à l'autre; aussi faut-il décrire plusieurs formes cliniques qui sont essentiellement des formes suivant l'évolution plus ou moins rapide.

B. Formes cliniques. — La *forme foudroyante* (Carnot et Ph. Marie, Pybus, Symmers, de Verbizier) évolue et tue en vingt-quatre à quarante-huit heures. Un adulte jusque-là en bonne santé est pris brus-

quement d'un grand frisson avec sensation de malaise intense, de vomissements. Quelques heures après apparaissent des éléments purpuriques qui vont confluer pour former de grands placards. Une dyspnée intense se montre, le pouls s'accélère et devient rapidement incomptable. Le malade tombe dans le coma et meurt.

Toute la maladie évolue en un jour ou même quelques heures, la symptomatologie étant très réduite en raison de la rapidité de l'évolution. C'est en somme le tableau du « purpura fulminans » de Henroch et il est vraisemblable qu'un certain nombre de cas ainsi étiquetés rentre dans le cadre des septicémies méningococciques.

La *forme suraiguë* se rapproche de la précédente en ce sens qu'elle est toujours mortelle, mais elle évolue moins rapidement.

Le début brutal ressemble à celui de la forme foudroyante. Dès les premières heures on peut voir apparaître des rashs transitoires, érythémateux, polymorphes. Le purpura, ne se montre guère qu'au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Il augmente d'intensité de jour en jour, procédant par poussées. Les hémorragies viscérales sont fréquentes. L'état général est rapidement altéré. Le malade meurt en quatre à six jours.

La *forme aiguë* (Dopter) a une symptomatologie identique mais un peu atténuée. Elle diffère surtout par ce fait que traitée à temps par la sérothérapie elle peut guérir.

Dans la *forme subaiguë* l'évolution est beaucoup plus longue. Le début est brusque comme dans les formes précédentes ou au contraire insidieux. L'éruption évolue par poussées successives coïncidant avec des accès de fièvre qui donnent à la courbe thermique un aspect ondulant assez spécial.

La durée de l'affection se chiffre par semaines ou par mois (quatre mois et demi dans un cas de Netter). Cette forme peut guérir, mais parfois aussi la mort survient par cachexie ou du fait d'une complication.

A côté de ces formes purpuriques l'on doit signaler avec Sainton des *formes érythémateuses* à type morbilliforme ou scarlatiniforme.

3° FORME TYPHOÏDE (typhose méningococcique). — C'est une forme rare. Elle débute insidieusement puis se manifeste par un ensemble de symptômes rappelant en tous points la dothiénentérie.

La fièvre est élevée et s'accompagne de somnolence, de stupeur; la courbe thermique est cependant assez irrégulière moins tendue que dans la fièvre typhoïde; le pouls est accéléré. Il existe un état saburral de la langue avec diarrhée ocreuse, fétide. La rate est grosse (Sainton) ou normale (Warfield et Walker). Les taches rosées signalées dans quelques observations, sont en réalité assez rares; l'herpès par contre est fréquent. L'hémoculture pratiquée sur bouillon, eau peptonée ou bile est négative, ainsi que le séro-diagnostic de Widal.

Cette forme reste rarement pure et se complique en général de méningite.

4° FORMES ARTICULAIRES OU PSEUDO-RHUMATISMALES. — Elles ont été bien étudiées par Sainton et Maille, Netter et Durand, Sainton et Bosquet.

Les manifestations articulaires si fréquentes dans toutes les variétés de méningococcémies prennent ici une importance primordiale et sont rarement le premier symptôme en date.

Fréquentes sont les *arthralgies* accompagnant ou suivant de près la première élévation thermique. Assez souvent ces arthralgies après avoir été généralisées se localisent sur une seule grosse articulation, le genou par exemple.

Les *arthrites* sont plus communes encore. Elles débutent dès la première semaine de la septicémie et peuvent toucher n'importe quelle articulation, mais principalement le genou.

Le premier symptôme qui attire l'attention est la tuméfaction. L'articulation présente un volume des plus variables, parfois très marqué; au genou le choc rotulien est perceptible; la peau est chaude, mais est très rarement le siège d'une rougeur inflammatoire.

Par ailleurs il n'existe qu'une douleur très minime, les mouvements limités sont possibles, et le peu d'intensité des troubles fonctionnels, alors qu'il existe un gros gonflement de l'articulation, est assez caractéristique. L'indolence est même parfois telle que l'existence de l'arthrite n'est pas signalée par le malade et demande à être recherchée.

L'arthrite ne dure que quelques jours, puis atteint une autre articulation. Plusieurs articulations peuvent être prises ainsi successivement, la mobilité étant aussi grande que dans le rhumatisme articulaire aigu. Ce caractère est particulièrement net chez l'enfant.

La ponction de l'articulation montre l'existence d'un épanchement rarement séreux, le plus souvent purulent, et ceci même dans les formes les plus indolentes, les plus latentes. Le liquide retiré est trouble « vert gazon » (Sainton et Maille) ou franchement purulent. Il contient des polynucléaires profondément désintégrés, de grandes cellules endothéliales enserrées dans une gangue fibrineuse épaisse. Au début le méningocoque peut être mis en évidence soit par examen direct, soit par culture, plus tardivement il disparaît.

En général ces arthrites se résorbent même sans aucun traitement; elles guérissent complètement, sans laisser aucune ankylose ou même aucune raideur articulaire.

5° FORMES ASSOCIÉES ET INTRIQUÉES. — Dans certains cas les types cliniques ne sont pas aussi tranchés. Il peut y avoir association de deux formes qui apparaissent successivement chez le même malade. L'affection débute, par exemple, par des symptômes typhoïdes, puis évolue ensuite suivant le type pseudo-palustre.

Dans les formes superposées ou intriquées il existe en même temps divers symptômes appartenant à l'une quelconque des formes ci-dessus décrites, c'est ainsi que l'on peut voir des éléments purpuriques apparaître au cours d'une typhose méningococcique ou en même temps que des accès intermittents.

6° FORMES A DÉBUT ANORMAL. — En dehors des cas de pseudo-rhumatisme méningococcique, le début de la septicémie peut être marqué par une détermination viscérale, telle que irido-choroïdite (Terrien), pleurésie, congestion pleuro-pulmonaire, endocardite. Ces formes sont exceptionnelles.

7° FORMES ATTÉNUÉES OU FRUSTES. — C'est le cas, par exemple, d'une arthrite purulente avec présence de méningocoques dans le pus articulaire, accompagnée d'hémoculture positive, et de fièvre durant seulement quarante-huit heures. Il s'agit d'une véritable « flambée » articulaire éphémère (Sainton).

En temps d'épidémie, comme le font remarquer Sainton et Maille, la septicémie méningococcique pourra se traduire par toute une série d'états infectieux légers caractérisés soit par un embarras gastrique, soit par des arthralgies, soit par des érythémes, soit même par un simple état grippal.

*
* *

Complications. — Le méningocoque ayant envahi la circulation pourra naturellement atteindre les différents viscères que ce soit au cours de la méningite cérébro-spinale ou au cours d'une septicémie primitive.

Les localisations les plus fréquentes portent sur les méninges, les articulations, l'œil, les organes génitaux, l'appareil respiratoire.

I. **Les localisations sur les méninges** sont de beaucoup les plus communément observées.

Le plus souvent la complication est précoce, contemporaine de la septicémie, c'est ce qui se produit dans la méningite cérébro-spinale habituelle, dans laquelle au début méningite et septicémie sont confondues. Mais dans quelques cas, surtout dans ceux traités par sérothérapie intrarachidienne l'on peut observer une véritable « dissociation » : la méningite cède, mais la septicémie continue à évoluer (Bauer, Sevestre et J. Hutinel, Lancelin, Brulé).

Dans une autre catégorie de faits, la méningite survient au cours d'une septicémie évoluant depuis quelques jours, quelques semaines ou même quelques mois (Ribierre). La méningite peut n'apparaître que comme un épisode disparaissant rapidement, ou venant terminer de manière fatale, l'évolution de la méningococcémie. Enfin comme dans l'observation de Œttinger, P.-L. Marie et Baron, la méningite peut procéder par poussées successives.

Notons que la méningite est très variable comme intensité et comme manifestation symptomatique. Il peut y avoir *méningite franche* avec syndrome clinique complet et liquide céphalo-rachidien purulent ou louche contenant des méningocoques.

Dans d'autres cas, il s'agit de véritables *méningites latentes* se traduisant seulement par un minimum de symptômes, légère raideur de la nuque, céphalée minime, ébauche de Kernig. Seule, la ponction lombaire permet de reconnaître la présence du diplocoque de Weichselbaum. Dans d'autres cas encore, l'atteinte méningée ne se révèle que par une légère hyperalbuminose ou une réaction cytologique à type lymphocytaire, sans méningocoque (Lemierre et Lantuéjoul), ou bien par la présence du méningocoque sans aucune réaction chimique ou cytologique (Carnot et P. L. Marie). Enfin, parfois, la méningite est une simple trouvaille d'autopsie (Elliot et Kaye, Blanchier, de Verbizier).

Rappelons que pour Ribierre, Hébert et M. Bloch, on peut observer une simple *réaction méningée* avec liquide céphalo-rachidien clair, mais présentant de l'hyperalbuminose, une légère réaction cytologique à type de polynucléaires sans méningocoque; ces altérations seraient liées à une irritation de voisinage produite par des gîtes à méningocoques paraméningés.

II. Nous avons déjà signalé l'importance des **manifestations articulaires**, au cours des méningococcémies, dont elles constituent un véritable symptôme, qu'il s'agisse d'arthralgies ou d'arthrites purulentes.

Signalons deux formes exceptionnelles simulant l'une la tumeur blanche (Sainton), l'autre le rhumatisme gonococcique à forme plastique ankylosante (Sainton et Bosquet).

III. Parmi les **localisations oculaires**, l'on ne doit retenir comme lésions imputables à la septicémie que l'iridocyclite et l'iridochoroïdite.

Ces déterminations fréquentes ont été signalées déjà depuis longtemps, au cours de la méningite cérébro-spinale par différents auteurs entre autres Morax, Terrien et Bourdier.

Elles peuvent apparaître au cours de toutes les formes de méningococcémie. Elles se montrent, en général, vers la deuxième semaine, parfois dès les premiers jours, ou même comme symptôme initial (Terrien).

Elles sont le plus souvent unilatérales, se produisant du côté où le malade a l'habitude de dormir (Netter).

Dans l'*iridocyclite*, l'infection atteint d'abord le segment antérieur, puis gagne les régions profondes de l'œil.

Elle s'annonce par une diminution de l'acuité visuelle et une photophobie parfois intense. A l'examen, on constate une injection du segment antérieur, caractérisé par la constitution d'un cercle vasculaire périkératique profond. Au bout de quelques jours apparaît l'hypopion avec son aspect en croissant au point déclive. Il y a peu de douleur spontanée, mais de la douleur à la pression. La tension oculaire est souvent modifiée; généralement, l'œil est en hypotonie, mais dans certains cas peut se constituer un syndrome d'hypertonie. La pupille dilatée est souvent déformée par des adhérences, (synéchies postérieures); elle réagit mal à la lumière. Quant à l'examen endoscopique, il est souvent négatif, bien que les milieux transparents aient parfois perdu de leur clarté, et qu'on observe assez fréquemment de petits amas pigmentaires (dépôts cyclitiques) à la face postérieure de la cornée.

Quelquefois l'on peut observer l'arrêt de l'infection et même la guérison sans trouble fonctionnel persistant. Le plus souvent, cependant, l'évolution se poursuit et si les exsudats se résorbent, il persiste souvent des lésions ophtalmoscopiques témoignant de l'infection choroïdienne. Enfin, même, à la suite de ces uvéites, on a pu constater l'atrophie du globe. Dans certains cas, les phénomènes peuvent évoluer plus rapidement en deux à trois jours, parfois même vingt-quatre heures.

Quant à l'*iridochoroïdite*, généralement précédée et manifestée à la période aiguë par les signes de l'iridocyclite, elle a pour caractéristique les lésions choréo-rétiniennes dont nous avons déjà parlé et qui, sans constituer un type de complication oculaire différente, mérite simplement d'être différenciée au point de vue nosologique : elle explique les troubles de l'acuité visuelle, alors que les lésions sont caractérisées et le processus infectieux éteint.

On pensait autrefois que l'infection de l'œil se propageait directement des méninges vers l'œil, en suivant les gaines optiques. Il est prouvé, à l'heure actuelle qu'il n'y a aucune communication entre le globe oculaire et ces gaines. L'infection se fait par voie sanguine, les localisations signalées, ci-dessus, constituant de véritables « métastases » dans l'éponge uvéale. Cette conception s'accorde bien avec les faits de septicémie sans méningite (Netter, Sainton et Bosquet, Terrien).

IV. Les **localisations sur l'appareil génital** sont fréquentes, puisqu'elles apparaissent dans 3 à 7 p. 100 des cas de méningococcies.

Elles peuvent être précoces ou tardives, parfois même marquer le début de la septicémie (Lemierre et Lantuéjoul).

L'*orchite* ressemble en tous points à l'orchite gonococcique, il en est de même de l'*épididymite*, mais l'on pourra retrouver le méningocoque par ponctions. Ces lésions, parfois associées, restent, en général, unilatérales; elles ne durent que quelques jours, ne suppurent pas et ne laissent après elles aucune atrophie.

V. Parmi les **localisations sur l'appareil respiratoire** d'origine septicémique, l'on ne doit guère retenir que certaines *congestions pulmonaires, broncho-pneumonies* ou *pneumonies*. Elles accompagnent, en général, les méningites cérébro-spinales, mais peuvent apparaître comme phénomène initial (Jacobitz, Comby, Sabrazès, Boissière, Lacroix).

La symptomatologie est identique à celle des affections d'origine pneumococcique, mais l'expectoration recèle du méningocoque (Loygue).

L'existence d'*épanchements pleuraux* a été fréquemment notée au cours de la méningite cérébro-spinale. On n'en connaît qu'un cas (Monziols et Loiseleur) ayant marqué le début d'une septicémie pure et dans lequel le liquide pleural contenait du méningocoque.

VI. Telles sont les déterminations le plus communément observées, les autres sont beaucoup plus rares.

Les **localisations sur l'appareil digestif** sont exceptionnelles.

Le *cœur* est rarement touché, l'endocardite ne se verrait guère pour Teissier que chez des sujets déjà porteurs d'une lésion orificielle. La péricardite est moins exceptionnelle, mais elle est le plus souvent une découverte d'autopsie et l'on n'en connaît pas d'exemple survenu au cours d'une septicémie primitive.

La *néphrite* (Dopter, Colard, Rist et Paris. Sabrazès, Carrieu et Derrien, Gandy et Deguignand) est rare. Sabrazès signale un cas de pyélonéphrite suivie de néphrite subaiguë et ayant laissé après elle une albuminurie résiduelle.

L'atteinte des *capsules surrénales* se voit surtout dans les formes purpuriques (Carnot et P. L. Marie, Fiessinger et Leroy). Mais elle n'a guère d'expression clinique.

La thyroïdite a été signalée par Lemierre et Lantuéjoul, Sainton. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1923)

Installation du bureau. — M. BÉHAL, président sortant, dans un discours très savant, passe en revue toute la thérapeutique nouvelle.

M le Président a insisté sur le rôle de la chimie, sur la collaboration de la chimie avec la physiologie; et il a terminé cette communication, d'une pensée très élevée, par les paroles suivantes :

« Créer l'intelligence là où elle n'existe pas, la développer chez les autres, donner l'énergie, la virilité et les maintenir, bâtir des êtres de morphogenèse irréprochable, régler les diverses sécrétions internes, protéger les individualités contre les carences qui préparent le terrain aux maladies, tels sont, en résumé, les résultats à atteindre. La France, quoique appauvrie en hommes et en argent, se doit à elle-même et doit à l'humanité de coopérer à cette œuvre! »

Puis M. Béhal invite M. Chauffard à prendre place au fauteuil présidentiel.

M. CHAUFFARD remercie, de nouveau, ses collègues du grand honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à présider leurs débats. Il les assure de tout son zèle et de son dévouement et s'appliquera à suivre les traces de son éminent prédécesseur, comptant sur l'appui de M. le Secrétaire général. Il conclut en émettant l'espoir que l'année 1923 sera féconde en travaux utiles.

Acidose du jeûne hydrocarboné et acidose diabétique. — M. DESGREZ, en son nom et au nom de MM. Bierry et Rathery, fait une communication sur ce sujet. Il discute les opinions de M. Marcel Labbé qui, sans doute, répondra.

Emotivité anxieuse et spasme respiratoire. — MM. DE MASSARY et Jean WALSER isolent dans le tableau clinique de l'émotivité morbide une forme caractérisée par l'importance presque exclusive des troubles respiratoires : ces troubles portent surtout sur l'inspiration qui apparaît constamment insuffisante et comme bridée; ils s'accompagnent d'une réaction psychique à teinte anxieuse.

Les autres éléments du syndrome hyperémotif sont beaucoup plus effacés, ils appartiennent pour la plupart au groupe vagotonique; aussi le traitement par l'atropine ou la belladone entraîne-t-il habituellement un soulagement rapide et durable.

Rétraction de l'arcade palmaire traitée par la radiothérapie profonde. — M. PEUGNIEZ, en son nom et au nom de M. Joly, communique un cas de rétraction de l'arcade palmaire guérie par la radiothérapie profonde.

La chute de la base de la langue considérée comme une nouvelle cause de gêne dans la respiration naso-pharyngienne. — M. Pierre ROBIN, sous le nom de glossoptose (chute de la langue), a présenté à l'Académie la description d'une affection encore inconnue. Celle-ci se caractérise par le fait que les enfants ou les adultes qui respirent par la bouche ne peuvent respirer par le nez lorsque leur bouche est fermée, les lèvres jointes parce que leur langue, à ce moment, tombe en arrière et en bas par suite de l'insuffisance de la cavité buccale due à l'atrésie du maxillaire et du menton en retrait; la langue ainsi placée obstrue, en effet, le pharynx buccal et le larynx en s'appuyant sur l'épiglotte.

M. Pierre Robin, pour démontrer le bien-fondé de ses vues, a donné un moyen bien simple de vérification par tous.

Tout respirateur par la bouche, enfant ou adulte, n'a qu'à croiser ses incisives inférieures en avant des supérieures, de fermer les lèvres et à respirer par le nez. L'expérience réussit toutes les fois; la respiration devient immédiatement plus facile et s'effectue lentement, complètement et sans tirage, la langue, dans cette position du maxillaire inférieur, se trouvant soulevée en avant et portée en haut.

Partant de cette observation et sachant que les respirateurs par la bouche sont toujours des candidats à la tuberculose, à l'entérite chronique et à l'appendicite, M. Pierre Robin a imaginé et réalisé un traitement qui a fait ses preuves, ainsi qu'en témoignent les séries de photographies et de modèles d'enfants depuis l'âge de quatre ans, et d'adultes chez lesquels la respiration normale par le nez était rétablie ainsi que l'esthétique faciale.

— Communication faite à la séance du 19 décembre 1922 :

Ulcère simple de l'intestin grêle. — M. MÉRIEL (de Toulouse) rapporte un cas intéressant d'ulcère simple de l'iléon — non tuberculeux, ni cancéreux, ni typhique — qui ne se révéla que par des signes d'occlusion intestinale expliquée par l'adhérence ferme et étendue de l'anse ulcérée à la face postérieure de la vessie. Cet ulcère avait les caractères anatomiques de l'ulcère rond de l'estomac, avec niche et imminence de perforation. A ce propos, M. Mériel rappelle les caractères

de cette localisation assez rare (26 cas) du processus ulcéreux et insiste sur la latence très grande — jusqu'au jour de la perforation ou de l'occlusion — de ces ulcus, opposée à la symptomatologie plus bruyante des ulcères gastriques et duodénaux. Il n'en persiste pas moins des lacunes dans l'étude de ces ulcères simples de l'intestin grêle, et tout cas nouveau qui apporte un enseignement peut servir utilement à la constituer.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1922)

Epithélioma de la parotide. Métastase dans la moelle sacrée, sans participation rachidienne et méningée. — MM. GUEIT et PUECH. Observation très rare d'une malade porteuse d'un épithélioma de la parotide gauche, qui présente un syndrome de la moelle sacrée. A l'autopsie, pas de lésion rachidienne et méningée. L'examen microscopique montre un épithélioma de la parotide, et on retrouve au niveau de la moelle, dont le tissu nerveux est à peine reconnaissable, les mêmes éléments épithéliaux que dans la parotide.

Sarcome chez le nourrisson. — MM. ESTOR et AIMES.

Tumeurs du testicule et radiothérapie profonde. — MM. FORGUE, PARES et ROUX présentent l'observation d'un homme de vingt-neuf ans atteint de séminome du testicule gauche, sans adénopathie lombo-aortique perceptible à son entrée à l'hôpital. Castration avec section du cordon très haut dans l'abdomen. Apparition d'une masse ganglionnaire dans la zone iliaque gauche, cinq mois après. Radiothérapie pénétrante, disparition de la masse. Deux mois après splénomégalie très prononcée et adénopathie sus-claviculaire. Radiothérapie pénétrante sur les régions intéressées. Disparition des ganglions sus-claviculaires, rate devenue normale en sept jours de traitement. Actuellement, cet homme présente un état général relativement conservé. L'observation présente de l'intérêt en raison de la modification très rapide de ces masses néoplasiques secondaires par la radiothérapie profonde.

Exostoses ostéogéniques. (*Présentation de radiographies.*) — M. ROUX.

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1922)

Métastase ombilicale d'un cancer du corps de l'utérus, fibro-myome de l'ovaire, épithélioma de l'ombilic. — MM. ESTOR et AIMES ont observé, chez une malade présentant un cancer du corps de l'utérus et un fibro-myome très volumineux de l'ovaire gauche, une métastase du cancer de l'utérus au niveau de l'ombilic. Ce noyau métastatique cylindrique était profond, il était recouvert par un épithélioma cutané basocellulaire.

Ces tumeurs ont évolué lentement; la malade a survécu un an à son opération; elle a succombé sans récidive à une apoplexie cérébrale.

Les auteurs reviendront sur l'étude histo-pathologique de la métastase ombilicale et de ses rapports avec le cancer cutané.

Chondrome primitif du poumon. — MM. EUZIÈRE et PAGES. A l'autopsie d'une femme de quatre-vingts ans, on trouve au niveau du lobe médian, au voisinage de l'extrémité antérieure de la scissure oblique, une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, séparée du tissu pulmonaire par une capsule fibreuse, qui paraît à la coupe formée, en partie tout, au moins, de cartilage. Rien sur le squelette.

Histologiquement : capsule fibreuse à la périphérie; dans le champ de la préparation, cartilage surtout calcifié sans tissu osseux; entre les bandes cartilagineuses quelques fibres conjonctives et du tissu graisseux avec des capillaires.

Il s'agit donc d'un chondrome primitif du poumon, tumeur très rare (7 à 8 cas connus), le plus souvent surprise d'autopsie (sauf un cas de Gayet [de Lyon]), développée probablement aux dépens d'îlots aberrants de cartilage des grosses bronches.

Notes de laboratoire :

a. **Les filtrats trichloracétiques colorés;** — *b.* **Indoxylémie et réactifs désalbuminants.** — MM. PORTES et CRISTOL citent des cas de filtrats trichloracétiques colorés par présence d'acide picramique, porphyrine, bleu de méthylène, bilirubine, indoxyle. D'autre part, ils ont constaté que l'indoxyle passait dans les divers filtrats employés (acide trichloracétique, acide métaphosphorique, acide tungstique) à forte acidité ou à acidité minima. Ils montrent ainsi et par d'autres exemples la diversité des corps qui entrent dans la composition de l'azote résiduel.

Influence de la créatinine sur le dosage de l'acide urique. — MM. CRISTOL, NIKOLITCH et BOUKOVALA. La créatinite n'a aucune influence sur le réactif phosphotungstique et la méthode de Grigaut donne bien la valeur de l'acide urique total.

PRATIQUE MÉDICALE

EXISTE-T-IL UNE TUBERCULINE EFFICACE ET INOFFENSIVE?

Par le docteur G. BERNARD,
Ancien interne à la Maison départementale de Nanterre.

« Le *traitement spécifique* de la tuberculose ne peut reposer, a dit CASTAIGNE, que sur l'emploi de médications, d'agents thérapeutiques spécifiques eux-mêmes », c'est-à-dire uniquement dirigés contre le bacille de Koch ou ses toxines, et ne pouvant agir que sur eux. On l'a encore appelé *traitement scientifique* parce que plus que tout autre il est basé sur des données scientifiques.

Mais s'il était le plus efficace, il constituait aussi jusqu'à présent la thérapeutique la plus délicate, et la cure par les *tuberculines*, bien que représentant le type de la médication spécifique antituberculeuse parce qu'elle réalise une « immunisation active » d'action incomparable, avait paru sombrer dans une réprobation justifiée, tout au moins en apparence, à la suite des essais faits avec la tuberculine de Koch brute et injectée *à trop forte dose*.

PETRUSCHKY et GŒTSCH, en préconisant l'emploi de doses infinitésimales, lentement progressives, ont montré depuis des années que la tuberculine constitue le produit spécifique dont l'action paraît la plus constante, la plus identique à elle-même, la plus efficace enfin pour amener la régression de certaines lésions tuberculeuses, mais à la condition *que l'on en fasse une application judicieuse*.

Ainsi, malgré la haute valeur thérapeutique des tuberculines, même si, avec SAHLI et CASTAIGNE, on n'hésitait pas à considérer ce traitement comme pouvant entrer dans le domaine du médecin praticien, leur emploi restait limité aux spécialistes et aux sanatoria.

Il a fallu les travaux de GABRILOVITCH, d'Halilà (Finlande), pour remettre les tuberculines en honneur.

Avec l'*endotine* ou tuberculine purifiée Gabrilovitch, T. P. G., puis sous sa forme plus pratique de *Phagolysine*, il est en effet parvenu à préparer une tuberculine *épurée de ses albumoses et de ses peptones*. Or, on sait depuis les affirmations catégoriques de CALMETTE, que ce sont les albumoses et les peptones accompagnant la tuberculine qui ont été la cause des réactions générales fâcheuses signalées à l'occasion du traitement tuberculinique.

De fait, ainsi épurée, la tuberculine devient, sous forme d'*endotine*, d'un maniement facile, non seulement entre les mains de GABRILOVITCH et de ses élèves qui, de 1911 jusqu'en 1917, ont obtenu dans les sanatoria impériaux d'Halila les résultats les plus probants, mais encore avec des expérimentateurs de tous les pays, notamment en France avec DARRIER (de Paris) et DOR (de Lyon).

Cependant, il restait à donner à la tuberculine purifiée une forme qui la rendît d'une application pratique. Puisqu'elle

était privée de ses *albumoses* et de ses *peptones*, il semblait logique de penser que les sucs digestifs n'auraient plus de prise sur une tuberculine ainsi épurée; dès lors, la T. P. G. pouvait être absorbée *par voie buccale*, et c'est sous la forme de *Phagolysine* de Gabrilovitch qu'elle est entrée dans la thérapeutique journalière, et qu'elle semble constituer, à l'heure actuelle, la médication spécifique, efficace et inoffensive de la tuberculose.

De nombreux praticiens français, séduits par les résultats publiés à l'étranger et par l'*innocuité absolue* du traitement, ont apporté leur contribution à cette étude d'une tuberculinothérapie nouvelle. H. Kresser (1) a publié récemment une série de 43 observations où 37 de ces malades avaient été améliorés par la cure de *Phagolysine*.

Ces améliorations, disait-il, se sont produites dans les proportions suivantes :

1° Tuberculoses pulmonaires ouvertes fébriles, 7 améliorations sur 11 cas;

2° Tuberculoses pulmonaires ouvertes apyrétiques, 8 améliorations sur 10 cas;

3° Tuberculoses pulmonaires fermées actives, 11 améliorations sur 11 cas;

4° Tuberculoses pulmonaires fermées inactives, 2 améliorations sur 2 cas;

5° Tuberculoses pleurales, 2 améliorations sur 2 cas;

6° Adénopathies trachéo-bronchiques, 3 améliorations sur 3 cas;

7° Tuberculoses ganglionnaires ou extérieures, 3 améliorations sur 3 cas;

8° Prédisposition, 1 amélioration sur 1 cas.

Dans un seul cas le traitement a paru *indifférent*, et l'état général, comme les manifestations locales, sont restées *stationnaires* (obs. XXVIII, tuberculose pulmonaire ouverte sub-fébrile des deux poumons).

Par ailleurs, R. de Médevielle (2) signale 30 observations où les résultats favorables sont la règle, tant au point de vue des tuberculoses pulmonaires, que des localisations laryngées (observations de Grain), que des accidents oculaires [expérimentations de Dor (de Lyon) de Dabrier (de Paris)] ou des tuberculoses externes, cutanées, génito-urinaires, etc. Pas plus au cours de ces observations méthodiques que dans le nombre des observations recueillies jusqu'ici par environ 300 médecins français, pas plus dans la pratique journalière que dans les expérimentations hospitalières, entreprises à Paris par G. Rosenthal à l'Hôtel-Dieu, Guy-Laroche à la Charité, Pissavy à Cochin, etc., on ne peut relever un seul accident grave imputable au traitement par la Phagolysine du professeur Gabrilovitch.

Et cependant la médication est spécifique, la *réaction focale* nécessaire et suffisante est toujours obtenue si le praticien veut bien utiliser le médicament avec une prudente hardiesse, en recherchant la *dose thérapeutique optima*, mais tout en observant le principe de commencer par des doses faibles, une cuillerée à café par exemple une demi-heure avant les repas matin et soir, dans le *traitement curatif*.

Dès lors, sans crainte d'accidents, avec la certitude d'obtenir une action spécifique, et la plupart du temps efficace, si le malade est encore capable de l'effort exigé, ici comme pour toute vaccination active, le praticien possède avec la *Phagolysine* Gabrilovitch une thérapeutique de premier ordre pour le *traitement curatif* de la tuberculose confirmée et une méthode d'immunisation incomparable dans la *prophylaxie* de cette maladie.

C'est donc bien une tuberculine *efficace* et *inoffensive* que Gabrilovitch propose à la thérapeutique antituberculeuse avec sa *Phagolysine*. Nous avons la conviction, et notre sentiment s'appuie sur des observations nombreuses et indiscutables, que la *Phagolysine* est, à l'heure actuelle, la meilleure médication spécifique contre la tuberculose. Déjà elle a conquis la faveur de ceux même les plus sceptiques qui l'ont expérimentée avec méthode; elle mérite dès maintenant d'être connue de la généralité des praticiens à qui elle apporte une arme puissante et fidèle dans la lutte contre la tuberculose.

(1) Docteur Hubert Kresser. *Essais de thérapeutique spécifique antituberculeuse par voie buccale par l'emploi de la Phagolysine du professeur Gabrilovitch.*

(2) Docteur R. de Médevielle. *La Tuberculinothérapie par voie buccale avec l'endotine.* — Editions du « Fanion médical », 19, rue des Saints-Pères.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PERMIS DE CIRCULATION DES AUTOMOBILES

M. Grinda, député, rappelle à M. le ministre des Finances la réponse à la question écrite n° 10206 (*Journal officiel*, 9 novembre 1921) concernant l'échange des permis de circulation des automobiles en cas de changements accidentels dans les véhicules automobiles mis en service par une entreprise commerciale et demande si un médecin qui possède deux automobiles, dont il ne met jamais qu'une seule en circulation en même temps, peut de même échanger purement et simplement ses permis de circulation, en rapportant à la recette buraliste le permis applicable à la voiture retirée de la circulation à la suite d'un accident ou d'une panne, et obtenir la délivrance d'un nouveau permis n'entraînant que la perception du droit de timbre de 10 centimes, et ce, quel que soit le nombre des changements survenus au cours du même trimestre. (*Question du 4 décembre 1922.*)

Réponse. — Le régime de tolérance dont il est fait état à la réponse n° 10206 a une portée générale et s'applique à tous les possesseurs d'automobiles. Mais il n'est consenti que pour les changements accidentels, c'est-à-dire en cas de substitutions exceptionnelles ne se reproduisant pas systématiquement à dates périodiques. On ne saurait admettre, en effet, qu'à la faveur de cette mesure un contribuable, propriétaire de plusieurs automobiles, eût la possibilité, en réclamant la délivrance de permis de remplacement, de mettre alternativement tous ses véhicules en service d'une façon régulière, tout en ne payant l'impôt que pour une partie. Le médecin visé par l'honorable député serait donc mis en demeure d'acquitter les droits sur ses deux voitures si la fréquence des substitutions déclarées par lui dépassait une limite raisonnable et n'était pas justifiée par des accidents ou des pannes matériellement démontrés. (*J. O.*, 29 déc. 1922.)

LIVRES NOUVEAUX

Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien (1), par le docteur G. Portmann.

Ce petit livre de 250 pages représente un travail assez aride dont il faut féliciter le docteur Portmann. On y trouvera, pour chaque affection des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx, après un précis symptomatologique en quelques lignes, une série vraiment fastueuse de prescriptions dont le principal mérite est d'avoir été mises à l'épreuve par l'auteur. La manière de formuler, la précision dans la manière d'appliquer ces différentes prescriptions, l'énumération d'incompatibilités chimiques fort importantes à connaître, puis un long chapitre de thérapeutique générale : autant de sujets dont le praticien pourra apprécier le côté pratique et qui lui permettront, sans perte de temps, de varier le choix et l'opportunité de sa thérapeutique.

J. Fournié.

Les tempéraments. Essai sur une théorie physiologique des tempéraments et de leurs diathèses avec applications pratiques à l'hygiène et à la thérapeutique, par le docteur R. Allendy. Un vol. in-8 carré de 352 p.. — Prix : 15 fr. — Mayenne, Imprimerie Charles Colin.

Pierre Bucher (1869-1921). Etudes. Souvenirs. Témoignages. Un vol. in-8, orné de 5 gravures. — Prix : 10 fr. — Paris, Plon-Nourrit et Cie.

(1) Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT. 17, RUE CASSETTE.

N° 3. — MARDI 9 & JEUDI 11 JANVIER 1923. 96e ANNÉE. MARDI 9 & JEUDI 11 JANVIER 1923. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

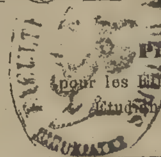
La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES



Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Mutations des médecins, chirurgiens, accoucheurs et aliénistes chefs de service des hôpitaux de Paris, à la date du 25 décembre 1922 :

Médecins. — M. le docteur Macaigne passe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Lariboisière; M. le docteur Boidin, de Broca à Tenon; M. le docteur Herscher, de Bicêtre à Broca; M. le docteur Paisseau, du Bastion 29 à Bicêtre; M. le docteur Ribierre, de Laënnec à Necker; M. le docteur Grenet, de Broca à Laënnec; M. le docteur Halbron, de la Maison de retraite des Ménages à Broca; M. le docteur Labbé, de la Charité à la Pitié.

Chirurgiens. — M. le docteur Heitz-Boyer passe de la Maison municipale de Santé à l'hôpital Saint-Louis.

Accoucheurs. — M. le docteur Demelin passe de l'hôpital Lariboisière à la Maternité; M. le docteur Devraigne, de la Charité à Lariboisière.

Aliénistes. — M. le docteur Vurpas passe de l'hospice de Bicêtre à l'hospice de la Salpêtrière.

— Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux sont, pendant l'année 1923, affectés aux services suivants :

I. **Médecins.** — *A.* Service des remplacements. — 1° *Hôpitaux généraux.* — MM. les docteurs Ameuille, Chiray, Troisier, Lévy-Valensi, Laroche, Chabrol, Tinel, Touraine, Richet, Weil, Bénard, Huber, Leconte, Bouttier et May.

2° *Hopitaux d'enfants.* — MM. les docteurs Debré et Huber.

3° *Hôpitaux spéciaux.* — M. le docteur Gougerot,

B. Service des consultations. — MM. les docteurs Faure-Beaulieu, à l'hôpital de la Pitié; Rivet, à Lariboisière; Laederich, à Bichat; Darré, à Necker; Lian, à Tenon; Tixier, à Laënnec; Monier-Vinard, à l'Hôtel-Dieu; Fiessinger, à Saint-Antoine; Sézary, à la Charité; Brulé, à Cochin; Pinard, à Boucicaut; Lemaire, à Trousseau; Pasteur-Vallery-Radot, à Beaujon; Milhit, à Bretonneau; Faroy, à Andral; Duvoir, à Broussais.

C. Service des consultations antisyphilitiques du soir. — MM. les docteurs Sézary, à l'hôpital de la Charité; Pinard, à Boucicaut; Renaud, à Bichat; Gougerot, à Saint-Antoine; Laroche, à Tenon.

II **Chirurgiens.** — *A.* Assistants. — MM. les docteurs Mocquot, assistant de M. le professeur Delbet; Gernez, assistant de M. le docteur Arrou.

B. Service des remplacements. — MM. les docteurs Moure, Mondor, Guimbellot, Deniker, Houdard, Monod, Desplas, Rouhier.

C. Service des consultations. — MM. les docteurs Roux-Berger, à l'hôpital de la Charité; Cauchois, à Beaujon; Okinczyc, à l'Hôtel-Dieu; Bréchot, à Saint-Louis; Cadenat, à Laënnec; Toupet, à Lariboisière; Basset, à Cochin; Sauvé, à Necker; Bazy, à Saint-Antoine; Küss, à la Pitié; Picot, à Bichat; Berger, à Broussais; Martin, à Tenon; Capette, à Boucicaut.

III. **Accoucheurs.** — *A.* Accoucheur adjoint de la Maternité. — M. le docteur Levant.

B. Service des remplacements. — M. le docteur Metzger.

C. Assistants. — MM. les docteurs Chirié (Hôtel-Dieu, docteur Macé); Vignes (Maternité, docteur Demelin); Ecalle (Boucicaut, docteur Funck); Lemeland (Beaujon, docteur Rudaux).

IV. **Oto-rhino-laryngologistes.** — Consultations. — MM. les docteurs Grivot, à l'hôpital de la Pitié; Hautant, à Boucicaut; Baldenweck, à Beaujon; Le Mée, aux Enfants-Malades; Moulonguet, à Trousseau; Halphen, à Bretonneau; Bouget, à Brévannes.

V. **Ophtalmologistes.** — *A.* Consultations. — MM. les docteurs Monthus, à l'hôpital de la Pitié; Cantonnet, à Cochin; Magitot, à Saint-Antoine; Cerise, à Trousseau.

B Service des remplacements. — MM. les docteurs Dupuy-Dutemps, Coutelas et Velter.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 4 janvier. — Questions données : « Signes et évolution du rétrécissement mitral pur. — Signes et diagnostic des rétrécissements non cancéreux du rectum. »

MM. Garnier et Pierrot, 18 1/2 ; Bouillié, 11 ; Arrivot, 8 ; Meyer-May, 17 1/2 ; Besançon, 17 ; Patel, 11 1/2 ; Martin (Félix), 14 ; Louvel, 8 ; Mlle Nicolle, 15 1/2.

Séance du 7 janvier. — Questions données : « Signes et traitement de l'œdème aigu du poumon. — Signes et diagnostic des luxations antéro-internes récentes de l'épaule. »

MM. Lapeyre, 14 ; Cahen (Pierre), 15 ; Lacassie, 10 ; Renard, 16 ; Christophe, 13 ; Michaux, 14 1/2 ; Trocmé, 16 ; Callégari, 16 1/2 ; Triboulet, 18 ; Bourdon, 15.

HOPITAL NECKER. — M. Ribierre, agrégé, médecin de l'hôpital Necker, reprendra, dans cet hôpital, à l'amphithéâtre des cours, ses leçons cliniques, le 13 janvier 1923, à 11 h., et les continuera, les samedis suivants, à la même heure.

Le vendredi à 9 h. 1/2, consultation pour les « Maladies du cœur et des vaisseaux. »

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le jeudi 11 janvier 1923, à 16 h., petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Les phobies », et le jeudi 18 janvier 1923, à 16 h., petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Obsessions-Impulsions. »

Le lundi 15 janvier 1923, à 10 h., amphithéâtre de l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), sur « Formes atypiques de la paralysie générale. »

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES

EPOUX SÉPARÉS DE FAIT. OBLIGATION POUR LE MARI DE PAYER

La nouvelle décision que nous rapportons est à ajouter à celle que nous avons déjà fait connaître. Dans l'espèce soumise au Tribunal, les deux époux étaient séparés de fait, c'est-à-dire qu'il n'était intervenu ni jugement de séparation de corps, ni jugement de divorce; c'était une séparation acceptée à l'amiable par les deux époux. Le mari, pour ne pas payer les honoraires dus au chirurgien qui avait à pratiquer une opération urgente, invoqua cette circonstance de la séparation de fait, bien qu'il eût été prévenu.

Le Tribunal civil de la Seine n'accepta pas cet échappatoire et, par son jugement du 11 juillet 1922, condamna les deux époux conjointement et solidairement à l'intégralité de la somme réclamée, dans les termes suivants :

« Attendu que suivant exploit de Gambier, huissier à Paris, en date du 7 septembre 1920, le docteur B... a fait assigner les époux T... en paiement d'une somme de 1.375 fr. pour soins médicaux donnés à la dame T..., y compris le prix de l'opération chirurgicale qu'elle a subie ;

Attendu que les époux T... sont séparés de fait et que la dame T... qui reçoit de son mari une pension mensuelle de 300 fr. fut reconnue le 5 juillet 1920 par le docteur X... atteinte d'une tumeur nécessitant une opération urgente, que ce dernier l'adressa au docteur B... qui confirma ce diagnostic et estima qu'une opération s'imposait d'urgence;

Attendu que ce même jour, T... fut informé par lettre recommandée de l'état de santé de sa femme et de la nécessité de l'opération chirurgicale qu'elle devait subir en même temps que du prix de ses soins et interventions, à la veille de l'entrée de cette dernière dans une maison de santé;

Attendu que T... ne fit aucune réponse à cette lettre et que dans tous les cas il n'établit pas y avoir répondu;

Attendu que l'opération fut pratiquée le 12 juillet; qu'elle paraît avoir donné d'excellents résultats, et que le docteur B... réclame aujourd'hui aux époux T... le paiement d'une somme de 1.375 fr. pour ses consultations, interventions et soins consécutifs, après avoir reçu directement de la dame T... un acompte de 175 fr. ;

Attendu que T... fait soutenir à la barre qu'il ne peut être astreint au paiement de cette somme dont le montant dépasse ses facultés, étant donné qu'il vit séparé de fait de sa femme et qu'il verse à cette dernière une pension mensuelle de 300 fr. en sus du prix de son loyer;

Attendu qu'il résulte des articles 214 et 1409 du Code civil que les frais de maladie de la femme sont à la charge de la communauté au même titre que les aliments, le mari ayant le devoir de la nourrir et de lui assurer les soins médicaux selon ses facultés et son état;

Attendu, en outre qu'aux termes de l'article 212 du Code civil, les époux se doivent mutuellement assistance alors même qu'ils vivent séparés de fait;

Attendu que l'opération chirurgicale subie par la dame T... présentait un réel caractère d'urgence et de gravité, que le docteur B... a pris le soin de porter cette situation en même temps que le coût de ses interventions à la connaissance de T..., et qu'on ne saurait lui faire grief d'avoir pratiqué la dite opération sans attendre la réception de la réponse sollicitée de ce dernier lequel ne justifie pas avoir répondu par un refus;

Attendu que le coût des soins donnés et le montant des honoraires réclamés n'apparaît pas excessif et qu'en outre ils ne semblent pas avoir excédé les facultés de T...; étant donné surtout que l'état de santé de sa femme aurait été gravement compromis, dans le cas où cette intervention chirurgicale aurait été refusée ou même simplement différée;

Attendu en outre que T... apparait mal fondé à soutenir que sa femme aurait pu être opérée gratuitement dans un hôpital, les ressources dont il dispose ne lui permettant pas de recourir à ce bénéfice réservé aux indigents;

Attendu que, dans ces conditions la demande du docteur B... a été valablement formée contre T... et contre sa femme qui a recouvré la santé grâce aux soins dont elle a été l'objet. Qu'elle est entièrement justifiée et qu'il y a lieu d'y faire droit. »

Le Tribunal, en conséquence, a condamné les époux T... conjointement et solidairement à payer au docteur B... la somme de 1.375 fr. pour les soins par lui donnés, en mettant à leur charge tous les frais. Pour gagner du temps et lasser le médecin les époux T.. avaient commencé par faire défaut.

La condamnation *solidaire* a eu lieu, dans ce cas, parce que les époux étaient encore dans les liens du mariage, malgré leur séparation amiable.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique post-opératoire à l'usage des chirurgiens, praticiens et infirmières, par E. ROCHARD, membre de l'Académie de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux, et W.-M. STERN, membre correspondant de la Société de chirurgie, ancien interne des hôpitaux. Un vol. in-8 de 730 pages avec 156 figures dans le texte. — Prix : 30 fr. ; franco (France), 32 fr. — Paris, G. Doin.

Manuel d'obstétrique et d'hygiène de la première enfance, par J. VANVERTS, professeur, et H. PAUCOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. Un vol. in-8 écu de 850 pages, cart., avec 266 fig. — Prix : 25 fr. — Paris, Vigot frères.

ANAPHYLAXIE ET INTOXICATION

Par W. KOPACZEWSKI,
Docteur en médecine, Docteur ès sciences.

La conception colloïdale que, depuis 1914, nous avons basée sur une suite de faits expérimentaux, semble être, en totalité ou en partie, généralement admise. Pourtant, la théorie chimique d'un poison anaphylactique n'est pas morte, et, tout récemment, Arthus et Richet l'ont de nouveau défendue.

Il convient d'examiner bien attentivement leurs arguments, ces auteurs ayant, dans cette question, une compétence et une érudition expérimentales toute particulières.

Quels sont d'abord les arguments d'Arthus (1), contre la floculation, en tant que cause de choc anaphylactique?

1° « On injecte, à plusieurs reprises, chez des cobayes, du sérum sanguin de lapin, de façon à rendre leur sérum précipitant pour le sérum de lapin. Or, en injectant, sous la peau et dans les veines de lapins neufs, ce sérum de cobayes préparés, on ne provoque ni les accidents locaux, ni les accidents généraux, ni les accidents tardifs de l'anaphylaxie (p. 22). »

« On mélange *in vitro* du sérum de cheval et du sérum de cheval et du sérum de lapin préparée par injections multiples de sérum de cheval, c'est-à-dire du sérum précipitant le sérum de cheval. On laisse le précipité se former et se réunir de façon à en reconnaître l'existence. Puis, on agite de façon à répartir le précipité dans la masse liquide, et on injecte ce liquide avec le précipité qu'il tient en suspension, soit dans les veines, soit sous la peau. Il ne se produit aucun accident local, général ou tardif (p. 24). »

Dans le même ordre d'idées, Arthus cite des expériences sur l'injection des émulsions de la cire et de l'argile plastique, précipitables par le sérum de lapin, et inoffensives en injections intraveineuses.

L'absence de choc par injection des émulsions de la cire d'abeille est bien facilement explicable : les cires sont des éthers composés des acides gras (le plus souvent acide palmilique et acide oléique) avec des alcools à poids moleculaires élevés (le plus souvent la glycérine et l'alcool cétylique). Il est donc facile de comprendre pourquoi une injection intrajugulaire ne provoque point de choc chez le lapin ou chez le cobaye, car, au niveau du poumon et par son action lipolytique, si bien étudiée récemment par Roger, un dédoublement a lieu avec la libération des acides gras, et l'abaissement de la tension superficielle, très notable, empêche la floculation de se produire.

En injections intracarotidiennes, la fonction lipolytique du poumon est évitée et le choc se produit, comme l'a démontré Lumière. Voici donc l'explication bien simple de l'insuccès d'Arthus et du succès des expériences de Lumière.

L'expérience d'Arthus, avec l'argile plastique en suspension aqueuse, est formellement contredite par les travaux remarquables et complets de Thiele et Embleton, dont voici le texte (2) :

« D. KAOLIN, Guinea-pig, 310 gr. 1 cc. of a 1 p. 100 suspension i. v. the animal died in 3 minutes.

E. KIESELGUR inoculated in the same way gave similar results.

F. CARMINE. A 5 p. 100 supension of carmine was made in normal saline Guinea-pig, 260 gr. Before 1 cc. of this suspension was all inoculated the animal developped convulsions, respiratory spasm and died in 3 minutes.

« Other experiments gave similar results. » »

Nous avons eu maintes fois l'occasion de confirmer les résultats de ces auteurs.

Quant à l'injection d'un sérum-précipitant pour le lapin, du cobaye à un lapin neuf, il s'agit là de doses si homéopathiques qu'elles vaccinent et ne peuvent pas déclancher le choc pour leur compte. Melik-Megrabov l'a montré pour les suspensions d'encre de Chine; Lumière l'a confirmé pour le sulfate de baryte; de plus, ce dernier a mis en évidence la nécessité d'un degré de dispersion déterminé pour produire le choc humoral.

Le premier groupe d'arguments invoqués par Arthus ne semble donc pas avoir une force démonstrative suffisante.

2° « On injecte, à plusieurs reprises et de semaine en semaine, à quelques lapins, du sérum de cheval. On vérifie que ces lapins sont anaphylactisés, en injectant sous la peau ou dans les veines de l'un de ces lapins, pris au hasard, un peu de sérum de cheval. On saigne les autres lapins, on recueille leur sang; on le laisse coaguler; puis, après quelques heures, on sépare le sérum exsudé du caillot. On constate que ce sérum précipite *in vitro* le sérum de cheval. On en injecte *lentement* (souligné par nous) une certaine quantité dans les veines d'un lapin neuf, puis, quelques minutes plus tard, on injecte, toujours dans les veines, du sérum de cheval. Il se produit *à coup sûr* (souligné par nous) un précipité intraveineux. Or, il n'y a aucnne manifestation anaphylactique. »

Cet argument est encore très peu décisif et passif également d'une explication simple, non seulement en se basant sur notre conception colloïdale, mais sur toute l'expérimentation anti-anaphylactique. En effet, en injectant *lentement* à un lapin neuf du sérum de lapin précipitant le sérum de cheval, Arthus réalise manifestement une anti-anaphylaxie par des doses faibles du type Besredka et lentement injectées du type Friedberger, *en produisant une série de chocs avant la lettre.* Que le sérum du lapin précipitant le sérum de cheval est hétérogène pour le lapin neuf, cela est évident et le travail de Turro et Gonjalez sur la rétro-anaphylaxie en constitue une preuve directe. Le fait de la production du choc par des injections aux animaux de leur propre sérum, signalé en 1913 par Miracapillo et Mello, et puis par Widal, en fournit un autre exemple. Ces auteurs ont vu le sang humain, à peine sorti des vaisseaux sanguins et après quelques contacts avec les parois de verre, devenir étranger au milieu humoral du même sujet. Ce sont là des faits indiscutables, rendant notre objection bien fondée.

De plus, ne voit-on pas souvent la précipitation, pour employer la terminologie aimée des biologistes, de deux sérums du même sujet, suivant le moment de la saignée, l'état de la digestion, etc.

Il faut convenir que le second groupe d'expériences de Arthus ne peut pas convaincre.

3° Le dernier groupe d'arguments, invoqués par Arthus, semble, à première vue, beaucoup plus démonstratif.

« On sait que la réaction de précipitation est

(1) ARTHUS. *De l'anaphylaxie à l'immunité*, 1921, Paris, Masson.
(2) THIELE et EMBLETON. *Zeit. f. Imm.*, 1913.

rigoureusement spécifique. Par conséquent, si, chez des lapins séroanaphylactisés (dont le sérum est précipitant pour le sérum de cheval), on obtient des réactions anaphylactiques locales et générales dans des conditions où, à coup sûr, il ne se produit aucune précipitation (injection du blanc d'œuf, par exemple), c'est que la réaction d'anaphylaxie n'est pas la conséquence d'une précipitatien intra-organique. »

Les expériences, auxquelles fait allusion Arthus, démontrent, en effet, la non-spécificité chimique de l'anaphylaxie chez le lapin, puisqu'on peut produire le choc par la peptone, l'albumine d'œuf, la gélatine, etc., chez le lapin préparé avec des sérums, et inversement. Démontrent-elles la non-spécificité physique ? Or, selon toute évidence, une spécificité quelconque dans les phénomènes anaphylactiques doit exister. Arthus, lui-même, a signalé des faits remarquablement intéressants, tels que la possibilité de sensibiliser des lapins avec des substances telles que le sérum chauffé, le glycocolle, et leur impuissance à produire le choc chez les animaux sensibilisés avec d'autres substances. Il faut évidemment multiplier les expériences pour découvrir la nature de cette particularité bien importante à connaître.

Mais, en revenant à l'objection d'Arthus, il est, cette fois encore, facile à expliquer le mécanisme de cette non-spécificité chimique de l'anaphylaxie. Lorsque nous sensibilisons le lapin avec de la gelose — un colloïde qui, ne l'oublions pas, contient des substances azotées (jusqu'à 10 p. 100 d'azote) dont la nature est ignorée — le sérum, déchaînant le choc, est également une substance colloïdale azotée, chimiquement peut-être différente, mais physiquement à l'état analogue. Même observation peut être faite pour le blanc d'œuf et le sérum. Donc, dans les deux cas, les substances labilisante et déchaînante semblent physiquement spécifiques.

L'étude approfondie de cette spécificité physique nous donnera des notions sur sa nature intime.

Pour terminer l'examen critique des objections d'Arthus, soulignons encore deux points, bien importants à notre point de vue : 1° les expériences d'Arthus à ce sujet sont peu nombreuses. *Testis unus, testis nullus*; 2° le lapin se prête mal à des expériences sur l'anaphylaxie et n'a été que rarement utilisé. Tout récemment, Bayliss a signalé toutes les incertitudes et tous les inconvénients de cette expérimentation. Le réactif par excellence pour l'anaphylaxie, c'est le cobaye; il meurt instantanément ou il survit; et, pour le moment, trop de finesse, trop d'analyses minutieuses de phénomènes physiologiques si complexes facilitent la perte de l'observateur dans ce labyrinthe.

Demandons-nous quelle est la conception personnelle de Arthus. Dans la préface de son ouvrage, préface animée d'un sentiment noble, admirable, dont chaque ligne devrait être bien gravée dans l'esprit de tout savant, et, avant tout, dans celui des maîtres, cet auteur met les expérimentateurs en garde contre les généralisations hâtives, contre les théories le plus souvent néfastes. Mais, finalement, il recourt lui-même à des hypothèses de travail et d'orientation. Peu importe le terme, car, en l'occurrence, Arthus nous détaille une hypothèse personnelle, différente de celle de Richet.

« L'opinion, soutenue par Ch. Richet de la production d'un nouveau composé toxogénine-toxine ou apotoxine, ne s'impose pas nécessairement. L'anaphylaxie peut tout aussi bien s'expliquer par l'action de la toxine primitive s'exerçant sur un animal hypersensible... L'anaphylaxie est l'état d'hypersensibilité à l'action toxique de substances appartenant à la famille des congestines; l'hypersensibilité résultant d'une modification de l'organisme, la substance toxique ne subissant, avant d'agir, aucune transformation. »

Pour illustrer sa pensée, l'auteur fait le rapprochement suivant entre l'action de la pepsine agissant sur « les substances protéiques uniquement en milieu légèrement acide : dans l'anaphylaxie, une substance apparaît dans l'organisme, dont on peut trouver une partie dans le sang circulant chez le chien... et cette substance réalise une condition de milieu favorable à l'action toxique du poison employé. »

Nous sommes d'accord avec d'Arthus lorsqu'il dit que *cette formule est vague et imprécise*; mais nous ne le sommes plus lorsqu'il affirme que « par là nous n'expliquerons rien; nous constatons tout simplement ». Or, aucune constatation d'une substance nouvelle, ni aucune trace d'une substance nouvelle n'a jamais été directement constatée dans les recherches sur l'anaphylaxie. La conception d'Arthus, en tant qu'hypothèse de travail et d'orientation, c'est la conception bien connue qui consiste à prendre des quantités formidables de liquides organiques, et, par une série de précipitations, extractions, filtrations, et, par des renouvellements successifs de ces opérations, chercher à isoler les lysines, toxines, précipitines, agglutinines et toutes les autres « phénoménines ». Hélas! elle n'ouvre pas d'orientations nouvelles, elle a signé déjà son arrêt d'impuissance!

Examinons les idées de Richet (1).

Cet expérimentateur s'efforce tout d'abord à démontrer que la théorie de floculation n'est pas défendable. Ses arguments se laissent grouper dans les trois catégories suivantes :

1° Tout d'abord, en se basant sur quelques expériences personnelles, Richet déclare que, souvent, malgré l'absence d'une floculation, d'un précipité, dans un mélange de sérum anaphylactisé et d'antigène, le choc se produit avec toute sa violence. Seulement Richet ne nous dit pas comment il a cherché ce floculé; or, nous avons déjà dit en 1914 que, dans le cas où le sérum était transparent à l'œil nu, l'examen ultramicroscopique permettait de découvrir la floculation micellaire. Donc, il faut rechercher la floculation, soit par la néphélémétrie pratiquée dans ce but par Dold en 1920, soit, et mieux (car l'intensité de l'éclairage permet alors de découvrir des micelles d'une grandeur de beaucoup plus faible) par l'ultramicroscopie, ce qui a été fait en 1914 par nous-mêmes. Cet argument de Richet n'a donc pas de valeur démonstrative jusqu'à la preuve de la production du choc, malgré l'absence d'une floculation ultramicroscopique.

2° L'argument suivant de Richet concerne l'expérience de Thiele et Embleton, reproduite par Lumière au sujet du choc par injection de poudres; il est dirigé, en réalité, contre les hypothèses de Lumière, notamment en ce qui concerne l'irritation d'endothélium vasculaire du système nerveux central où il a toute sa valeur, et non contre notre conception de la floculation. Car, soulignons-le, depuis 1920 (avril) nous avons attiré l'attention sur la nécessité

(1) Préface à la Monographie de E. Pesci, et *Biologie médicale* 1922, n° 5.

de différencier les différents chocs par contact, et, en ce qui concerne le choc par injection de poudres, nous lui avons attribué un mécanisme tout particulier : thromboplastique. Cette manière de voir a été partagée tout récemment par Feissly (*XVe Congrès de méd.*) ; elle est conforme aux idées actuelles sur la coagulation du sang (Bordet) et aux faits expérimentaux connus (1). Mais, à cette occasion, Richet veut démontrer que le volume de suspension injecté et aussi des floculés micellaires formés ne peuvent pas produire des obstructions capillaires. Cette façon de se représenter le rôle de la floculation est apparemment trop simple. Nous avons invoqué à l'appui de notre orientation la présence des embolies capillaires, décrites par Schmidt, Demel, Pardi, Werigo, V. Behring et autres ; ces embolies étaient des embolies n'ayant bien certainement rien à voir avec les floculations micellaires primitives; ces auteurs les ont décrites comme des embolies par agglutination des plaquettes, des globules blancs, etc. De plus, les exemples que nous avons donnés (*Revue de méd.*, 1922) d'une extrémité d'aiguille introduite dans le vaisseau sanguin y produisant de véritables amas de leucocytes, la coagulation du sang au contact du verre, etc., indiquaient clairement que la naissance des floculés micellaires dans le milieu interne produit des actions de contact multiples, aboutissant à des agglomérations des éléments figurés. L'action thromboplastique des microbes, ayant pénétré dans la circulation, a été expérimentalement constatée par Gowaerts.

Il faut donc comprendre le rôle de la floculation micellaire comme centre de gravitation, d'attraction pour la formation des coagulations du sang ou des agglutinations des éliments figurées.

3° Le troisième argument de Richet, qu'il considère comme décisif, c'est l'anaphylaxie des végétaux. Les expériences de Richet sont-elles du domaine anaphylactique? Assurément non, à moins de changer le sens précis donné à ce terme, et voici pourquoi : dans l'expérience unique de Richet concernant le ferment lactique, la substance destinée à le sensibiliser était le nitrate de thallium. C'est un électrolyte ; or, jamais depuis la découverte de l'anaphylaxie, la sensibilisation expérimentale n'a été observée avec des électrolytes; les quelques cas d'intolérance médicamenteuses à l'ingestion ou à la respiration comportent un ensemble de facteurs obscurs s'éloignant d'une expérience rigoureuse, où, en tous cas, la formation des complexes colloïdaux doit, semble-t-il, être mise en cause.

L'expérience de Richet est peut être explicable par une accumulation de thallium au cours des ensemencements successifs, faits observés par Devaux dans ses remarquables expériences sur l'adsorption des électrolytes par les plantes aquatiques. De plus, ne l'oublions pas, le terme et le fait de l'anaphylaxie a été observé chez les animaux, quoique, *a priori* rien ne nous autorise à l'appliquer à des végétaux, si on reste dans le domaine expérimental. Ainsi, notre objection est sans valeur en ce qui concerne les expériences de Lumière, concernant l'anaphylaxie des végétaux, où la substance employée était de nature protéique, colloïdale, et notamment le sérum de cheval.

(1) Cette différenciation vient d'être acceptée, tout au moins en principe, par A. LUMIÈRE (*Avenir médical*, 1922, n° 12) qui, jusqu'à ce temps, généralisait tous les chocs par contact en tant que chocs par floculation. (Note pendant la correction des épreuves.)

Richet se demande : « Est-ce que cette anaphylaxie des végétaux peut s'expliquer par l'oblitération des vaisseaux cérébraux? » Certainement non, et l'argument de Richet est dirigé contre l'hypothèse de Lumière dont personne n'a encore confirmé tant soit peu la valeur.

Ce phénomène d'anaphylaxie de la cellule végétale peut comporter la même explication que celui d'anaphylaxie de la cellule animale, des animaux supérieurs ayant un système circulatoire et nerveux. Répétons ce que nous avons écrit en 1920 (*Ann. de méd.*) au sujet de la sensibilisation chez les animaux : « Que la cellule, sous l'influence de modifications apportées dans son milieu nutritif, soit obligée de s'accommoder à de nouvelles conditions vitales : son contenu subira un changement; son pouvoir sécrétoire deviendra à son tour modifié et le milieu nutritif va subir, par contre-coup, des modifications dans sa composition chimique, et, avant tout, dans sa composition en tant que complexe colloïdal. Alors, une nouvelle injection trouvera un terrain modifié et la rupture d'équilibre, impossible la première fois, s'ensuit » (1).

Est-ce que cette manière de voir n'est pas identique à la thèse que Richet propose aujourd'hui : « Il y a simplement un organisme qu'un poison a modifié. Jamais une cellule ne demeure identique à elle-même; quand certains poisons ont agi ainsi sur elle elle est devenue plus sensible qu'auparavant. Et cela, c'est l'anaphylaxie! »

Seulement, convenons-en, cette opinion ne sort pas des termes généraux... tandis que nous nous efforçons d'appliquer aux phénomènes vitaux les notions claires et précises de la physico-chimie moderne qui, par les révolutions accomplies dans bien des domaines de la science, est parfois ahurissante.

En résumé, l'anaphylaxie chez les végétaux, une fois confirmée, s'explique par le jeu des mêmes facteurs que l'anaphylaxie chez les animaux; seule, l'extériorisation de ces forces varie : chez les animaux, la floculation produit la mort par les oblitérations des capillaires; chez les végétaux, cette floculation ne peut pas produire des convulsions de feuilles d'oignon, ni des inspirations asphyxiques du ferment lactique. Elle conduit à la mort silencieuse de la cellule par la suppression des échanges.

Les trois arguments que Richet a opposés à la thèse de floculation se réduisent à néant. Par quoi, remplace-t-il cette théorie physique? Par sa théorie chimique du poison anaphylactique-apotoxine. Cette théorie était bien acceptable en 1902, comme axiome. Aujourd'hui, il faut bien l'étayer sur des expériences. Cela est difficile, le poison anaphylactique ne se laisse pas isoler, tout comme ses congénères de fortune : toxines, antitoxines, vitamines, ferments lysines, sensibilisines, et antisensibilinogènes.

A défaut d'expériences directes — du point de fusion, de la forme de cristallisation, de la composition, de réactions caractéristiques de l'apotoxine, — il faut donner des preuves indirectes, des analogies étroites. Quelles sont ces preuves indirectes, ces analogies? Richet en cite quelques-unes; examinons leur valeur.

1° Action toxique de certains alcaloïdes (strychnine, brucine, thebaïne, émétine) et des substances chimiques variées (acide cyanhydrique, sels ammo-

(1) *Ann. de méd.*, 1920, vol. VII, p. 378.

niacaux à hautes doses, venins de cobra, cocaïne, éther, chloral, bromure d'éthyle, chloroforme) sur l'organisme vivant est presque identique, et il faut bien chercher des nuances dans les convulsions provoquées par elles; cette action toxique se développe par l'intermédiaire du système nerveux central, qui, lui, n'a pas à sa disposition mille manière de réagir. Nous ne nierons pas que les substances précitées soient des poisons; non. Mais, ce que nous nous refuserons d'admettre comme un axiome, c'est que le mode d'action de ces substances soit une réaction chimique, c'est-à-dire, ayant lieu suivant la loi de proportion équimoléculaire.

Or, précisément, en ce qui concerne les alcaloïdes, les recherches de Traube, et celles de beaucoup plus anciennes de Duclaux, ont démontré que ces substances agissent à la manière des colloïdes. De plus, Lapicque, Legendre et Hoeber ont constaté qu'on peut expliquer le mécanisme de la narcose par le gonflement du cylindraxe nerveux (et c'est un gel colloïdal). La voie est ouverte pour les recherches; elles aboutiront à des explications par les faits et non par des mots.

On voit qu'il ne manque pas d'indices précis en faveur des réactions colloïdales pour expliquer l'action des « poisons » sur l'organisme vivant; on peut en citer d'autres à propos des actions médicamenteuses des colloïdes, tandis qu'aucun fait ne peut être cité à l'appui d'une réaction chimique.

2° L'argument suivant de Richet, c'est l'expérience classique de Claude Bernard : on injecte à un animal des doses, inoffensives séparément, de l'émulsine et de l'amygdaline : la mort est rapide par suite de la production *in vivo* de l'acide cyanhydrique.

Cet argument est sans analogie avec d'autres substances « poisons » sans oublier que nous ne savons pas bien quel est le mode d'action de l'émulsine, ni qu'est-ce que c'est que l'émulsine. Et, surtout, les actions fermentatives ne sont point du type classique des réactions chimiques.

3° Même, l'anti-anaphylaxie est pour Richet une preuve de l'action chimique du poison anaphylactique. « Soit un corps A (apotoxine) résultant du conflit entre l'antigène G et la toxogénine T; il y a l'anti-anaphylaxie parce que la réserve de toxogénine T a été épuisée. Il n'y en a plus ni dans les cellules, ni dans le sang : elle s'est combinée à G pour donner A. A a produit son effet toxique, et maintenant vous pouvez donner 10, 20, 30 doses de G, elle seront inactives, car il n'y a plus de toxogénine T pour produire de corps toxique A... »

C'est une façon bien curieuse que de prouver le bien fondé d'une conception, en s'appuyant sur elle comme point de départ; mais, passons. Le raisonnement de Richet peut, sous toutes réserves logiques, s'appliquer à l'anti-anaphylaxie spécifique où le corps G (antigène) est dans les deux cas le même. Mais, en dehors de cette anti-anaphylaxie spécifique, il y a toute l'anti-anaphylaxie. Il suffit de lire la pénétrante critique de Widal du processus d'intoxication (1) pour voir s'effondrer l'argumentation de Richet.

Mais poursuivons. Pour Richet, cette intoxication chimique par le poison anaphylactique est une intoxication du système nerveux. Il faut donc supposer que la réaction chimique se passe au niveau de la cellule nerveuse. Il semble qu'il n'en est rien, car Richet envisage dans la suite un mécanisme bien différent.

En demandant « pourquoi laisse-t-on toujours sous silence le rôle énorme que joue le système nerveux dans tout phénomène chimique de l'organisme », Richet, pour expliquer sa pensée, donne l'exemple de strychnine qui produit, de par la convulsion générale des muscles, la consommation d'oxygène qui devient « vingt fois plus forte, comme la production de CO^2 et la destruction du sucre. » Mais, la consommation augmentée d'oxygène, production exagérée de CO^2, disparition du sucre, production d'acide lactique, etc., ce sont là des phénomènes qui accompagnent toutes les fatigues musculaires produites par l'électricité, par le froid, par les causes mécaniques et chimiques; donc, ce rôle du système nerveux n'est pas exclusif il sert uniquement d'intermédiaire.

En se basant sur ce rôle du système nerveux dans la production de substances nouvelles nocives, Richet fait une supposition qu'une « excitation du système nerveux central va dégager, du foie ou d'ailleurs, des substances qui troubleront la vie des globules et dérangeront l'équilibre des colloïdes du sang. Et ce sera soudain, immédiat, aussi brutal que l'attaque du tétanos strychnique. »

Voici, fidèlement exposées, les idées de Richet. Tout d'abord, elles attribuent au système nerveux un rôle capital. Or, il semble que cela est bien inexact. La production du choc chez les cobayes, par l'injection des anesthésiques, mais sans anesthésie (Kopaczewski et Roffo), l'inefficacité de la narcose éthérée chez le lapin (Arthus) infirment la thèse de Richet sur ce point. La supposition que l'intoxication du système nerveux (par l'apotoxine?) produirait le dégagement des substances toxiques qui troubleront la vie (donc, ce n'est pas l'apotoxine qui est le poison anaphylactique?) et que ce dégagement serait immédiat (fatigue musculaire dans l'exemple avec la strychnine ne l'est pas.)

Voici une série de suppositions sans aucune base expérimentale, pour incriminer finalement un « trouble d'équilibre colloïdal », dont le rôle dans les intoxications et dans les réactions chimiques est, on le sait, superflu.

Dans la nouvelle conception chimique de Richet, il faut donc deux substances distinctes : une apotoxine pour exciter le système nerveux, l'autre produite par des organes de l'organisme pour troubler l'équilibre colloïdal du sang. Il est de toute évidence beaucoup plus logique, beaucoup plus conforme aux faits, aux expériences, aux données de la science d'aujourd'hui, d'admettre la conception colloïdale simple, en se contentant d'une hypothèse, au lieu de tout au moins trois. Nous avons donné ainsi tous les arguments qu'on a fait valoir contre la conception colloïdale et contre la floculation en particulier.

Nous l'avons fait pour ne pas être accusé d'un parti-pris, et pour démontrer la facilité avec laquelle les faits expérimentaux bien établis peuvent se ranger dans les cadres de cette conception colloïdale. Est-ce à dire que nos idées peuvent, dès aujourd'hui, prétendre à la dignité d'une théorie générale? Ce n'est nullement notre avis. Bien des faits nous obligent à élargir cette hypothèse de travail et nous sommes les premiers à le faire.

Voici la preuve. Nos expériences sur l'absence de choc anaphlactique en présence des anesthésiques,

(1) F. Widal. *XVe Congrès de médecine*, Strasbourg, 1921.

mais sans anesthésie ainsi que les faits, établis par Arthus, d'inefficacité de l'éther dans la production de choc chez les lapins, ont permis d'écarter le rôle capital du système nerveux dans les phénomènes anaphylactiques, qu'on était enclin à lui attribuer à la suite des expériences de Roux et Besredka; mais, voici les expériences de Forssmann et de Lumière, de Tinel et Santenoise, de Bouché et Hustin, qui semblent démontrer que le système nerveux central ou autonome y joue un rôle manifeste, et nous avons démontré comment ce facteur concilie la conception colloïdale avec la symptomatologie du choc.

Puis, les premiers essais de Kepinow et les observations cliniques de Widal signalent la corrélation entre les états de choc et le fonctionnement des glandes endocrines; il faut donc élargir la conception anaphylactique et chercher à élucider le mécanisme de cette corrélation. De plus, un nombre de faits et de problèmes n'ont pas encore reçu leur explication par la conception colloïdale, et, chose curieuse, pas un auteur ne nous les a signalés. Ces faits n'ont pourtant pas échappé à notre attention. La spécificité anaphylactique — car elle existe dans une certaine mesure — et sa nature, l'anaphylaxie par les hémicolloïdes (peptone, substances organiques à poids moléculaire très élevé, etc.) et par les électrolytes : voici des problèmes qui peuvent nous réserver bien des surprises.

Mais, d'une façon générale, toutes les recherches actuellement connues n'ont pas porté une seule atteinte à l'idée de la floculation, considérée comme *princeps movens* du choc (1).

L'introduction d'un colloïde étranger dans un milieu préalablement et paradoxalement modifié (et sur la nature de ces modifications, nous avons déjà des indices précis) *provoque une rupture d'équilibre colloïdal se traduisant par la floculation micellaire; cette floculation micellaire constitue des centres d'agglomération des éléments figurés* (*globules, plaquettes, hémoconies*) *et aboutit à l'obstruction des capillaires pulmonaires. Parallèlement, et de par ces violentes modifications de forces capillaires, les centres nerveux peuvent être mécaniquement excités* (Lumière) *et le système sympathique ou le système autonome mis en éveil, suivant l'individualité de l'organisme* (Bouché, Arloing, Tinel), *les glandes endocrines peuvent sécréter des substances inhibitrices ou aggravantes* (Widal, Kepinow).

Mais, ces facteurs sont secondaires; ils sont mis en activité, en éruption, grâce à la floculation, cause efficiente du choc anaphylactique.

Notre hypothèse de travail paraît logique, conforme à nos connaissances actuelles. L'avenir apportera son jugement. Mais, pour démontrer sa fausseté, il faut la combattre, en se plaçant au point de vue physico-chimique, et, pour employer l'image de Gœthe : « Pour comprendre le poète, il faut aller dans son pays. »

L'éducation physique rationnelle. La méthode. Les maîtres. Les programmes, par le docteur Philippe TISSIÉ, président de la Ligue française de l'éducation physique, membre de la Commission médicale du Comité consultatif de l'éducation physique. Un vol. in-8, illustré. — Prix : 9 fr. — Paris, Félix Alcan.

---

(1) W. KOPACZEWSKI. *Pharmacodynamie des colloïdes.* Paris 1923, G. Doin, éditeur.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Quo non ascendam?... est évidemment la devise de ceux qui s'adonnent à la chirurgie expérimentale. De fait, ces éclaireurs et fraye-chemins » de la chirurgie humaine ont toutes les curiosités et toutes les audaces, et, l'un après l'autre, tous les organes du corps, même ceux qui, *a priori*, semblent les plus inaccessibles aux investigations, leur livrent leurs secrets. Allen et Graham (1) viennent de publier un article court, mais fort intéressant, sur une nouvelle méthode de *chirurgie intracardiaque* avec laquelle ils ont pu pénétrer dans l'intérieur des cavités du cœur sans hâte, *sans interruption de la circulation*, examiner à loisir l'endocarde et opérer délibérément sous le contrôle de la vue. Le point nouveau et essentiel de leur méthode est que la circulation du corps et du cœur lui-même reste normale, ou à peu près, pendant l'opération, de telle sorte qu'une grande rapidité d'exécution n'est point nécessaire. Les auteurs ont, à maintes reprises, examiné les cavités cardiaques de chiens normaux pendant vingt minutes, sans conséquences fâcheuses ultérieures.

Le but primitif des travaux d'Allen et Graham était de trouver un procédé pratique pour le traitement chirurgical du rétrécissement mitral, traitement suggéré pour la première fois par Lauder Brunton en 1902 et essayé depuis par maints expérimentateurs et chirurgiens. Mac Callum, Cushing et Branch, Schepelmann et d'autres ont réussi à couper ou à dilacérer les valvules au moyen de crochets ou de petits bistouris, mais sans le contrôle de l'œil. Haecker, Carrel et Tuffier ont imaginé des procédés opératoires rapides de chirurgie valvulaire, sous contrôle de la vue, mais avec interruption de la circulation. Carrel et Tuffier ont cautérisé, suturé et sectionné les valvules pulmonaires chez le chien.

Mais ces techniques expérimentales ne peuvent s'appliquer à l'homme, soit parce qu'elles sont aveugles, soit parce qu'elles nécessitent l'arrêt de la circulation. La méthode de Graham et Al en n'a point ces inconvénients et ouvre un horizon nouveau pour la chirurgie intracardiaque.

Un cardioscope est introduit à travers la paroi du cœur, paroi dans laquelle il est attaché au moyen d'une suture en bourse ou d'une simple ligature passée autour du point d'introduction, ce qui suffit pour éviter l'hémorragie. Le cardioscope est manipulé de telle sorte que l'on peut examiner toutes les régions de la surface interne des oreillettes et des ventricules. A première vue, il ne semblerait pas qu'il fût possible de voir les valvules à travers un milieu opaque comme le sang, mais, en fait, cette crainte n'est pas justifiée. L'endocarde peut être vu dans le cardioscope aussi nettement que la muqueuse vésicale dans un cystoscope, pourvu que la lentille de l'instrument soit en contact avec le point examiné.

Le cardioscope est un tube de métal fermé à son extrémité par une lentille plan-convexe dont la surface plane est à l'intérieur du tube et la convexe à l'extérieur. La courbure de cette face convexe est calculée de manière à ce qu'elle puisse s'appliquer directement et intimement sur les parois. Une petite

---

(1) ALLEN et GRAHAM. *Journ. amer. med. Assoc.*, 23 sept. 1922, p. 1023.

lampe électrique portée sur une tige se trouve en arrière de la surface plane de la lentille. Le bistouri pour sectionner les valvules a un mince manche plat que deux anneaux métalliques maintiennent au contact du cardioscope. La lame est placée à angle droit par rapport au manche, son bord tranchant fait face à la lentille; elle peut rentrer en totalité, pendant l'introduction, dans une rainure creusée le long d'un diamètre de celle-ci.

Dans leurs premiers essais, Allen et Graham tentèrent de pénétrer dans le cœur à travers la paroi du ventricule gauche, près de la pointe. L'hémorragie fut abondante, difficile à arrêter, même avec une suture en bourse placée à un centimètre en dehors des bords de l'incision et fortement serrée. Le trauma résultant causait de graves altérations dans le fonctionnement du cœur qui, dans plus de la moitié des cas, s'arrêtait en diastole. D'autres régions de la paroi du ventricule gauche furent essayées sans plus de succès. Les auteurs choisirent alors comme point d'entrée, après étude de moulages des cavités cardiaques, l'appendice auriculaire gauche dont la position est anatomiquement favorable et dont le role physiologique est restreint. Ils abandonnèrent la suture en bourse, contrôlèrent l'hémorragie au début de l'opération par un clamp à mors flexibles caoutchoutés puis par une simple ligature passée autour de la base de l'auricule.

En poussant le cardioscope dans l'oreillette gauche, on voit facilement la mitrale, nettement blanche et légèrement translucide. On sort la lame du bistouri de la rainure et l'on sectionne la valvule. Puis le cardioscope est retiré de manière à ce que son extrémité soit dans la portion distale de l'auricule, la ligature à la base de celle-ci est nouée et l'auricule excisée. Fermeture du péricarde sans drainage. L'incision péricardique doit être aussi courte que possible, car il n'est guère possible d'éviter la formation d'adhérences péricardiques le long de la ligne de suture.

Les auteurs ont fait vingt-deux expériences avec cette voie d'accès et cette technique. Ils ont eu une seule mort sur la table d'opérations due à une faute de technique facile à éviter. Un fort souffle systolique de la pointe est apparu après chaque opération de section de la valvule mitrale. Dans un cas, il persiste encore huit mois et demi après l'intervention; dans deux autres cas, après plus de deux mois. La mortalité a été élevée, il faut en convenir; mais elle est toujours due à un empyème, c'est-à-dire à une infection accidentelle qu'il doit y avoir moyen d'éviter et non point à un défaut fondamental inhérent à la méthode. Dans les cas de mort spontanée, l'autopsie n'a jamais montré la présence de sang dans la cavité péricardique.

Les auteurs ont pu, par cette méthode, sectionner à volonté n'importe quelle valve de la tricuspide ou des sigmoïdes pulmonaires et aortiques et étudier les valvules, les chordae tendineae, les muscles papillaires, les faisceaux musculaires, les orifices des artères et des veines, petites et grosses, dans les cavités du cœur. Tout ceci est fort intéressant et promet encore davantage pour l'avenir. Cela démontre que l'on peut étudier le cœur vivant et opérer sur lui sans en interrompre le fonctionnement, point d'importance absolument primordiale. Toutefois, ce serait peut-être faire preuve d'un enthousiasme un peu exagéré que de soutenir que, dans quelques années, on se fera cardioscoper comme on se fait cystoscoper aujourd'hui et que l'on fendra une mitrale récalcitrante comme on enlève aujourd'hui un polype pédiculé. Et pourtant, après tout, qui sait...?

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

SOCIETES SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1922)

M. PÉRAIRE rapporte une observation de **bilatéralité de kystes dermoïdes ovariens** qu'il a opérés au mois d'août dernier chez une jeune femme.

M. PÉRAIRE fait un rapport sur un travail de M. Sénéchal, ayant trait à un **nouvel anesthésique local nommé Nikétol**.

M. BURTY lit un rapport sur une communication de M. Liquet sur **les injections intramusculaires de citrate de soude à 10 p. 100 dans les cas d'hémorragies secondaires.**

Nouvelle note sur l'atoxodyne, anesthésique local dépourvu complètement de toxicité. — M. GUISEZ, en mars 1921, a présenté ses premiers résultats sur l'emploi de l'atoxodyne, corps chimique de manipulation et stérilisation faciles et qui est entièrement dépourvu de toxicité aux doses thérapeutiques les plus élevées (ainsi que le démontre aussi l'expérimentation sur le cobaye et la souris).

Les solutions dont se sert M. Guisez sont à 2 p. 100, auxquelles l'auteur ajoute, au moment de l'emploi, V à VI gouttes d'adrénaline à 1/1000 par ampoules de 5 centimètres cubes.

M. Guisez a jusqu'à présent effectué 87 opérations, petites et grandes, en se servant de cet anesthésique local.

M. PEUGNIEZ a eu récemment l'occasion de revoir une malade opérée par lui, en 1908, d'un cancer du foie. La tumeur enlevée avait été examinée par Cornil qui avait porté le diagnostic : Sarcome fusocellulaire du foie. Or, depuis, la malade a été reprise d'accidents analogues à ceux qui avaient motivé l'intervention ; examinée par M. Renon à la Pitié, par M. Milian à la Charité, elle a guéri à la suite d'un traitement spécifique. En examinant les coupes de Cornil ; en en pratiquant de nouvelles sur la pièce qui était restée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, M. Milian et d'autres histologistes qui virent ces préparations, conclurent qu'il s'agissait de lésions spécifiques.

Depuis qu'elle a suivi le traitement, la malade n'a plus eu de nouveaux accidents.

M. OZENNE regrette que l'on n'ait pas fait la réaction de Wassermann avant l'opération et qu'on n'ait pas, quand même, institué le traitement antisyphilitique.

Kyste séreux du foie. — M. Paul DELBET. Les kystes séreux du foie sont rarement volumineux et considérés par suite comme de simples curiosités anatomo-pathologiques. Il présente un kyste qui atteignait le volume de deux poings : il siégeait dans le ligament de la veine ombilicale.

Traitement orthopédique des fractures du col du fémur. — M. André TRÈVES présente trois observations de fractures du col du fémur dont une fracture cervicale vraie ou intracapsulaire. Toutes trois ont eu des consolidations osseuses et d'excellents résultats fonctionnels, bien que le malade atteint de fracture cervicale fût alcoolique, paludéen, tabétique et atteint d'arthropathie du genou du même côté avec semi-ankylose. L'auteur est fidèle à la méthode de Withman (grand plâtre en abduction et rotation interne) qu'il a vu appliquer par son inventeur, et qui permet d'asseoir le malade et de le coucher du côté sain.

M. JUDET préconise chez le vieillard (et chez l'adulte), le traitement des fractures du col du fémur par un appareil plâtré spécial immobilisant la cuisse en flexion à 90 degrés, abduction maximum, rotation interne. Cet appareil permet

au malade de vivre assis, sans souffrance, sur un fauteuil, pendant toute la journée et cela de suite après l'accident. Ainsi se trouve évité le décubitus horizontal et ses graves conséquences (escarre sacrée, pneumonie hypostatique).

L'auteur projette sur l'écran de nombreuses radiographies montrant les résultats obtenus dans les diverses variétés de fracture du col.

Cancers de l'estomac inopérables. Quelques ressources thérapeutiques modernes. — M. François JEUNET rapporte cinq cas de cancers gastriques inopérables et nettement améliorés par la radiumthérapie, d'une part, et d'autre part, plusieurs autres cas d'irradiation prophylactique chez des gastrectomisés ou gastro-entérostomisés.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1922)

Palilalie chez un pseudo-bulbaire. — MM. RIMBAUD et PAGES. Sujet de soixante-trois ans, sans antécédents (en particulier pas de syphilis ni de névraxite), qui présente une hypertonie généralisée avec exagération des réflexes tendineux et osseux sans autre signe de la série pyramidale, facies figé, démarche difficile à petits pas, sans tremblement, sauf au niveau de la langue, sans dysphagie, rire ou pleurer spasmodiques. Il existe chez ce sujet une palilalie tout à fait typique sans écholalie ni échopraxie; l'écriture est impossible (probablement par suite de l'hypertonie). La répétition est à peu près constante, le débit est monotone et augmente de rapidité au fur et à mesure pour se terminer en un bredouillement; la palilalie cesse quand on fait répéter au sujet une phrase prononcée devant lui; quand il récite de mémoire (prière, poésie) ou chante un air connu. Le psychisme n'est pas altéré.

Le sujet présente, en outre, de façon inconstante de la myoclonie fibrillaire avec ondulation s'observant symétriquement et synchroniquement dans les quadriceps cruraux et les triceps brachiaux (myokymie de Key et Schultz?)

Il semble que palilalie et myokymie soient sous la dépendance d'une altération des noyaux gris centraux. Pour la pathogénie de la palilalie en particulier, on est réduit à des hypothèses : peut-être ce trouble de la parole relève-t-il d'un fléchissement du pouvoir inhibiteur dévolu, pour certains auteurs, au pallidum.

Sarcome du cou à petites cellules chez un nourrisson. — MM. MASSABUAU, MILHAUD et GUIBAL rapportent l'observation d'un sarcome observé chez un nourrisson âgé de cinq mois. La tumeur développée dans la région carotidienne droite ayant acquis en l'espace de trois mois le volume d'un œuf de dinde. Le centre était ramolli et la peau était rouge violacée. A la périphérie un bourrelet dur et irrégulier limitait la tumeur. Extirpation chirurgicale. Cicatrisation en dix jours.

A l'examen, tumeur encéphaloïde, diffluente, se révélant au microscope comme un sarcome à petites cellules rondes avec nombreuses mitoses atypiques. En somme, sarcome d'allure maligne. Pas de trace de lymphosarcome.

A ce sujet les auteurs insistent sur la rareté du sarcome chez le nourrisson et posent le problème pathogénique. Ils se rallient à l'hypothèse d'une origine congénitale aux dépens de débris cellulaires inutilisés subissant sous l'influence d'une cause inconnue une poussée proliférative désordonnée et atypique.

A propos de la recherche du bacille de Koch dans les hémoptysies. — Mlle GIRAUD et M. ROMAN. Une malade entrée à l'hôpital pour fistule à l'anus et ne présentant aucun signe de tuberculose pulmonaire, fait une hémoptysie abondante. La recherche directe du bacille de Koch dans le sang de cette hémoptysie, comme l'homogénéisation à la soude, restent négatives. Les auteurs ont alors pratiqué sur le culot de l'homogénéisation une nouvelle homogénéisation à la soude (technique déjà utilisée par M. Larrouyet et par eux pour les pus d'abcès froids). Les lames de cette seconde homogénéisation contenaient des bacilles de Koch.

Les auteurs soulignent l'intérêt de ce procédé de recherches qui, dans les hémoptysies initiales de la tuberculose où la recherche des bacilles demeure souvent négative, peut rendre de réels services.

Etude de l'acide urique total du sérum : *a.* L'uricémie normale; *b.* Le facteur rénal de l'hyperuricémie — MM. CRISTOL et NIKOLITCH. Dans cette première note les auteurs justifient leur adoption de la technique de Grigaut qui dose bien l'acide urique total du sérum.

Ils confirment les travaux antérieurs sur l'uricémie normale dont ils élargissent les limites entre 0,03 et 0,05 p. 1000.

L'observation de 53 cas de néphrite urimigène leur a montré toujours une hyperuricémie manifeste. Ils concluent pour cette élévation à la même cause que celle qui régit l'hyperazotémie : l'imperméabilité rénale. Ils ont observé des cas intéressants d'hyperuricémie précoce auxquels ils attribuent la même signification qu'à l'azotémie d'alarme de Widal; pour eux l'hyperuricémie apparaissant avant l'hyperazotémie est une « uricémie d'alarme ». Mais cependant il est des cas de néphrite évoluant sans hyperuricémie, ce sont les néphrites hypertensives.

Extraction et concentration du pigment sanguin. — M. PORTES compare dans cette note les différents procédés d'extraction et de concentration du pigment sanguin, insiste particulièrement sur l'emploi des procédés par relargage, et montre la grande sensibilité d'une méthode qui conduit à l'examen du spectre du dérivé stanneux de l'hématoporphyrine.

LIVRES NOUVEAUX

La princesse de Lamballe intime [*d'après les confidences de son médecin*] (1), par le docteur CABANÈS.

Le secret professionnel était-il respecté au XVIIIe siècle? Il semble bien que non quand on lit les souvenirs stupéfants laissés par le médecin de la princesse de Lamballe.

Grâce au document exhumé par le docteur Cabanès, et dont on ne connaissait jusqu'ici que des fragments; grâce à *l'observation* du docteur saxon Saiffert, qui entre dans les détails les plus réalistes sur la maladie de sa cliente; grâce surtout aux notes et appendices qui l'accompagnent, nous pénétrons, on peut dire, dans les coulisses secrètes de la Révolution. Nous assistons aux conciliabules de la Cour avec les chefs du parti jacobin, dont le rôle nous apparaît sous un jour où on n'est pas habitué à les voir. C'est un des chapitres les plus neufs de ce livre de sereine impartialité, dont l'intérêt et l'attrait sont rehaussés par une quantité de portraits et de pièces autographes, puisés aux sources les plus sévèrement contrôlées.

F. L. S.

La guérison de la tuberculose pulmonaire (2), par le docteur R. BURNAND.

Dans ce petit livre M. Burnand étudie la très importante question de savoir comment guérit la tuberculose. Connaître les symptômes de l'évolution régressive de la tuberculose, évaluer les symptômes de guérison qui ont pu être considérés comme des manifestations d'une infiltration active, juger avec la connaissance des formes de la tuberculose spontanée, les effets d'une médication antibacillaire, autant de points de l'histoire de la tuberculose qui ont une importance considérable pour le praticien et qui jusqu'à présent, ont été à peine effleurés par les auteurs classiques. Cette étude est basée sur une bonne classification des formes de la maladie, que l'auteur emprunte en partie au professeur Bard. Sur une statistique personnelle, portant sur 644 tuberculeux suivis pendant trois à neuf ans et dont la moitié a survécu, l'auteur

(1) Un vol. in-8, de 512 pages, comprenant de nombreux documents inédits et 132 illustr. — Prix : 15 fr. — Paris, Albin Michel.

(2) « Les Actualités médicales », 198 pages. — Paris, 1923, Baillière et fils.

retient le lot des cas où la tuberculose peut entrer en régression et guérir. Il donne cette définition de la guérison : « la guérison d'une maladie tuberculeuse est acquise lorsque la lésion locale a subi une transformation cicatricielle suffisamment complète pour que tous les signes locaux témoins de l'évolution morbide aient disparu, depuis un temps donné, pour que tous les signes généraux d'imprégnation toxinique aient cessé depuis un temps donné d'affecter le sujet; pour que d'autre part, la récupération fonctionnelle de l'organe malade, et des appareils compromis secondairement par le processus morbide ait eu le loisir de s'effectuer. » La guérison tient surtout aux conditions générales nouvelles dans lesquelles l'organisme se trouve placé, qui annihilent la virulence de la maladie avant même que la régression des lésions locales ait commencé. En pareil cas, il faut réserver une place importante à la résistance du sujet aux agressions microbiennes, qui tient certainement à un état allergique spécial, mais dépend surtout du facteur humoral ou physico-chimique mis en action par la cure d'air et la vie hygiénique. L'auteur cherche à préciser ce que l'on appelle le terrain, tout en reconnaissant qu'il y a bien des incertitudes sur la définition du terrain tuberculisable. Il passe en revue les symptômes généraux, fonctionnels, les signes physiques et radiologiques et en fixe la valeur séméiologique et pronostique. Il étudie le processus de guérison des différentes formes anatomo-cliniques de la tuberculose, l'influence des diverses méthodes thérapeutiques sur le processus de la guérison et en donne les éléments de diagnostic.

Ce petit livre est excellent parce qu'il a été écrit en une très bonne langue, par un observateur très averti, doué d'un grand bon sens clinique et critique, qu'il est vivant en quelque sorte, et servira de guide à ceux qui se dégageant des schémas classiques, cherchent à comprendre l'évolution de la maladie qu'ils ont à soigner. Il est tout entier à méditer. Au reste le nom de l'auteur qui l'a signé est sa plus sûre recommandation. L. RIBADEAU-DUMAS.

Thérapeutique obstétricale (1), par C. JEANNIN, professeur à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital de la Charité.

Ecrite spécialement pour le praticien, cette 2e édition du manuel de thérapeutique obstétricale du maître parisien, a subi de son auteur des remaniements assez importants pour en faire un ouvrage nouveau sans s'écarter cependant du plan et de l'esprit qui avaient assuré le succès de la première auprès du public médical.

De parti pris, l'auteur a éliminé de son exposé tout bagage d'érudition, sans intérêt pour quiconque se propose, devant une éventualité clinique donnée, de faire appel à une seule ligne de conduite, la meilleure.

Conçue selon un plan très simple, qui n'exclut pas une table alphabétique des plus complètes qui permet de se reporter sans tâtonnements à l'endroit voulu, l'ouvrage se limite, à dessein, aux indications, à la technique et aux soins postopératoires. Par contre l'auteur ne craint pas d'entrer minutieusement dans tous les détails qui peuvent concourir à l'exécution correcte d un procédé peu familier au lecteur.

L'illustration y est traitée — et luxueusement — avec le souci de ne rien laisser dans l'ombre, arsenal opératoire, attitude de la patiente, geste de l'accoucheur, de ce qui permet de voir ce qu'évoque le texte. Celui-ci est conçu à l'aide de divisions méthodiques, soulignées par l'inscription de caractères d'imprimerie appropriés à leur importance, qui en rend la consultation aussi facile par la lecture des clefs en faveur pour l'analyse chimique ou la taxonomie des naturalistes.

Sans équivalent dans la littérature obstétricale, cet ouvrage, écrit pour lui, est le vade mecum du praticien dans la pratique de l'art des accouchements. PAUL DELMAS.

(1) 2e édition, 1922, un vol. in-8 de 400 pages avec 150 figures. — Prix : broché, 22 fr.; cart., 28 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTE DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (v à x gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Le tirage de l'*Agenda P.-L.-M pour 1923* étant épuisé, la Compagnie informe le public qu'il ne pourrait plus être donné suite aux demandes d'achats qui lui parviendraient désormais.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, COMPLICATIONS & DIAGNOSTIC

DE LA

FIÈVRE SCARLATINE [1]

On retrouve au niveau de la GORGE le même processus inflammatoire; « la scarlatine, dit Trousseau, est une maladie essentiellement angineuse. » L'angine scarlatineuse est, en effet, un signe de début, et cette simple angine peut réaliser à elle seule toute la maladie. D'abord le malade se plaint seulement d'un peu de cuisson à la gorge, de sécheresse; la déglutition est pénible. A l'examen, on constate une teinte rouge uniforme qui tapisse les amygdales, les piliers, le voile du palais, la luette. Sur les amygdales on note aussi quelques productions pultacées s'enlevant facilement. Au bout de deux à trois jours on constate une teinte rouge sombre, tapissant toute la gorge et le rhino-pharynx. La muqueuse apparaît écarlate, sèche, comme enduite d'un vernis. On trouve des ganglions sous-angulo-maxillaires. Vers le sixième ou septième jour, la rougeur diminue d intensité et la gorge revient à la normale vers le douzième jour.

c. *Les signes généraux.* — La *température* est variable : tantôt très élevée elle atteint 40° et plus; quelquefois elle ne dépasse pas 38°-38°5. Enfin, dans certains cas même, la scarlatine reste apyrétique. Le *pouls* est fréquent, rapide, la soif est vive, l'appétit est nul. Parfois le malade n'a qu'un léger malaise; tantôt on note, au contraire, des signes généraux graves, de l agitation, de l insomnie, et il succombe rapidement après avoir présenté tous les signes d'une toxi-infection profonde. Des *troubles digestifs* peuvent survenir : les vomissements et la diarrhée sont fréquents chez l'enfant; on peut noter aussi l'hyperesthésie de la paroi, le météorisme et même une douleur appendiculaire (Kauffmann).

IV. Période de desquamation. — La desquamation de la scarlatine peut être observée, soit au cours de l'évolution de la maladie que l'on suit, soit comme premier symptôme chez un malade qui a été légèrement atteint et dont l'éruption a passé inaperçue. La desquamation est tout à fait caractéristique au cours de la scarlatine, mais sa date d'apparition est très variable. Vers le septième ou huitième jour, on peut voir la peau se fendiller; mais bien souvent ce n est que plus tard, du dixième au quinzième jour, que la desquamation commence pour se poursuivre jusqu'au trentième jour et plus. On a pu citer des cas de desquamation ayant duré soixante jours, soixante-dix jours même (Rilliet et Barthez). L'épiderme devient rugueux, se ride, forme de petites élevures sèches. Ces élevures restent isolées ou s'agglomèrent, puis se déchirent, laissant apparaître des surfaces épidermiques neuves dont les bords sont limités par l'épiderme ancien. Le décollement se propage d'une surface à l autre. La peau présente ainsi des lambeaux épidermiques à moitié détachés; peu à peu les squames tombent; l'épiderme nouveau présente une coloration rose pâle, puis reprend sa teinte normale. La desquamation s'effectue par larges lambeaux aux pieds et aux mains. La peau se détache même au niveau des doigts et des orteils en grands lambeaux, formant de véritables doigts de gant. Il est plus rare de noter la chute des poils, des ongles, des cheveux.

Les squames de la scarlatine ont été considérées pendant longtemps comme contagieuses; mais on admet aujourd hui que les germes pullulent au niveau de la gorge et de la bouche ; et si les squames ont pu transmettre la maladie c'est qu'elles avaient été souillées auparavant par les particules de salive.

La desquamation peut se prolonger cinq à six semaines. Mais, dès ce moment, le malade entre en convalescence, la température revient à 37°-38° au plus. La langue s'est recouverte d'un nouvel épithélium et l'appétit revient.

ETUDE DE LA TEMPÉRATURE ET DES URINES. — Le maximum de la fièvre répond au maximum de l'éruption. Trousseau a même pu observer une hyperthermie considérable (42°) Dans certains cas légers la température tombe dès le troisième ou quatrième jour. Le plus souvent, elle se maintient jusqu'au douzieme ou quinzième jour. La défervescence se fait, soit par une chute brusque, soit progressivement en lysis. Les urines sont rares, foncées, denses, hyperacides, présentant un dépôt rouge. L'examen chimique révèle de l'hypochlorurie et de la phosphaturie. A la convalescence, l'urine devient abondante et plus claire ; il se produit une abondante charge d'urée (35 à 40 grammes) et une hyperchlorurie manifeste.

On peut noter aussi chez certains malades une albuminurie légère, de la glycosurie, de la peptonurie.

FORMES CLINIQUES. — **I. Suivant les symptômes.** — Les formes irrégulières et anormales sont plus fréquentes chez l'adulte. On peut les décrire suivant la période de la maladie.

a. A la période d'*invasion* :

— la forme *septicémique* : fièvre avec les trois stades de frisson, chaleur et sueurs;

— forme *gastro-intestinale* dans laquelle prédominent les vomissements et la diarrhée.

b. A la période d'*éruption* :

— Formes suivant l'*intensité* de l'éruption : il est classique d'opposer les formes frustes, qui sont roses, aux formes malignes, qui sont très foncées.

— formes suivant la *forme* de l'éruption : simples marbrures ou bien larges placards.

— l'éruption peut manquer très fréquemment, d'après Lesage.

Il semble plutôt que, dans ce cas, l'éruption a été partielle, fugace et légère.

— formes suivant l'*aspect* de l'éruption : formes *miliaires*, au cours de laquelle s'ajoutent des éruptions sudorales, des petites bulles ou vésicules fines, et la *forme purpurique* avec des pétéchies et des taches purpuriques.

II. Suivant l'intensité de l'éruption. — Nous citerons seulement :

1. Les *formes bénignes* :

la forme abortive, de durée écourtée;
la forme fruste avec une éruption rosée et pâle;
la forme apyrétique (Trousseau).

2. Les *formes malignes* : La gravité de la scarlatine n'a aucune relation avec le degré de l'éruption. Jaccoud distinguait quatre formes graves :

a. Une forme *nerveuse*, foudroyante, à évolution très rapide, et pouvant être, suivant les cas, convulsive, délirante ou comateuse. La mort survient en quarante-huit heures.

b. Une forme *ataxique* avec des phénomènes d'excitation : convulsions, délire, contractures, dyspnée sine materia.

c. Une forme *adynamique*, simulant un état typhoïde, avec évolution assez lente.

d. Une forme *hémorragique*, au cours de laquelle on peut voir survenir des épistaxis, des hématuries, du purpura, des hémorragies intestinales.

Il faut y ajouter deux formes de la scarlatine qui sont souvent très graves :

a. La scarlatine survenant secondairement chez un cachectique, un tuberculeux, etc.

b. La scarlatine associée à une rougeole, une diphtérie, une variole. En règle générale, toutes ces dernières fièvres éruptives sont beaucoup plus graves si elles surviennent au cours ou à la fin d une scarlatine.

Enfin, la scarlatine éclatant au cours d'une *grossesse* provoque fréquemment l'avortement.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 1, p. 14.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etude sur l'imperméabilité des fosses nasales due aux déviations de la cloison, et aux malformations consécutives, par G. DUTHEILLET DE LAMOTHE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface du docteur Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8 de 160 pages avec 19 figures dans le texte et 2 planches hors texte. — Prix : 10 fr.; franco, 11 fr. — Paris, G. Doin.

Manuel d'éducation prophylactique contre les maladies vénériennes, publié sous la direction de MM. les docteurs QUEYRAT et SICARD DE PLAUZOLES. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 8 janvier. — Questions données : « Signes de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — Abcès froid de la paroi thoracique. »

MM. David, 16; Biancani-Daveggio, 13 1/2; Launay, 15 1/2; Armingeat; 15; Lemaire, 14 1/2; Mlle Dreyfus-Sée, 13; MM. Dollfus, 15; Sabadini, 13; Lefèvre (Bernard), 12.

Séance du 9 janvier. — Questions données : « Zona thoracique. — Anatomie pathologique, signes et diagnostic des anévrismes artérioso-veineux. »

MM. Chabrun, 15; Comet, 15 1/2; Hurez, 11; Vincent, 10; Wahl, 16 1/2; Azerad, 18 1/2; Hyvert, 8; Mlle Deschamps, 17 1/2; MM. Duval, 10; Ducourtioux, 16.

Séance du 10 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic du coma urémique. — Diagnostic du cancer de la langue. »

MM. Laplane, 15; Cohen (René), 14; Escalier et Billard, 14 1/2; Lerond, 13 1/2; Ducuing, 18 1/2; Froyez, 13 1/2; Celice, 18 1/2; Limouzin-Lamothe, 9; Robert (Paul), 12.

— Maison municipale de santé. — Le Conseil municipal de Paris vient de décider de supprimer l'un des services de chirurgie et d'émettre un avis favorable à la création d'un service pour l'hospitalisation des vieillards infirmes.

Concours des médecins des asiles. — Par décret du 26 décembre 1923, le décret du 3 janvier 1922 est ainsi modifié :

« Article premier. — Les paragraphes 2 et 3 de l'article 3 du décret du 3 janvier 1922 sont supprimés.

Art. 2. — L'alinéa 1er du paragraphe 5 de article 9 du décret précité, relatif à l'épreuve sur titres exigée des candidats au concours des médecins des asiles, est supprimé et remplacé par la disposition suivante :

« 5° Une épreuve sur services hospitaliers et travaux scientifiques. Le maximum des points est 20, dont 1 à 10 pour le stage comme interne pendant deux ans au moins dans un établissement public consacré au traitement des aliénés ou dans la clinique des maladies mentales d'une Faculté de médecine, ou dans un asile privé ou quartier d'hospice faisant fonction d'asile public, 5 pour les titres et 5 pour les travaux scientifiques. »

Art. 3. — Les paragraphes 3, 4 et 5 de l'article 13 du décret sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Tout candidat qui n'accepte pas de poste ou qui, ayant accepté un poste, ne l'occupe pas effectivement est considéré comme renonçant aux droits qu'il tient du concours, à moins qu'il ne soit chef de clinique titulaire ou chef de clinique adjoint en fonctions, nommé au concours dans une Faculté de l'Etat.

« Le titre de médecin des asiles ne sera acquis que par les médecins ayant externé ces fonctions dans les asiles publics pendant une période d'un an au minimum. »

Art. 4. — Le paragraphe 3 de l'article 14 est ainsi modifié :

« A ces traitements s'ajoutent la jouissance des allocations en nature déterminées par le règlement de chaque asile (logement, chauffage, éclairage, etc.), ainsi qu'une indemnité éventuelle de fonction pour ceux des médecins chefs nommés en même temps directeur, indemnité qui pourra être fixée chaque année par le conseil général. »

Art. 5. — Le paragraphe 1er de l'article 17 du décret est modifié de la manière suivante :

Art. 17. — Les mesures disciplinaires applicables au personnel médical des asiles publics d'aliénés sont : 1° L'avertissement; 2° la censure; 3° L'ajournement pendant trois ans au plus d'une présentation à la classe supérieure; 4° le déplacement d'office; 5° la rétrogradation de classe; 6° la mise en disponibilité d'office; 7° la radiation des cadres; 8° la révocation. »

— Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le lundi 12 mars 1923, pour l'admission aux emplois de médecins

chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à douze.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au mardi 20 février inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

CONCOURS POUR UN POSTE DE MÉDECIN DU DISPENSAIRE PUBLIC D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTI-TUBERCULEUSE DU DÉPARTEMENT D'ORAN. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chef des services du Dispensaire d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse du département d'Oran est ouvert.

Les candidats doivent être Français, âgés de moins de quarante-cinq ans et avoir exercé la médecine depuis deux ans au moins (internat des villes de Facultés compris).

Pièces nécessaires : demande sur timbre, légalisée; acte de naissance; certificat d'aptitude physique; extrait de casier judiciaire; exposé des titres et travaux scientifiques; justification de connaissances spéciales en phtysiologie, notamment d'un stage effectif dans un service de perfectionnement d'enseignement de la tuberculose; de connaissances bactériologiques et radiologiques, et, si possible, laryngologiques.

Engagement de renoncer à la clientèle et de ne pas s'installer dans le département pendant trois ans après la cessation de la fonction (le fait d'être chargé d'un service hospitalier ou de diriger un laboratoire public ou privé n'est pas incompatible avec la fonction).

Le médecin nommé devra résider à Oran et s'engager à assurer le service pendant au moins deux ans. Il recevra un traitement de début de 12.000 fr., avec allocation supplémentaire de 1.000 fr. pour la laryngologie.

Le Conseil d'Administration procédera à la nomination du médecin, après avis du Comité national de défense contre la tuberculose, à qui les dossiers des candidats auront été préalablement communiqués.

Adresser les demandes de candidature avant le 25 février 1923 à M. le docteur Glatard, administrateur-délégué, 30, boulevard Séguin, Oran.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Vincent, directeur du laboratoire de vaccination antityphoïdique et de sérothérapie de l'armée, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée, est nommé président du Comité consultatif de santé, à dater du 27 décembre 1922.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille d'honneur de l'assistance publique a été décernée, en Algérie, aux personnes ci-après désignées :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Gillot et Lemaire (de Mustapha); Danvin (de Koléa); Liagre, Gallet, Guignon et Barraud (de Constantine).

M. Jahier, interne à l'hôpital de Mustapha.

POUR M. VAILLANT. — A l'unanimité, le Conseil municipal de Paris a décidé de porter à 18.000 fr., au lieu de 9.000 fr., le taux de la pension annuelle servie par la Ville à M. Vaillant, l'héroïque radiologiste de l'hôpital Lariboisière.

CONFÉRENCES ORGANISÉES PAR LA SOCIÉTÉ DES AMIS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. (Président : M. Léon BOURGEOIS; secrétaire général : M. le professeur CHAUFFARD.) — Ces conférences sont destinées à exposer des questions d'actualité, à faire connaître des travaux nouveaux et des recherches personnelles.

Elles auront lieu le jeudi, à 9 h. du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, aux dates indiquées ci-dessous :

18 janvier. — M. Roger : Les fonctions du poumon.

25 janvier. — M. Chauffard : La goutte.

1er février. — M. Mauclaire : Les greffes chirurgicales.

8 février. — M. Balthazard : Le syndicalisme médical et les lois sociales.

15 février. — M. Gougerot : Prophylaxie antivénérienne.

22 février. — M. Brindeau : Les fibromes utérins compliqués de grossesse.

1er mars. — M. Sergent : Insuffisance surrénale.

15 mars. — M. Chevassu : Les urémies curables.

22 mars. — M. J.-L. Faure : Traitement du cancer du col de l'utérus.

Ces conférences sont publiques; aucune carte n'est exigée à l'entrée.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Braquehaye (de Tunis), Brisset, médecin principal de l'armée, et Elzear Abeille de La Calle, médecin principal de la marine en retraite.

ERRATUM (voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 2, p. 28). — C'est par suite d'une erreur matérielle et involontaire que le nom de M. Pissavy a été donné comme ayant expérimenté la Phagolysine à l'hôpital Cochin, M. Pissavy n'ayant pas eu l'occasion de se servir de ce produit.

PRATIQUE MÉDICALE

LA DIALACÉTINE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE,

Par H. LAUNAY (1).

La dialacétine, association de la diallylmalonylurée (dial) et de l'éther allylique du paracétaminophénol, ou oxy-allylacétanilide, présente à côté d'une action antithermique que Launay a étudiée expérimentalement chez l'animal, des effets thérapeutiques heureux que l'auteur a observés chez l'épileptique et qui font l'objet de cette étude.

La posologie de la dialacétine varie de 0g35 à 0g70 par jour. La dose minima, mieux supportée au début, est progressivement augmentée jusqu'à la dose optima semblant agir au mieux sur les crises; cette période d'adaptation au médicament ne dépasse pas quinze jours et n'est accompagnée d'aucun trouble sérieux; seuls les rénaux ont été écartés par Launay du traitement nouveau qui a toujours été employé seul, à l'exclusion de toute autre médication concomitante. Dans ces conditions, la dialacétine paraît avoir une action sédative marquée sur la fréquence et l'intensité des crises, de même que sur les vertiges et les équivalents psychiques. Les accès supprimés ne donnent pas lieu à des équivalents, et la même action bienfaisante se manifeste au cours des périodes de phase confusionnelle et d'agitation. L'état psychique ne subit pas, du fait du traitement, de répercussion fâcheuse; au contraire, l'auteur a pu constater assez souvent une amélioration sensible de l'état général des comitiaux ainsi traités.

Ce sont les sujets jeunes qui paraissent retirer le plus de bénéfice de cette médication, qu'il s'agisse d'épilepsie dite essentielle ou d'épilepsie bravais-jacksonnienne; les formes classées sous le nom d'hystéro-épilepsie n'en ont, par contre, retiré aucune amélioration.

En résumé, dit l'auteur, qui appuie ses conclusions sur un grand nombre d'observations, dont il expose en des tableaux très clairs les données essentielles, la dialacétine constitue une nouvelle médication anti-épileptique active et fréquemment utilisable, qui doit prendre place parmi les agents propres à enrayer l'évolution du mal comitial et à en limiter les manifestations.

(1) *Thèse méd.*, Toulouse, mai 1922.

A. **Traitement sérothérapique.** — Une notion domine le traitement sérothérapique c'est la nécessité d'injecter un sérum rigoureusement spécifique. Le type de méningocoque en cause devra être soigneusement déterminé par l'agglutination. Pendant le ou les quelques jours que demande cette recherche l'on se servira d'un sérum polyvolant, mais dès l'identification faite il faudra injecter suivant les cas du sérum antiméningococcique A, B ou C.

La voie d'introduction est différente suivant que l'on a affaire à une méningococcémie pure, une septicémie accompagnant une méningite ou des localisations diverses au cours de cette septicémie.

a. Dans la *méningococcémie pure,* l'on peut employer une des trois voies, intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée.

Dans les formes graves telles que les formes purpuriques l'on aura avantage à pratiquer l'injection intraveineuse. Pour éviter les phénomènes de choc l'on pourra faire précéder l'introduction de sérum à dose thérapeutique, de petites injections sous-cutanées de 5 centimètres cubes de sérum. L'on injecte ensuite 30 à 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique dilué dans 250 centimètres cubes de sérum physiologique filtré. L'injection faite avec un bock sera poussée très lentement, un quart d'heure au minimum. Dans ces conditions l'opération est en général bien tolérée.

Dans d'autres cas moins sévères, les formes pseudo-palustres par exemple, l'on pourra se contenter de la voie intramusculaire ou sous-cutanée.

Bien souvent d'ailleurs il y aura intérêt à associer la voie veineuse et la voie musculaire.

De toutes façons, ces injections seront répétées plusieurs jours, parfois très longtemps jusqu'à disparition ou amendement des symptômes.

Certains auteurs se basant sur l'existence de gîtes paraméningés, relativement inaccessibles au sérum, préconisent les injections intrarachidiennes (Netter, Ribierre, Hébert et Bloch). Celles-ci pourraient, en outre, prévenir l'apparition d'une méningite tardive. Ce mode de traitement est cependant rejeté par d'autres auteurs qui craignent de déterminer une irritation méningée et de favoriser ainsi l'éclosion de la méningite. Ces craintes ne paraissent pas être justifiées en pratique.

b. La *septicémie accompagnant une méningite* est justiciable d'un traitement sérothérapique par voie rachidienne et veineuse.

c. Dans certaines *localisations viscérales,* apparaissant au cours de la septicémie, il y a intérêt à pratiquer la sérothérapie locale.

Les *arthrites* influencées par le traitement général peuvent être directement traitées par des injections de sérum intraarticulaire : L'on retire la plus grande quantité possible de liquide articulaire et l'on réinjecte de 2 à 40 centimètres cubes de sérum suivant le volume de l'articulation (Teissier, Netter, Sainton et Maille).

Une *pleurésie purulente* non guérie par la sérothérapie sous-cutanée, rétrocède sous l'influence des injections intrapleurales (Monziols et Loiseleur).

Dans les *complications oculaires*, la sérothérapie locale, seule, a une action pour Netter. Les ulcères cornéens de l'iridocyclite ont pu être guéris par instillation de sérum dans l'œil (Cantonnet). Netter, Terrien ont obtenu des guérisons rapides d'iridochoroïdites par injections de sérum intraoculaire. Après ponction de la chambre antérieure et évacuation de quelques gouttes d'humeur aqueuse, on injecte quelques millimètres cubes à 1 centimètre cube de sérum.

Weil, Dufourt et Bocca ont cependant guéri une iridocyclite suppurée par la seule sérothérapie intraveineuse.

B. **Traitements adjuvants.** — Dans tous les cas de méningococcémies, l'on n'omettra pas de pratiquer la désinfection du rhino-pharynx.

Contre la septicémie elle-même, on a préconisé les injections de quinine, de métaux colloïdaux; elles semblent peu efficaces. Ribierre cite un cas heureusement influencé par les injections à petites doses de novarsenobenzol.

Dans les cas rebelles à la sérothérapie, l'on essaiera la *bactériothérapie* par un stock-vaccin ou mieux un autovaccin. L'on injecte tous les trois jours des doses de 500 millions, puis 1, 2 milliards et plus (jusqu'à 40 milliards parfois) de germes. Chez le nourrisson, on commencera par 200 à 400 millions et l'on ne dépassera pas ensuite 1 à 2 milliards. Cette méthode a donné des résultats des plus encourageants entre les mains de Boidin et Weissembach, Florand et Fiessinger, Méry et Girard, Gandy et Boulanger-Pilet. L'injection, généralement sous-cutanée, a pu être faite par voie intraveineuse (Colard, Sergent, Pruvost et Bordet).

L'on pourra, encore, associer à l'une de ces méthodes, l'abcès de fixation (Boidin).

Enfin, l'on a préconisé récemment la transfusion de sang citraté normal (Ribadeau-Dumas et Brissaud), la protéinothérapie par injections de lait (Vaucher et Schmid).

BIBLIOGRAPHIE

1912. — PORTRET. Les méningococcémies, *Th. de Paris*, 1912-1913, n° 41.

1915. — SAINTON et MAILLE. Les manifestations articulaires méningococciques, *Presse méd.*, 9 sept.

SAINTON et BOSQUET. Les types cliniques de la septicémie méningococcique, *Journ. des prat.*, 15 oct.

1916. — NETTER et SALANIER. Présence du méningocoque dans les éléments purpuriques au cours de l'infection méningococcique, *Soc. de biol.*, 22 juillet.

1917. — BOIDIN et WEISSENBACH. La bactériothérapie. Médication adjuvante dans certaines formes de méningite cérébro-spinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 fév.

NICOLLE, DEBAINS et JOUAN. Sur les méningocoques et les sérums antiméningococciques, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 juillet.

1918. — BLANCHIER. Les formes purpuriques de la méningococcie, *Th. de Paris*, 1917-1018, n° 40.

SAINTON. Les méningococcémies, *Paris méd.*, 3 août.

BRETTE. L'infection méningococcique à forme intermittente, *Th. de Lyon.*

FLORAND et FIESSINGER. Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Guérison par la bactériothérapie, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 juillet.

BOIDIN. Bactériothérapie et abcès de fixation, moyens adjuvants de la sérothérapie dans le traitement de la méningite cérébro-spinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 mars.

RIBADEAU-DUMAS et BRISSAUD. La transfusion de sang citraté d'un sujet normal, complément du traitement dans le cas de méningococcémie prolongée, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juillet.

1919. — RIBIERRE, HÉBERT et M. BLOCH. Méningococcémies sans épisode méningé ou à épisode méningé tardif. Essai de pathogénie. Traitement, *Ann. de méd.*, n° 5.

LIVE. Contribution à l'étude de la méningococcémie, *Th. de Toulouse*.
MÉRY et GIRARD. Méningite cérébro-spinale et bactériothérapie, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 nov.
HERRICK. Infection extraméningée à méningocoques, *Arch. of internat. med. Chicago*, 15 avril.
1920. — HISSARD. La méningococcémie à forme pseudo-palustre, *Th. de Paris*, 1920-1921, n° 500.
MOUROUVIER. Contribution à l'étude du purpura méningococcique chez l'adulte, *Th. de Paris*, 1920-1921, n° 41.
J. RENAULT et CAIN. Preuves histologiques et bactériologiques de l'origine septicémique du purpura dans la méningite cérébro spinale, *Ann. de méd.*, n° 2.
LEREBOULLET et CATHALA. Purpura et méningococcie, *Paris méd.*, 30 oct.
DOPTER et DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. Indentification des divers types de méningocoques à l'aide de l'agglutination par les sérums saturés, *Soc. de biol.*, 18 déc.
DANGE. Les formes purpuriques de la méningite cérébro-spinale, *Th. de Paris*, 1920-1921, n° 481.
1921. — DOPTER. *L'Infection méningococcique*, Paris, Baillière.
BOURGES, ROUILLER et JOBARD. Septicémie à méningocoques A sans détermination méningée ni viscérale. Traitement par auto-bactériothérapie. Guérison, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 juin.
TIXIER et ROCHEBOIS. Les infections à méningocoques et leur traitement par la bactériothérapie, *Gaz. des hôpit.*, 29 janv.
WEIL, DUFOURT et BOCCA. Méningococcémie avec iridocyclite suppurée guérie par la sérothérapie intraveineuse. Apparition d'une méningite secondaire. Guérison, *Soc. de méd. de Lyon*, n° 30.
1922. — DEBRÉ et PARAF. La méningococcie, *Traité* Gilbert et Carnot.
PONTANO TRENTI. La septicémie méningococcique, *Policl. z. pract.*, Rome, 1er janv.
LEMIERRE et PIÉDELIÈVRE. Infection méningococcique à forme de fièvre intermittente extrêmement prolongée. Méningite terminale mortelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 fév.
REILLY. Les méningococcémies, *Bull. méd.*, n° 20.
DUPUY-DUTEMPS. Irido-choroïdites et infections aiguës, rapport à la *Soc. franç. d'ophtal.*, 8-11 mai.
VAUCHER et SCHMID. Méningococcémie à type de fièvre intermittente. Inefficacité presque complète des thérapeutiques spécifiques. Guérison à la suite d'une injection de lait, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 juillet.
GANDY et DEGUIGNAND. Septicémie méningococcique avec épisodes méningés. Néphrite avec persistance à l'état chronique, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 nov.
GANDY et BOULANGER-PILET. Septicémie méningococcique à type pseudo-palustre sans réaction méningée. Sérothérapie intraveineuse. Bactériothérapie. Guérison, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 nov.

A PROPOS D'UNE NOUVELLE ÉPIDÉMIE DE HOQUET

Par LOGRE, G. HEUYER et BOURGEOIS.

Nous avions, il y a deux ans, signalé, dans ce même journal, et vers la même époque de l'année (décembre 1920), l'existence d'une *épidémie de hoquet, d'allure clinique très particulière :* hoquet incoercible, sensiblement rythmique, durant de quelques heures à plusieurs jours, s'interrompant d'ordinaire au cours du sommeil, d'ailleurs difficile à obtenir, s'accompagnant d'un minimum de symptômes généraux (état subfébrile, catarrhe des voies respiratoires supérieures), cessant enfin, sans laisser de séquelle appréciable; contagiosité paraissant assez intense, à en juger d'après le grand nombre des cas observés et par la filiation, souvent facile à établir, des uns par rapport aux autres. Bref affection d'apparence *bénigne* et de type nettement *monosymptomatique :* un hoquet de quelques jours, et rien qu'un hoquet, survenant chez un sujet qui semble sain par ailleurs et qui, à part un certain degré de fatigue passagère, reste sain après la maladie.

M. Sicard avait, le même jour, à la même séance de la Société de neurologie, signalé un assez grand nombre de faits analogues, paraissant calqués, en quelque sorte, les uns sur les autres.

On avait, à vrai dire, constaté déjà des cas de hoquet, survenant en série, et auxquels on avait attribué l'épithète d'épidémique. Il nous suffira de rappeler, à cet égard, les communications antérieures de M. H. Dufour et celles de M. Sicard. Mais si l'on compare ces faits à ceux qui avaient motivé la note de M. Sicard et la nôtre en novembre 1920, on s'aperçoit qu'ils étaient, à beaucoup d'égards, différents. Ces cas de hoquet étaient apparus, souvent de façon évidente, comme des manifestations d'encéphalite léthargique, dont on reconnaissait cliniquement, à des degrés divers, l'allure plus ou moins grave, l'encadrement symptomatique habituel (somnolence, myoclonies, troubles oculaires, etc.), les stigmates céphalo-rachidiens, etc. Aussi ces cas avaient-ils été portés, sans hésitation, au chapitre de l'encéphalite léthargique; et le terme de hoquet « épidémique » avait l'avantage de rattacher ce syndrome à l'encéphalite dite « épidémique » en même temps qu'il indiquait son mode d'extension, qui ne semblait d'ailleurs pas très contagieux, ni très épidémique, au sens rigoureux du mot (assez faible diffusion comme dans l'encéphalite « épidémique », dont on a pu dire que, malgré son nom, elle est peu épidémique).

Et voici qu'on décrivait, en novembre 1920, un hoquet « épidémique », méritant fort bien, cette fois, par sa grande extension et sa contagiosité, le nom d'épidémique, mais ne paraissant pas, en raison de sa bénignité, remarquable et de son caractère essentiellement monosymptomatique, se rattacher, avec une évidence clinique immédiate, de l'encéphalite léthargique. M. Sicard et nous-même avions fait dès le début, des réserves sur cette interprétation nosologique, dont la discussion s'imposait mais dont l'adoption nous semblait pour le moins prématurée. Nous faisions même observer que le début fréquent par un catarrhe des voies respiratoires (trachéite, bronchite), pouvait inspirer l'idée d'une grippe à localisation phrénique beaucoup plutôt que celle d'une encéphalite léthargique monosymptomatique. D'ailleurs le hoquet épidémique étant apparu, en fin 1920, au cours d'une épidémie de grippe, l'encéphalite léthargique était, à ce moment, moins fréquente que la grippe.

A la suite de la communication de M. Sicard et de la nôtre, des études assez nombreuses, et des faits nouveaux, tendirent à rattacher une fois de plus, l'épidémie en cours, malgré son apparente bénignité, à l'encéphalite léthargique. M. Lhermitte, dans un article extrêmement documenté, rappelait que V. Economo, avait déjà noté, au début d'une épidémie antérieure d'encéphalite, l'existence d'une épidémie de hoquet, souvent d'apparence bénigne, avec coïncidence d'ailleurs d'épidémie de grippe. La ponction lombaire, d'autre part, montrait l'existence d'un taux assez élevé de sucre, chez des sujets atteints de hoquet épidémique bénin. Dans d'autres cas, le hoquet s'accompagnait de tout ou partie des signes habituels de l'encéphalite, soit

dès le début, soit après une évolution initiale qui semblait anodine et cliniquement tout à fait analogue à celle du hoquet épidémique bénin. La vérification nécroptique elle-même ne fit pas défaut : elle permit de reconnaître l'atteinte élective des centres médullaires du phénique avec lésions de type encéphalitique sur la moelle, et sur le cerveau, en particulier, sur le mésocéphale. Puis, l'épidémie de hoquet, bénigne ou grave, s'atténua, au même titre que l'encéphalite ou la grippe, dont elle avait été sensiblement contemporaine.

Notre récente communication à la Société de neurologie (6 décembre 1922) a posé de nouveau la question, qui, pour un assez grand nombre de neurologistes ne semblait pas entièrement résolue. Nous avons, dans cette communication, mis en lumière les deux données suivantes :

1° Il existe une *poussée nouvelle de hoquet épidémique*. Nous en avons, en deux semaines, observé directement six cas ; et nous en avons pu connaître l'existence d'au moins une quinzaine de cas. L'un de nous a constaté un cas de *hoquet familial :* la mère, la fille et un ami de la famille ont été atteints, en même temps, d'un hoquet qui a duré de un à quatre jours (à noter des troubles trachéo-bronchitiques, troubles qui ont survécu quelques jours à la disparition du hoquet.

2° Certains malades, atteints de l'épidémie bénigne, signalée par nous, il y a deux ans, ont présenté une *récidive* récente, également bénigne, de hoquet épidémique.

Le premier malade observé par l'un de nous, à cette époque, a été de nouveau frappé du même syndrome, qui a évolué dans des conditions exactement semblables, sauf un peu plus de ténacité (7 jours au lieu de 4). Ce hoquet comme le précédent avait été précédé de catarrhe des voies respiratoires supérieures : laryngite, examinée par le docteur G. Laurens. Etat très légèrement fébrile, au début (aux environs de 38 degrés).

Par une curieuse coïncidence, le premier malade observé par le second d'entre nous, lors de l'épidémie de 1920, a, lui aussi, récidivé, mais sans présenter, à nouveau, l'état catarrhal, d'aspect grippal, qui avait été très net chez lui, il y a deux ans. Evolution subfébrile, bénigne, quoique un peu plus tenace également à six jours au lieu de quatre.

Enfin, un autre malade, étudiant en médecine, qui avait été atteint du hoquet épidémique l'an dernier, a souffert, cette année, d'un hoquet rappelant le précédent, mais plus bref : deux jours au lieu de six.

On peut donc, dès maintenant, ajouter au signalement de l'épidémie décrite par nous, il y a deux ans, un autre caractère : sa tendance aux *récidives*, qui semble assez grande, étant donné le pourcentage de ces récidives parmi les cas récemment observés.

Comme l'an dernier, on note encore : la contagiosité assez élevée (cas familial) ; la présence d'un élément catarrhal (laryngo-trachéal et même bronchitique, comme dans l'un des cas récents de hoquet familial) ; la coexistence d'états grippaux saisonniers, autant et plus que d'encéphalites léthargiques, dont la recrudescence ne semble pas avoir été signalée ; enfin et surtout la *bénignité* apparente du syndrome, que le hoquet, soit ou non récidivant. On peut, dans le tableau clinique, relever quelques symptômes susceptibles d'être rattachés à la grippe ; on n'en trouve aucun, par contre, de la série encéphalitique (il n'a pas été fait de ponction lombaire).

C'est pourquoi M. Sicard, à propos de notre communication, se demandait si ce hoquet épidémique bénin appartenait à l'encéphalite épidémique ou ne procédait pas d'un virus *para*encéphalitique, proche-parent, mais différent de celui de l'encéphalite léthargique. Tant que le microbe causal ne sera pas découvert, on ne pourra s'en rapporter, pour résoudre cette question, qu'à l'observation clinique, à celle, en particulier, des *complications* du syndrome et de son *évolution* pendant l'épidémie en cours.

Il n'est guère besoin d'ajouter que la solution de ce problème n'est pas indifférente. Nous avons vu tel de nos malades récents — notamment parmi ceux qui ont récidivé — présenter un moins bon état moral que lors de l'accès précédent parce qu'il avait su, en lisant les journaux, que le hoquet épidémique était, en réalité, de l'encéphalite léthargique, c'est-à-dire une maladie grave ! On aimerait pouvoir calmer cette *anxiété* du malade, partagée d'ailleurs, à quelque degré, par le médecin lui-même. D'autre part, s'il était nettement établi que le virus encéphalitique fût en cause, avec ses possibilités de contagion grave (et la clinique du hoquet renforcerait sensiblement la notion jusqu'ici admise de la contagiosité de l'encéphalite), il y aurait lieu d'organiser contre ce hoquet, même en apparence bénin, des *mesures de protection sociale* (désinfection, isolement des malades, etc.).

Nous sommes actuellement, à l'égard de ce hoquet, bénin ou grave selon les cas, placés dans des conditions d'observation assez analogues à celles des médecins qui, avant la découverte du bacille diphtérique, constataient des épidémies d'angines à fausses membranes, tantôt bénignes, tantôt fort graves et sujettes de façon variable à des complications très particulières (paralysie du voile, syndrome cardio-hépatique, etc.). Dans ces épidémies d'angines, on aurait pu s'autoriser de l'existence des cas graves pour conclure à l'identité de nature des cas bénins qui voisinaient avec eux : la bactériologie et la clinique associées nous ont appris, depuis lors, quelle erreur auraient commise ceux qui auraient adopté la thèse de l'unicité de ces angines pseudo-membraneuses, même quand leurs épidémies coïncident, ce qui, comme on le sait encore, n'est pas rare (influences saisonnières, peut-être exaltation des virus les uns par les autres, localisation commune dans le pharynx, etc.).

Aussi la conclusion de cet article consistera-t-elle à poser, le plus nettement possible, le *problème* suivant d'un haut *intérêt pratique*.

1. Le hoquet d'apparence bénigne, tel qu'il a été décrit par M. Sicard en 1920 et par nous-mêmes en 1920 et 1922, doit-il *se confondre pratiquement avec l'encéphalite léthargique* dont il ne serait qu'une forme fruste et dont il comporterait toutes les redoutables éventualités (la fréquence des complications graves restant d'ailleurs à déterminer).

2. Faut-il, au contraire, considérer qu'il existe au moins *deux formes de hoquet épidémique*, ce terme commun désignant deux espèces morbides, peut-être très différentes par leur nature et leurs possibilités cliniques, notamment par leur gravité :

a. Le *hoquet appartenant à l'encéphalite épidémique*, hoquet grave par la présence d'un virus redoutable, susceptible, d'ailleurs, de s'accompagner, à un moment quelconque de son évolution, des symptômes de l'encéphalite elle-même, avec ou sans issue mortelle : hoquet épidémique du *type décrit d'abord par M. Dufour et M. Sicard.*

b. Le *hoquet épidémique bénin*, plus contagieux, uniquement monosymptomatique (quant aux signes neurologiques), s'accompagnant assez souvent d'un syndrome catarrhal des voies respiratoires supérieures qui tend à le rapprocher des syndromes grippaux; hoquet qui semble, en outre, remarquablement récidivant avec une allure qui reste d'ailleurs bénigne : hoquet épidémique du *type décrit d'abord par M. A. Sicard et par nous-mêmes* [épidémie de fin 1920 (1)].

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHARD et ROUILLARD. Hoquet épidémique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 déc. 1920.
2. BLUM (P.). Le hoquet épidémique. Mécanisme. Pathogénie. Etiologie, *Soc. méd. du Bas-Rhin*, 18 déc. 1921.
3. CADE et DUMOLLARD. Quelques cas de hoquet épidémique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 11 janv. 1921.
4. CHARPIN (d'Aix). Quelques cas de hoquet épidémique, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 21 janv. 1921.
5. CLERC et FOIX. Sur un cas anatomo-clinique de hoquet épidémique avec névraxite, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 mars 1921.
6. COURTOIS-SUFFIT et BOURGEOIS. Sur un cas mortel de hoquet épidémique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 déc. 1920.
7. DUCAMP, CARRIEU, BOUQUIER DE CLARET et TZELOPOGLOU. Hoquet épidémique avec mouvements myocloniques généralisés. Etude histologique, *Acad. de méd.*, 8 nov. 1921.
8. DUFOUR (H.). Le hoquet épidémique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 janv. 1920 et fév. 1920.
9. ECONOMO (VON). Considérations sur l'épidémiologie de l'encéphalite léthargique et ses différentes formes, *Arch. suisses de neurol.*, vol. VI, f. 2; — *Die Encephalitis lethargica*, Vienne 1920.
10. GARDÈRE. Hoquet épidémique et encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 18 janv. 1921.
11. GOÏA (J.). Considérations sur le hoquet persistant, *Spitalul*, 1920, n° 6.
12. GUILLEMARD. Hoquet et encéphalite épidémique, *Th. de Paris*, 1921.
13. KAHN (Pierre), BARBIER et BERTRAND. Un cas de hoquet épidémique à évolution foudroyante, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 mai 1921.
14. KRITTER. Le hoquet épidémique. Sa pathogénie. Sa thérapeutique rationnelle, *Th. de Strasbourg*, 1921.
15. LAFOSSE. Quinze cas de hoquet persistant, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 déc. 1920.
16. LEMOINE (de Lille). Des relations étiologiques entre l'encéphalite léthargique et le hoquet épidémique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 janv. 1921.
17. LHERMITTE (J.). Le hoquet épidémique, forme singultueuse de l'encéphalite épidémique, *Presse méd.*, 18 déc. 1920.
18. LOGRE et G. HEUYER. Sur quelques cas de hoquet paraissant épidémique, *Soc. de neurol.*, 2 déc. 1920, et *Gaz. des hôpit.*, 18 déc. 1920.
19. LOGRE, G. HEUYER et BOURGEOIS. Nouveaux cas de hoquet épidémique. Récidives chez des sujets antérieurement atteints, *Soc. de neurol.*, 7 déc. 1922.
20. NETTER. Discussion de la communication de Sicard et Paraf, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 déc. 1920; — Origine commune du hoquet épidémique et de l'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 janv. 1921.
21. RIVET et LIPSCHÜTZ. Un cas de hoquet épidémique suivi d'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 janv. 1921.
22. SICARD et PARAF. Le hoquet épidémique, *Soc. de neurol.*, 2 déc. 1920; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 déc. 1920.
23. SICARD. Diagnostic rétrospectif et discrimination des états névraxitiques et paranévraxitiques par le parkinsonnisme postévolutif, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 déc. 1921.

(1) Notons, à titre de suggestion, les deux faits suivants : *a.* dans l'épidémie de hoquet bénin signalé par M. Sicard et par nous en 1920, nous n'avons pu ne pas être frappés du petit nombre des cas qui, ayant eu l'allure franche d'un hoquet bénin au début, ont ensuite fait clairement la preuve de leur origine encéphalitique. Or, les cas de hoquet bénin ont été très nombreux. *b.* M. Sicard, dans une note très intéressante (*Soc. méd. des hôpit.*, 9 déc. 1921), a montré qu'aucun des cas de hoquet bénin n'avait été suivi de complication parkinsonnienne; ajoutons que cette signature nous a paru faire également défaut dans les cas observés par nous.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1923)

Incontinence dite essentielle d'urine. Spina bifida occulta. Intervention. Guérison. — MM. Pierre DELBET et André LÉRI communiquent l'observation d'un sujet de vingt-trois ans, bien développé, mais présentant quelques caractères d'infantilisme liés à une atrophie testiculaire, qui était atteint de cette pénible infirmité que l'on appelle incontinence essentielle d'urine.

Bien qu'il ne présentât aucune lésion apparente dans la région spinale, ni cicatrice, ni saillie, ni dépression, ni vascularisation anormale, ni pigmentation, ni hypertrichose, les auteurs ont cherché par la radiographie s'il n'existait pas de malformation vertébrale et ils ont trouvé un spina bifida sacré.

Rattachant les mictions nocturnes involontaires à quelque lésion liée à la malformation vertébrale, ils ont tenté de guérir l'infirmité par une opération portant sur le spina bifida.

L'opération a permis de constater l'existence d'une bride transversale de consistance et de structure fibro-cartilagineuse qui comprimait la queue de cheval. Cette bride a pu être réséquée sans ouverture de la dure-mère.

Le résultat fonctionnel a été immediat et complet. Depuis l'opération, le sujet n'a plus uriné une seule fois au lit.

La conclusion qui se dégage de ce fait, c'est qu'en cas d'incontinence nocturne persistance, il faut chercher le spina bifida même lorsque rien ne le révèle à l'extérieur et, si on le trouve, recourir à une intervention chirurgicale.

Examen médical des chauffeurs d'automobiles. — M. BALTHAZAR fait un rapport sur la communication de M. Fiessinger (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 1387.) Les accidents d'automobiles se multipliant d'une façon inquiétante, il devient urgent de prendre des mesures pour que le permis de conduire ne soit accordé qu'à des hommes présentant les aptitudes nécessaires et exempts de toute tare pathologique pouvant diminuer ces aptitudes.

Voici les propositions que M. Balthazar soumet au vote de l'Académie :

1° Aucun permis de conduire des automobiles ne doit être accordé à des jeunes gens âgés de moins de vingt ans;

2° Le P. C. (permis de conduire) doit être également refusé à des sujets atteints de certaines affections cardiaques, de troubles mentaux ou de certaines maladies nerveuses (épilepsie), d'altérations de la vision ou de l'ouïe;

3° De n'accorder le P. C. aux mutilés qu'à la condition qu'ils soient munis d'appareils les mettant à même de conduire convenablement;

4° Le certificat médical qui leur sera délivré ne sera valable que pour dix ans et un nouvel examen, sera exigible. Dans certains cas spéciaux, le certificat médical ne sera valable que pour trois ans.

5° Le P. C. sera retiré aux hommes surpris en état d'ivresse;

6° Tout chauffeur ayant causé un accident, par sa faute, sera soumis à un nouvel examen médical.

Après quelques observations de MM. Fiessinger, de Lapersonne, Quénu, Sieur, les propositions de M. Balthazar sont adoptées.

Le diabète et la syphylis. — M. Marcel LABBÉ rappelle que des opinions contradictoires sont émises sur cette question; les uns accordent, les autres dénient à la syphilis la part principale dans la pathogénie du diabète.

Les raisons sur lesquelles repose la théorie de l'origine syphilitique du diabète sont multiples.

On a décrit des lésions syphilitiques du pancréas, du foie, du système nerveux, des glandes endocrines, à l'autopsie des diabétique. Mais les faits démonstratifs sont extrêmement rares.

Pinard et Velluot disent que la syphilis est très fréquente dans les antécédents des diabétiques, et indiquent une proportion de un tiers des cas. Les statistiques de nombreux auteurs donnent une proportion beaucoup plus faible allant de 1 à 10 p. 100. L'enquête qu'a poursuivie M. Labbé avec M. Touflet sur 500 diabétiques a montré un maximum de 13,6 p. 100 pour représenter la fréquence de la syphilis dans les antécédents des diabétiques.

D'après les statistiques, il ne semble donc pas que la syphilis soit particulièrement fréquente dans le passé des diabétiques; rien de comparable ici avec ce que l'on voit chez les tabétiques.

L'apparition chez les diabétiques d'un certain nombre de complications (abolition des réflexes tendineux, mal perforant, névrites, paralysies oculaires, aortite, angine de poitrine), analogues à celles qu'on voit survenir chez les syphilitiques et les tabétiques, inclinent à penser que ces complications indiquent l'existence de la syphilis chez les diabétiques. En réalité ces accidents sont bien, dans un certain nombre de cas, la conséquence de la syphilis dont le diabétique est atteint; mais ils peuvent aussi relever du diabète lui-même dans des cas où il est impossible d'incriminer la syphilis. La similitude de certains accidents diabétiques et syphilitiques ne permet donc pas d'affirmer que la syphilis soit la cause du diabète.

Le diabète conjugal a été invoqué aussi comme argument, Velluot disant qu'une infection conjugale commune; la syphilis, devait être à l'origine du diabète des conjoints; mais aucune preuve n'en a été donnée, et il est plus probable que le diabète conjugal est tout simplement le résultat de la suralimentation habituelle à laquelle se livrent les deux conjoints assis à la même table.

L'argument le plus frappant semble être l'action curative exercée par le traitement antisyphilitique sur le diabète. De très nombreuses observations ont été apportées dans ce sens; mais bien peu sont démonstratives; la rareté de l'amélioration du diabète par le traitement spécifique est encore une raison opposée à l'hypothèse de l'origine syphilitique du diabète. Tous les médecins ont essayé la cure syphilitique du diabète presque tous en ont constaté l'inefficacité.

M. Labbé cite plusieurs exemples de diabétiques, syphilitiques, traités par un traitement spécifique intensif et prolongé qui est resté absolument inefficace contre le diabète.

La conclusion pratique est que la syphilis doit être recherchée soigneusement dans les antécédents des diabétiques, que le traitement spécifique doit être appliqué suivant les indications ordinaires, mais qu'on ne devra s'attendre que très rarement à obtenir de ce traitement un effet curatif sur le diabète.

Vitamines et décoctions de céréales. — M. Springer rappelle avoir fait à l'Académie, il y a une vingtaine d'années, une communication sur l'énergie de croissance, et montré le rôle important que pouvait remplir l'emploi des décoctions de céréales.

La découverte des vitamines est-elle venue projeter une clarté nouvelle dans cette étude? On peut en douter quand on constate que la composition chimique des corps qu'on a dénommés vitamines est complètement ignorée. La réalité de ces substances ne nous est révélée que par leur action physiologique et biologique.

Or, si l'on compare les effets obtenus à l'aide des vitamines aux résultats que donnent les décoctions de céréales on ne peut s'empêcher de constater une grande ressemblance si bien que l'idée s'impose à l'esprit que pour une grande part l'action des décoctions de céréales est attribuable aux vitamines.

Et, en effet, les nombreux physiologistes qui se sont consacrés à l'étude des vitamines ont démontré que ces substances sont contenues dans l'enveloppe des graines de céréales, qu'elles sont indispensables à la nutrition et à la croissance. L'absorption de riz et de maïs décortiqués déterminerait le béribéri et la pellagre. D'autre part, les facteurs dits accessoires de la croissance et dénommés liposoluble et hydrosoluble se rencontrent également dans l'enveloppe de graines de céréales et la décortication les font disparaître.

C'est donc à juste titre que M. Springer a insisté sur la nécessité de faire absorber les substances contenues dans l'enveloppe des céréales et solubilisées par une décoction prolongée.

Parmi les nombreux faits cliniques et expérimentaux sur lesquels il s'est appuyé pour démontrer l'action favorable de ces décoctions dans la production et l'utilisation de l'énergie intraorganique, M. Springer rappelle ici des expériences faites au laboratoire Potain à la Charité.

Il relate des expériences fort intéressantes sur les nourrices et dont les conséquences pratiques sont très importantes.

On est ainsi amené à considérer que les décoctions de céréales renferment des vitamines auxquelles sont attribuables une partie des résultats obtenus.

Il résulte de ces observations que, bien avant l'invention du terme de vitamine, on utilisait ces substances dans des conditions analogues à celles indiquées par les récents expérimentateurs qui ont apporté à ses recherches un faisceau de preuves et de démonstrations des plus compacts. On pourrait penser que la chaleur est capable de détruire les ferments solubles; or, les recherches de Veil et de Gardère ont démontré que les vitamines sont respectées par l'ébullition à l'air libre et qu'elles ne sont détruites que par des températures supérieures à 125 degrés.

Les décoctions dont les indications sont fort nombreuses seront utilisées avec avantage par les cliniciens dans tous les cas où ils voudront apporter aux organismes perturbés par la maladie une médication qui favorise la production des échanges énergétiques.

Elles ne constituent pas un aliment à proprement parler, c'est un adjuvant de la nutrition. Il convient toujours d'y adjoindre d'autres substances nutritives. Elles doivent être employées fraîchement préparées chaque jour. C'est pourquoi les extraits secs et les produits conservés ou stérilisés ne répondent nullement à ces indications spéciales.

En s'éloignant de l'état naissant elles perdent une partie de leurs propriétés qui consistent surtout à donner un surcroît de vitalité et de résistance.

C'est là le fait important que M. Springer s'est efforcé de démontrer dans ses études sur l'énergie de croissance.

Elections. — L'Académie procède aux élections de trois membres correspondants nationaux dans la première division.

Sont élus : MM. Delamare (de Constantinople), Meunier (de Pau) et Arloing (de Lyon).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 29 décembre 1922)

Rétention biliaire dissociée pendant la convalescence d'une spirochétose ictérigène. Cholémie pigmentaire normale et cholalurie simultanées. — MM. A. Lemierre et Jean Lévesque ont observé un homme atteint de spirochétose ictérigène qui, pendant un mois, après la disparition de l'ictère, présenta une réaction de Hay positive dans l'urine, tandis que cette même urine ne contenait ni bilirubine, ni urobiline, ni chromogène d'urobiline. Au même moment, la cholémie pigmentaire, mesurée par le procédé de Fouchet, était de 1 p. 30.000. Le prurit, qui avait été assez accentué pendant la période d'état de la maladie, a persisté jusqu'à la disparition de la réaction de Hay de l'urine. Il s'agit donc d'un cas indiscutable de rétention isolée des sels biliaires sans rétention concomitante des pigments.

Lipodystrophie progressive. — M. Babonneix présente une jeune fille chez laquelle, depuis quelques années, s'est produite une modification dans la répartition de la graisse sous-cutanée, telle que cette graisse a à peu près disparu des régions supérieures, et s'est accumulée dans les parties inférieures du corps. Des manifestations diverses : paresthésies, asthénie musculaire avec amyotrophie diffuse, gêne de la marche, troubles sphinctériens légers, accompagnent cet état

qui semble ressortir, non à une myopathie, ainsi que le montrent l'évolution et l'examen des réactions électriques, mais bien à une lipodystrophie progressive.

Radiocontrôle du traitement bismuthé. — M. VEILLET (médecin de la marine).

Fièvre typhoïde maligne traitée par le choc colloïdoclasique. Guérison. — M. DE VERBIZIER.

Election du bureau de la Société. — Sont nommés : vice-président, M. le professeur Vaquez; secrétaire général, M. de Massary; trésorier, M. Grenet; secrétaires annuels, MM. Sezéry et Monier Vinard.

Conseil d'administration : MM. Laubry, Weil-Hallé, Trémolières, Merklen.

Conseil de famille : MM. Legry et Lemierre.

Comité de publication : MM. Fiessinger et P. Vallery-Radot.

— M. le professeur ACHARD prononce alors une allocution associant la Société médicale des hôpitaux aux hommages rendus à la mémoire de Pasteur.

Enfin, M. le secrétaire général donne lecture de notices consacrées à MM. Laveran, Faisans et Rénon.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1922)

Paraplégie en flexion avec état parkinsonnien et syndrome de Parinaud. — MM. BOUTTIER, ALAJOUANINE et GIROT présentent un malade chez qui l'on note :

1° Une paralysie en flexion avec contracture fixée par rétraction tendineuse, abolition des réflexes rotuliens, signe de Babinski, exagération des réflexes d'automatisme médullaire;

2° Un syndrome parkinsonnien : facies figé, tremblement des membres supérieurs cessant dans l'action, troubles de l'élocution;

3° Un syndrome de Parinaud : paralysie des mouvements associés d'élévation, d'abaissement et de convergence des globes oculaires.

Il s'agit vraisemblablement d'une séquelle d'encéphalite épidémique. Le syndrome parkinsonnien et le syndrome oculaire permettent de localiser l'atteinte du faisceau pyramidal, cause de la paralysie en flexion, dans l'étage sous-optique de l'encéphale et dans la partie haute du mésocéphale; on a ainsi un type de paraplégie en flexion intermédiaire aux faits de paraplégie en flexion d'origine cérébrale de MM. Pierre Marie et Foix, Alajouanine, et ceux de paraplégie en flexion d'origine médullaire (type Babinski).

Sur un cas de « parésie jacksonnienne » avec troubles vaso-moteurs concomitants. — MM. H. BOUTTIER et Pierre MATHIEU présentent un malade atteint de crises comitiales et d'une légère atrophie du membre supérieur gauche sans diminution de la motilité, ensemble de troubles dû, sans doute, à une affection cérébrale infantile. Leur observation apporte une contribution à l'étude des crises parétiques jacksonniennes décrites chez des blessés du crâne en 1917. Elle constitue un document pour l'étude des troubles vasculaires d'origine corticale en démontrant l'autonomie de ce système dans certaines lésions cérébrales.

Leur malade présente, en effet, des paralysies transitoires intéressant, soit le bras gauche, soit tout le côté. Ces crises parétiques sont accompagnées et précédées par les mêmes troubles vaso-moteurs que les crises convulsives typiques avec lesquelles elles alternent. Ces troubles vaso-moteurs transitoires consistent en auras vaso-motrices avec pâleur

accentuée de la main gauche et en cyanose de cette même main, pendant les crises.

Ces auteurs ont constaté, enfin, un ensemble de troubles vaso-moteurs permanents localisés au niveau du membre supérieur gauche, en l'absence de toute diminution de la motilité. Ces troubles, surtout nettement mis en valeur par la méthode oscillométrique, consistent, du côté atteint, en diminution de l'amplitude des oscillations maxima et en déséquilibration facile sous l'influence des agents thermiques. Résultats identiques à ceux qui ont été observés chez les blessés et commotionnés récents du crâne où il existe si souvent une formule vasculaire dimidiée et où l'on ne peut pas non plus incriminer l'influence de l'immobilisation prolongée des membres.

Les troubles de la sécrétion cérumineuse dans le syndrome de Cl. Bernard-Horner. — M. L. Cornil, à propos d'un malade présenté, attire l'attention sur un symptôme observé dans sept cas de syndrome sympathique cervical paralytique.

Il s'agit de l'obstruction récidivante du conduit auditif externe du côté atteint par un bouchon de cérumen. Ce fait, qui paraît consécutif à une hypersécrétion des glandes cérumineuses, avait été expérimentalement constaté en 1891 par Arloing et, peut-être, doit-on le rattacher à la suppression du rôle inhibiteur glandulaire du sympathique admis par certains auteurs.

Gliome infiltré du lobe temporal droit ayant envahi la corne occipitale du ventricule latéral correspondant : épendymite granuleuse des cavités ventriculaires. — MM. André Thomas et J. Jumentié rapportent une observation de gliome infiltré de la portion centrale du lobe temporal droit ayant envahi la corne occipitale du ventricule latéral correspondant où il formait une masse mollasse adhérente aux plexus choroïdes, eux-mêmes globuleux et infiltrés. Il existait, en outre, dans les cavités ventriculaires une épendymite chronique à forme granuleuse qui, au niveau du ventricule latéral droit où émergeait la tumeur, présentait une intensité extrême. En quelques points de cette cavité, on trouvait également de petites tumeurs épendymaires, des saillies columnaires dont la structure était en tous points comparable à celle du gliome. La couche névroglique sous-épithéliale était du reste fortement épaissie et proliférante.

Les auteurs insistent sur ces réactions glieuses sous-épendymaires qui avaient donné naissance dans ce cas : 1° à des granulations banales d'épendymite chronique ; 2° à des proliférations à formes tumorales infiltrant une portion du cerveau.

Le tissu névroglique des plexus choroïdes présentait, du reste, une prolifération du même type. Leur revêtement épithélial, comme celui des parois ventriculaires, présentait divers aspects réactionnels : endothélialisation, desquamation, multiplication et bourgeonnement.

Sur un cas anatomo-clinique de syndrome thalamique dissocié. — MM. H. Bouttier, Ivan Bertrand et André Pierre-Marie rapportent l'histoire clinique d'un malade qui présentait une déformation considérable du membre supérieur gauche, par contracture d'origine extrapyramidale, et des douleurs spontanées au niveau de ce membre supérieur. Le début des symptômes était apparu quinze ans avant la mort du malade. Le diagnostic de syndrome thalamique dissocié fut confirmé par l'examen anatomique. Celui-ci montra l'existence d'un nodule fibro-crétacé, siégeant dans la partie postéro-externe de la couche optique et atteignant la région sous-optique, entre le noyau rouge et le corps de Luys. La constitution histologique de ce nodule, de constatation d'ailleurs très exceptionnelle, expliquait la lenteur de l'évolution.

Les auteurs insistent, en terminant, sur l'intérêt que présente l'étude des syndromes thalamiques dissociés. Celui qui fait l'objet de la présente communication s'oppose, en effet, par la modalité des dissociations de la sensibilité, à ceux qui ont été décrits par Pierre Marie et H. Bouttier à la Société de neurologie en juillet 1922.

L'étude des faits anatomo-cliniques relatifs aux syndromes thalamiques dissociés permettra sans doute d'apporter un jour des précisions sur la physiologie pathologique, encore assez obscure à certains égards, de la couche optique et surtout de la région sous-optique.

LIVRES NOUVEAUX

Le curettage utérin, indications, technique, accidents, résultats (1), par J. Fiolle, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux.

Ce livre est avant tout un livre d'enseignement s'adressant à tous ceux qui peuvent être amenés à pratiquer des curettages, c'est-à-dire à un grand nombre de médecins.

L'ouvrage est divisé en trois chapitres :

Premier chapitre : *Indications.* — L'auteur examine d'abord les indications du curettage dans les deux circonstances qui légitiment le plus souvent son emploi : les métrorragies et les accidents post-abortifs. Pour ce qui concerne les métrorragies de diverses natures, il discute les indications respectives du curetage, du traitement opothérapique, du radium, etc. Pour les accidents post-abortifs, il fixe les indications opératoires du curettage et du curage digital.

Les indications sont examinées ensuite pour : les métrites non hémorragiques, les états fibromateux, la stérilité, le curettage explorateur, etc.

Deuxième chapitre : *Technique.* — La technique est décrite avec des détails minutieux, avec toutes les indications pratiques nécessaires pour l'opération à domicile. Un premier paragraphe indique, temps par temps, l'opération dans la métrite (préparations, instruments, aide, anesthésie, curettage proprement dit, suites). Les accidents possibles sont signalés avec la technique. Un second paragraphe a pour objet l'intervention — très différente — nécessitée par les rétentions placentaires.

Deux paragraphes, enfin, sont consacrés au curettage explorateur et au curettage suivi d'applications de radium.

Troisième chapitre : *Résultats.* — Ce chapitre, très bref, résume les résultats de la pratique de l'auteur dans les diverses catégories de curettages.

Ce petit livre est illustré de nombreux schémas, gravures et dessins d'instruments qui seront d'une grande utilité pour les praticiens à qui s'adresse surtout l'auteur.

PAUL DELMAS.

Hygiène de maman et de bébé : grossesse, accouchement, allaitement (2), par L. Pouliot, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ainsi que le laisse deviner son titre, cet ouvrage de vulgarisation n'est pas écrit pour les médecins, mais il n'en est pas moins conçu dans un esprit d'utile collaboration. L'auteur s'est en effet interdit d'y faire figurer tout ce qui a trait aux états pathologiques et à leur traitement. La lectrice y chercherait donc en vain comment se soigner elle-même ou soigner son enfant.

Par contre y trouvera-t-elle et avec elle l'infirmière spécialisée ou non, ces mille détails pratiques, que doit posséder une jeune femme au sujet de sa future maternité. Sans cesser un instant d'être un conseiller et un guide de la façon la plus familière, par demande et par réponse, à la manière d'un catéchisme — et c'en est un — l'auteur s'y montre par place un défenseur persuasif de la morale domestique traditionnelle.

Tel quel, cet ouvrage est le livre de chevet de toute jeune femme consciente de ses devoirs familiaux.

PAUL DELMAS.

(1) Un vol. in-8 écu de 136 pages avec figures et planches hors texte. — Prix : 8 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. in-8 écu, de 350 pages, avec 44 figures dans le texte, imprimé en caractères neufs, sur papier d'alfa, relié toile. — Prix : 10 fr. ; franco 11 fr. — Paris, Nouvelle librairie nationale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 5. — MARDI 16 & JEUDI 18 JANVIER 1923. 96e ANNÉE. MARDI 16 & JEUDI 18 JANVIER 1923. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Projet de règlement du concours de l'internat en médecine. (Voir plus loin, p. 75.)

— Concours des prix de l'internat. — L'Administration générale de l'Assistance publique ouvrira en 1924 deux concours pour l'attribution des prix de l'internat en médecine :

Le premier, qui aura lieu dans le courant de janvier à la date réglementaire, sera réservé aux internes qui termineront leur quatrième année le 15 février 1924 (internes nommés avant la guerre);

Le deuxième, qui sera ouvert fin avril, sera réservé aux internes qui termineront leur quatrième année à la date du 1er juin 1924.

— Concours de l'internat. — *Oral*. — Séance du 11 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic de la pneumonie du sommet. — Signes et diagnostic de la tuberculose épididymo-testiculaire. »

MM. Blondel, 14; Blanchaud, 9 1/2; Seguy, 15 1/2; Kanony, 10 1/2; Kaplan, 16 1/2; Gauthier, 12 1/2; Georges (Paul), 14 1/2; Berthier, 16 1/2; Ackermann, 16.

Séance du 12 janvier. — Questions données : « Formes cliniques du tétanos sans le diagnostic. — Signes et évolution de la cirrhose atrophique du foie. »

MM. Fèvre, 19; Banzet, 18; Fortier, 9; Longchamp, 16 1/2; Carrega, 12; Bodin et Blondin, 14; Baize, 9; Faure, 14; Jany, 13; Leflaive, 16; Jonesco, 18.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Fondation Déjerine (musée et laboratoire de neurologie). — L'inauguration de la Fondation Déjerine aura lieu le mercredi 24 janvier 1923, à 2 h. 3/4, sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, et de M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine.

La réunion aura lieu dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine; on visitera ensuite le musée de la Fondation Déjerine installé dans le laboratoire d'anatomie pathologique du professeur M. Letulle (salle du professeur), 21, rue de l'Ecole-de-Médecine (escalier B).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Ont été attribuées, pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique, les récompenses ci-après :

Médaille d'or. — M. le docteur Scheydt (de Cette).

Médaille de bronze. — M. le docteur Bréavoine (de Bois-Colombes).

SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS ET DE RETRAITES POUR FEMMES ET ENFANTS DE MÉDECINS. — Un médecin qui fait inscrire ses enfants à l'âge de trois ans leur assure en plus de l'appui moral et matériel de la Société une retraite minima de 360 francs à cinquante-cinq ans; — La prime annuelle à payer est de 17 francs à capital aliéné ou de 24 francs par an à capital réservé.

Dans ce dernier cas (capital réservé) les sommes versées sont, après le décès, remboursées aux ayants droit.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Abel Watelet, secrétaire général, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe).

L'INVASION DES HERBORISTES DANS LA PROFESSION MÉDICALE. — Heureusement ce n'est pas en France qu'elle s'est produite. C'est en Suisse qu'elle a eu lieu, et c'est le journal *La Croix-Rouge suisse* qui signale ce fait dans les termes suivants, dans son numéro de décembre 1922 :

« Le gouvernement des Grisons a décidé en date du 5 juillet que les herboristes ne pourront à l'avenir « travailler » dans le canton qu'après avoir passé un examen. Cet examen portera sur la botanique et sur la médecine : étude du corps humain, diagnostic des maladies infectieuses et leur traitement »

Le *Bulletin professionnel des médecins suisses* a naturellement protesté contre cette mesure dont il a montré les conséquences fâcheuses. C'est ainsi qu'il dit :

« Ainsi haussés à plus de considération et lancés dans le

progrès, vous verrez sous peu les herboristes réclamer des droits égaux à ceux des médecins ».

Puis il indique que ce sera là un débouché pour les étudiants refusés aux examens : « On dit que nos commissions d'examen se montrent de plus en plus sévères. Il y aura donc des *ratés*; qu'ils se consolent. S'ils ne décrochent point le diplôme fédéral, ils pourront avec des chances certaines de succès se présenter devant le jury institué à l'intention des herboristes. Après cela et en règle avec les autorités, les candidats en médecine malheureux se feront la plus belle clientèle, et se féliciteront de ne point être de véritables confrères. »

Cet exposé des inconvénients de l'introduction des herboristes dans la pratique médicale est très suggestif, et montre une fois de plus les dangers sociaux qu'entraîne tout empiètement de non-médecins dans notre profession.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs G. Chirié (de Paris), père de notre confrère le docteur Chirié, accoucheur des hôpitaux, à qui nous adressons nos bien vives condoléances; Dagincourt et Alfred Lubelski (de Paris) et Gillet (de Beauzée-sur-Aire [Meuse].

LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le jeudi 25 janvier 1923, à 10 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de M. Pierre-Louis Marie, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, et de M. Pichon, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie; clinique de l'angine diphtérique et du croup; sérothérapie ; tubage et trachéotomie; prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours.

Tous les matins : visite; examen des malades.

Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 12 à 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze, MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le jeudi 18 janvier, à 16 h., grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Les impulsions », et le jeudi 25 janvier, à 16 h., grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « La kleptomanie. Les impulsions génitales. »

Le lundi 22 janvier, à 10 h., amphithéâtre de l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), sur « Les persécutrices amoureuses. »

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

ACCOUCHEMENT. ARRIVÉE DU MÉDECIN APRÈS L'ACCOUCHEMENT. RÉDUCTION

Nombreuses sont les décisions rendues actuellement en matière d'honoraires dus au médecin ; on cherche à les réduire. C'est un signe des temps. Mais les magistrats mettent un frein sérieux à des réclamations, la plupart du temps intempestives et mal fondées ; et, il faut le reconnaître, ils défendent le médecin dont le rôle social est très important, contre les tentatives de chantage exercées contre lui.

Dans l'espèce ci-dessous rapportée, le médecin accoucheur était arrivé une demi-heure après l'accouchement même. Les débiteurs des honoraires en avaient profité pour demander une réduction d'honoraires considérable et réclamer même des dommages-intérêts. Le tribunal a été très modéré dans la réduction et a refusé à bon droit d'allouer des dommages-intérêts.

« Attendu que suivant exploit de C..., huissier à Paris, en date du 3 décembre 1920, le docteur R... a formé contre les époux M... une demande en paiement de la somme de 1.500 francs représentant les honoraires qui lui seraient dus à l'occasion de l'accouchement de la dame M...;

Attendu que les défendeurs ne contestent pas que ce prix forfaitaire de 1.500 francs ait été convenu d'avance entre eux et le médecin; que, toutefois, ils considèrent cette somme comme exagérée, étant donné que le docteur R... n'est arrivé qu'environ une demi-heure après l'accouchement, qu'en conséquence, ils se croient autorisés à réduire le montant du prix forfaitaire de 1.500 francs à la somme de 800 fr. qu'ils ont offerte réellement suivant procès-verbal de P..., huissier, en date du 13 décembre 1920.

Attendu, en outre, que les époux M... se portent reconventionnellement demandeurs en paiement d'une somme de 200 francs à titre de dommages-intérêts en alléguant le caractère vexatoire de l'instance dirigée contre eux;

Attendu que le docteur R... ne conteste pas qu'il soit arrivé après l'accouchement ; que, dès lors, il ne saurait prétendre recevoir l'intégralité du prix de 1.500 francs préalablement convenu, en rémunération des visites et soins donnés à la dame M... avant et après son accouchement, alors surtout qu'aucune complication ne s'est produite dans l'état de cette dernière;

Attendu, en outre, que le docteur R... est d'autant plus mal fondé dans ses prétentions qu'il avait placé auprès de la dame M... une sage-femme qui a procédé elle-même à l'accouchement en son absence et qui a reçu une somme de 300 fr. en rémunération de ses soins ;

Attendu toutefois qu'il y a lieu de déclarer insuffisantes les offres de la somme de 800 francs faites à la requête des époux M..., ceux-ci n'étant pas fondés à réduire d'une manière excessive le prix du forfait originaire, applicable à l'ensemble des soins reçus par la dame M..., qui en a été satisfaite et qui reproche uniquement à son médecin son arrivée tardive le jour de son accouchement;

Que le tribunal possède les éléments suffisants pour fixer à la somme de 1.200 francs la dette des époux M..., envers le docteur R...

Attendu que la demande reconventionnelle des époux n'est appuyée sur aucune base sérieuse, l'instance dirigée contre eux par le docteur R... n'ayant aucun caractère vexatoire et se trouvant justifiée par l'insuffisance des offres faites à ce dernier;

Que dès lors les époux M... doivent supporter les frais de la dite demande reconventionnelle mal fondée;

Attendu qu'il y a lieu de faire masse des autres dépens de l'instance et de les partager par moitié entre les parties;

Par ces motifs,

Condamne les époux M... à payer au docteur R... la somme de 1.200 francs pour les causes sus-énoncées avec les intérêts de droit;

Déclare insuffisante et non libératoire, l'offre réelle de la somme de 800 francs faite au docteur R... par les époux M... »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES

SUR

UN CAS D'ENDOCARDITE PROLONGÉE

PAR

Ch. LAUBRY et F. BORDET
Médecin de l'hôpital Cochin. Interne des hôpitaux.

L'histoire des endocardites infectieuses s'est complétée durant ces dernières années par la notion de formes lentes ou prolongées que Jaccoud avait nettement entrevues, et dont Osler nous a donné une description définitive. En face de la septicémie brutale qui bouleverse d'emblée l'appareil valvulaire cardiaque, l'ulcère et le détruit, l'inhibe de ses masses bourgeonnantes, sidère l'organisme de son infection massive, ou colonise bruyamment par ses embolies multiples ou foudroyantes; se dresse un type clinique, à marche sournoise, à fièvre modérée, intermittente, qui affaiblit l'etat général, tantôt de façon progressive, tantôt avec des rémissions apparentes. Ce n'est plus l'image d'une pyrexie grave, d'allure souvent typhoïde, qui aboutit à la mort en quelques semaines, voire en quelques jours, mais celle d'une fièvre interminable, trompeuse, d'une anémie intense, d'une dépression invincible dont la cause serait inconnue, si la notion d'une lésion valvulaire ancienne, dont l'expression pendant toute la durée de la maladie, reste inchangée, ne faisait soupçonner l'origine exacte du mal. Car ce sont là, les traits dominants de l'endocardite lente. D'un côté, par ses symptômes et son évolution fatale, elle participe de l'endocardite maligne qui tue beaucoup plus en infectant le malade, qu'en altérant le fonctionnement de son cœur; de l'autre, elle est rarement primitive et se greffe presque toujours sur une altération valvulaire ancienne.

Ainsi caractérisée, elle n'est pas la seule forme d'infection qui puisse venir compliquer cette dernière. On en peut prévoir une troisième, plus latente, et plus atténuée encore, dont les effets en se confinant aux parois endocardiques, seraient insuffisants pour troubler l'état général, suffisants au contraire pour entraîner des lésions locales, provoquer des thromboses, et qui, alors même qu'elles ne donneraient pas naissance à des embolies mécaniques dangereuses, gêneraient profondément le jeu régulier du rythme cardiaque. Cette dernière forme existe. Elle constitue, à proprement parler, l'endocardite chronique, jamais éteinte, et jamais stabilisée. Elle est probablement l'une des clefs les plus précieuses que nous possédions sur cette énigme de l'adaptation du cœur à ses lésions valvulaires. Les unes fixées, immuables, définitivement cicatrisées permettent une compensation indéfinie, et un travail souvent disproportionné; les autres constamment blessées, remaniées, et compliquées sont vouées à l'arythmie et à l'insuffisance.

Entre ces trois types d'infection cardiaque : type malin, type prolongé, type chronique à forme thrombosante, il ne saurait exister de cloison étanche. Par une dégradation insensible, l'observation journalière et attentive des cas cliniques, nous fait passer de l'un à l'autre, en même temps que nos recherches bactériologiques, plus systématiques ou mieux conduites, nous révèlent le lien commun qui les unit et qui est l'agent infectieux. Autant donc, il serait oiseux de grossir la liste déjà longue des faits classiques et d'allure bien tranchée; autant il est utile de ne pas garder le silence sur ceux qui s'en éloignent et constituent entre eux, les faits de passages prévus. Par sa durée, par le peu d'intensité de sa fièvre, par la longueur de ses périodes apyrétiques, par la constance et les particularités de ses caractères bactériologiques, l'observation que nous publions nous paraît leur appartenir et mérite d'être publiée.

***

Mme P..., trente-neuf ans. Entre à l'hôpital Cochin, le 3 mai 1922, sur les conseils de son médecin qui, songeant à une endocardite rhumatismale, a été frappé du peu d'influence du salicylate de soude. Jusqu'à l'été dernier, cette femme avait toujours été bien portante. Bien réglée, sauf depuis trois mois, elle a eu une faussse couche et quatre enfants bien constitués qui sont, comme son mari, en parfait état de santé.

En août 1921, elle a eu pour la première fois, un peu d'arthralgie du genou droit, l'articulation était légèrement tuméfiée, mais tout disparut en deux ou trois jours. Dans le courant d'octobre, nouvelle sensation douloureuse du même genre accompagnée d'un peu d'asthénie, mais l'hiver se passe sans nouveaux incidents; toutefois, la malade se fatigue plus facilement.

Fin février 1922 abcès dentaire de durée assez prolongée qui perça au début de mars, quelques jours avant l'apparition des symptômes qui forcèrent la malade à s'aliter.

Le 18 mars, en effet, la malade se sent brusquement plus fatiguée, a de la fièvre, des frissons, des transpirations, le tout accompagné de douleurs articulaires dans les doigts; celles-ci cèdent à une petite quantité de salicylate en trois ou quatre jours.

Cependant l'état de lassitude persiste, la malade doit garder le lit, le 16 avril elle essaye de se lever, mais doit se recoucher aussitôt ne pouvant résister à la fatigue extrême qu'elle ressent. Il lui arrive assez fréquemment de vomir.

Un médecin diagnostique alors une affection cardiaque, met la malade au repos et à la diète. La température est irrégulière, souvent dans la soirée se produisent de légers frissons suivis de transpiration.

Le 21 avril, un ancien stagiaire du service la voit chez elle, pense à une endocardite rhumatismale, car de petites poussées articulaires très éphémères se reproduisent de temps en temps. La température oscille alors aux environs de 38 degrés. Du 21 avril au 3 mai, elle prend 8 grammes de salicylate de soude par jour, sans grand résultat. La courbe thermique se modifie à peine et les douleurs articulaires subsistent, c'est ainsi que le jour de son entrée l'articulation tibio-tarsienne droite est assez sensible à la pression.

A son entrée, la malade donne l'impression d'une femme plus fatiguée qu'infectée, le visage est un peu pâle (teint café au lait), mais les muqueuses sont relativement bien colorées. La température oscille entre 37 et 38 degrés, le pouls bat aux environs de 70, la tension au Vaquez-Laubry est de 12,7 1/2.

La pointe du cœur bat dans le 5e espace, la matité cardiaque n'est pas augmentée; l'impulsion de la pointe est assez énergique et l'on entend un souffle diastolique d'insuffisance aortique.

A l'écran, l'aorte mesure 3 centimètres, ses battements ont une amplitude exagérée, il n'y a pas de modification appréciable du volume des cavités cardiaques, si ce n'est une légère élévation du point G.

Par ailleurs, rien d'intéressant à noter, il n'y a pas d'albuminurie, la rate n'est pas augmentée de volume.

L'examen du sang révèle :

Globules rouges	5.080.000
Globules blancs	14.000
Poly-neutro	84
Poly-éosino	1
Lymphocytes	13
Moyen mono	1
Grand mono	1

La thérapeutique salicylée est maintenue une semaine à la dose de 5 grammes sans résultat appréciable, puis supprimée lorsque deux hémocultures successives révèlent la présence d'un streptocoque polymorphe non hémolytique, ne résistant pas aux sels biliaires, non pathogène pour la souris, mais ne verdissant pas le bouillon d'hémoculture. En même temps, la recherche de la réaction de Wassermann donne un résultat positif.

Le 15 mai, on note l'apparition d'un souffle systolique à la base, et le 20 commence un traitement au 914.

20 mai............	0,15
24 mai............	0,30
30 mai............	0,45
8 juin............	0,45

puis ces doses étant mal supportées, trois injections intraveineuses de 0,15 par semaine.

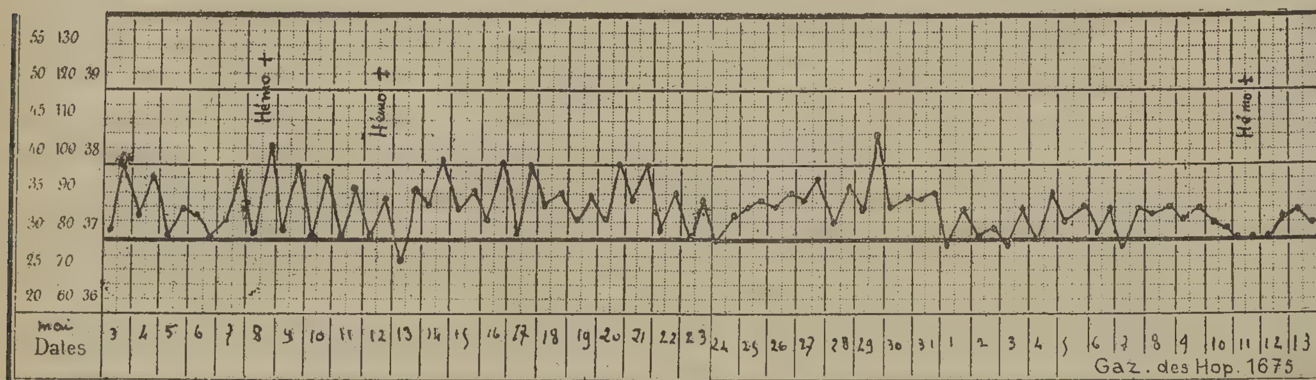
La courbe de température (1) marque, dès le 1er juin, une amélioration, elle se maintient au-dessous de 37°5, mais l'état de fatigue subsiste, l'appétit est satisfaisant et le poids reste stationnaire. Le 19 juin, nouvelle petite poussée avec douleur dans le coude et le genou droits et le 22 une hémoculture révèle encore la présence du streptocoque. Cette petite poussée se calme, la malade se sent bien, mais se fatigue toujours très vite ; le double souffle aortique subsiste avec les mêmes caractères.

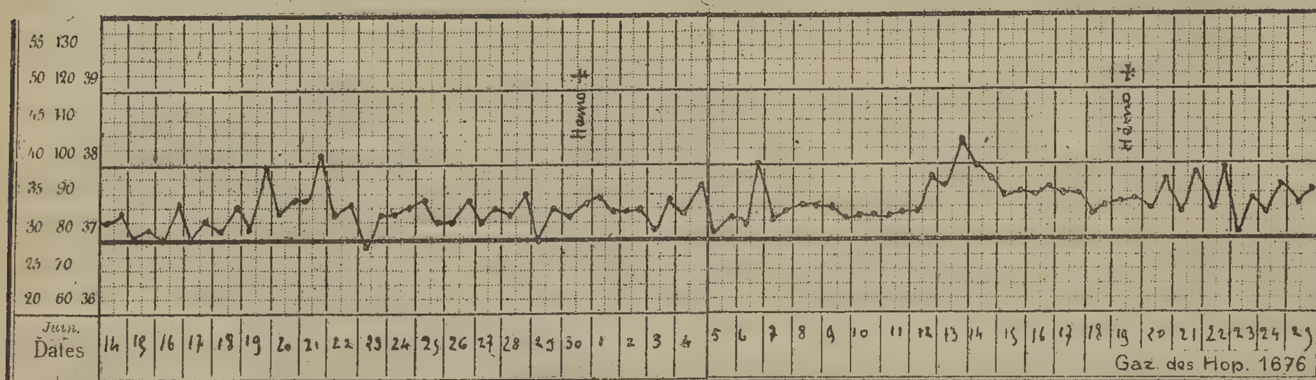
Le 6 juillet, l'apparition d'une petite tache érythémateuse au talon droit, suivie, le 8, de l'apparition d'une petite nodosité type Osler, à l'index droit, apporte la confirmation clinique du diagnostic porté à l'aide des signes cardiaques et des résultats de l'hémoculture.

Les jours suivants, on assiste à une véritable éruption de petits éléments légèrement papuleux, rappelant en plus rouge les taches rosées de la fièvre typhoïde et disparaissant complètement sous le doigt.

L'on tente alors, sans résultat, de faire de la vaccinothérapie au moyen d'injections sous-cutanées d'un autovaccin ; les injections intraveineuses d'électrargol, des injections intramusculaires de sérum de Leclainche demeurent également inefficaces. L'évolution se poursuit sans grand changement, l'état de lassitude, s'accusant progressivement, demeure toujours le symptôme dominant, l'auscultation ne révèle aucun changement.

La malade décide alors de rentrer chez elle en Corse, et





quitte l'hôpital le 27 juillet. Elle nous écrit le 30 août pour nous dire qu'il ne s'était produit aucune amélioration, la courbe de température par contre s'était notablement modifiée, puisqu'à l'inverse de ce qui s'était produit jusque-là, elle atteignait fréquemment 39 degrés. A partir de cette date, nous n'en avons plus de nouvelles précises, jusqu'à sa mort qui survint à la fin du mois d'octobre.

***

Bien que les circonstances nous aient privés du contrôle nécropsique, aucun doute ne peut rester dans l'esprit sur le diagnostic par nous posé d'endocardite lente. En dehors du contrôle bactériologique, les signes cliniques pathognomoniques n'ont pas fait défaut, et parmi eux les *nodosités érythémateuses du type Osler*, se greffant sur une asthénie permanente.

Nous ferons remarquer, tout d'abord, que ces nodosités appartenaient à deux variétés assez différentes par leur forme, leurs dimensions et leur évolution. Les unes disséminées sur tout le corps, et même au visage, étaient apparentes, atteignaient le diamètre d'une lentille, tout en restant fréquemment en deçà, s'effaçaient comme les taches lenticulaires de la fièvre typhoïde et en avaient le caractère éphémère, disparaissant comme elles, sans laisser de trace ; les autres, discrètes et plus fines, demandaient à être cherchées avec minutie aux extrémités des doigts ou des orteils, ne s'effaçaient pas sous le doigt, avaient un aspect plus franchement purpurique et restaient comme des stigmates pigmentés et durables de l'embolie capillaire.

(1) A plusieurs reprises, nous avons fait prendre la température toutes les deux heures, afin de nous assurer que des accès fébriles ne passaient pas inaperçus entre les deux prises de température habituelle.

Mais, ce signe décisif apparut assez tardivement. Avant lui, il n'y avait cliniquement que matière à présomption, sinon à erreur, et ce dernier terme n'est pas trop fort si l'on envisage les *douleurs articulaires*. Elles font rarement défaut dans l'endocardite infectieuse, y revêtant toutes les modalités, isolées ou généralisées, fugaces ou persistantes, pénibles ou à peine ressenties.

On comprend, dès lors, pourquoi elles prêtent à confusion, pourquoi elles en imposent pour un rhumatisme aigu légitime, et cela d'autant plus que les sujets incriminés sont d'anciens rhumatisants, que leur lésion valvulaire est de souche rhumatismale, et qu'entre les attaques anciennes et la poussée nouvelle, il n'existe aucun caractère vraiment différentiel.

Dans notre cas, elles s'écartaient de cette règle assez générale, puisque avant elles, on ne relevait pas d'antécédents rhumatismaux. Mais, à cet égard d'autres questions se posent auxquelles il est bien difficile de répondre. Leur entrée en scène, qui précède de près d'un an l'entrée de la malade à l'hôpital marque-t-elle le début de l'endocardite ? S'est-il agi, alors, d'un rhumatisme aigu franc, sur lequel s'est greffée ultérieurement l'infection secondaire, au moment de l'apparition de l'abcès dentaire par exemple, et l'affection a-t-elle évolué depuis, en conservant un caractère hybride ? Ou bien, au contraire, ne s'est-il pas agi, en tout et pour tout, d'une seule et même infection interminable, qui aurait provoqué, à elle seule, et la lésion cardiaque et la réaction générale, et nous mettrait ainsi en présence d'une endocardite primitive prolongée, mais à forme singulièrement atténuée ?

On voit là, la complexité du problème étiologique. On pourrait croire que la coïncidence d'une lésion aortique et d'une réaction de Wassermann franchement positive, lui donne une solution. Certes, une infection secondaire n'a pas de préférence. Elle accepte le terrain préparé aussi bien par le rhumatisme que par la vérole. Mais nous avons été frappés de ce fait que dans les endocardites infectieuses où nous l'avons jusqu'ici pratiquée, quel que soit l'âge, et quelles que soient les probabilités contre l'idée d'une syphilis en évolution, la réaction de Wassermann s'est souvent montrée positive ou légèrement positive, et de ce chef et dans ce cas particulier, elle perd à nos yeux une partie de sa valeur.

Parmi les autres caractères cliniques de notre cas, il en est deux qui ne méritent qu'une courte mention : l'intégrité de la formule hématologique, qui contraste avec l'anémie intense fréquemment observée, et le masque d'anémie pernicieuse que revêtent certaines formes d'endocardite sur lesquelles a insisté M. Achard ; la lenteur de l'évolution, qui s'est chiffrée par dix ou quinze mois, selon l'époque admise pour le début. Cette agonie interminable qui dans certaines observations d'Osler se prolonge plusieurs années, mérite d'être soulignée, parce qu'elle marque une sorte d'acheminement vers l'endocardite chronique.

Cette marche est classique, mais un troisième caractère qui l'est moins, et qui accentue encore le rapprochement avec des formes atténuées, c'est la tenue particulière chez notre malade de la fièvre. Tant qu'elle fut soumise à notre contrôle, elle ne présenta ni frissons, ni sueurs, ni poussées thermiques. La courbe oscilla irrégulièrement pendant des mois entre 37 et 38, encore se maintint-elle plusieurs jours à la normale, au point qu'on aurait pu se faire illusion sur l'arrêt du processus infectieux, si la culture du sang, systématiquement pratiquée, même pendant ces périodes apyrétiques, n'eût révélé la présence constante de l'agent pathogène. Pour qui connaît, d'une part, la facilité avec laquelle certains instables cardiaques dérèglent leur température ; d'autre part, les mouvements fébriles, légers et constants des endocardites thrombosantes, il n'y avait dans la courbe thermique, que nous relevions et que nous reproduisons, rien qui militait en faveur d'une véritable infection sanguine. Même des plus discrets et même intermittent, un état subfébrile qui ne fait pas sa preuve, chez un cardiaque valvulaire, doit donc hanter le médecin, et poser d'avance à son esprit l'angoissante hypothèse de l'endocardite prolongée.

*
* *

Au point de vue bactériologique, nous ne pouvons que souligner la constance des résultats positifs de nos nombreuses cultures. Nous les opposons aux cas d'endocardites qui ont été publiés, dont la vérification anatomique fut faite, et qui ont donné lieu, pendant la vie, à des ensemencements négatifs. Nous ne discutons pas la légitimité de tels faits, mais nous pensons que la cause doit être cherchée moins dans une atténuation particulière de l'infection ou la pauvreté du sang en agent pathogène, que dans le défaut d'une technique qui n'a pas encore su totalement se plier aux nécessités variées. Les échecs peuvent, en effet, tenir à la nature des milieux, à l'horaire choisi pour la culture, soit à toute autre cause, capable de troubler l'ensemencement. Dans les derniers mois de notre pratique hospitalière, nous avons observé cinq endocardites à forme lente où chaque fois nous avons décelé l'agent pathogène. Plusieurs fois, il a fallu répéter les cultures, et le plus souvent, ce n'est qu'au bout de trois, quatre et cinq jours d'étuve que le résultat fut trouvé positif. Aussi nous sommes-nous demandé si les insuccès signalés n'étaient pas, en réalité, des réponses trop hâtives du laboratoire, comme cela nous est arrivé une fois.

L'agent pathogène que nous avons rencontré dans tous nos cas, y compris celui que nous publions, est le streptocoque. Bien qu'on ait signalé d'autres microbes, en particulier le pneumocoque, c'est de celui-là seul que nous parlerons. S'agit-il d'un streptocoque spécial aux endocardites comme certains auteurs l'ont soutenu, l'appelant, suivant telle ou telle particularité dominante, streptococcus *mitor*, *salivarius*, *endocarditis*, *viridans*, ou ne faut-il voir dans ces caractères morphologiques ou culturaux que des formes anormales du streptocoque ordinaire ? C'est une question que les bactériologistes n'ont, à notre connaissance, pas encore pu résoudre. Personnellement, nous avons été frappés par l'aspect extrêmement polymorphe des streptocoques isolés. Loin de se présenter sous forme d'immenses chaînettes à grains réguliers et enchevêtrés au point de prendre l'aspect d'un mycélium, ils formaient des chaînettes courtes ne dépassant guère dix à quinze éléments de dimensions rarement égales, plus souvent groupés par deux ou par quatre ou même isolés ; certains d'entre eux, particulièrement allongés, prenaient l'aspect de véritable bacille.

Kermorgant, qui a bien voulu se charger de leur identification, a récemment montré dans une note à la Société de biologie (1) que ces formes anormales pouvaient être reproduites en partant d'une souche ordinaire de streptocoques et qu'il ne s'agissait là que de modifications morphologiques engendrées par certains milieux de culture et en particulier par les milieux au sang que sont les hémocultures.

Cette interprétation est assez vraisemblable, bien que nous nous rappelions ne pas avoir observé ces formes microbiennes anormales au cours de deux cas d'endocardite maligne streptococcique assez prolongée à grands accès fébriles. De nouvelles recherches sont à notre sens encore nécessaires pour établir d'une façon certaine si ces variétés morphologiques sont le simple fait du terrain spécial sur lequel évolue l'infection ou si elles méritent d'être retenues comme une race particulière de streptocoques. Ce problème n'est pas sans intérêt, car, suivant qu'on adopte l'une ou l'autre de ces hypothèses, on se voit obligé d'attribuer la cause de la lenteur évolutive de ces endocardites, soit à la résistance de l'organisme soit au contraire à la faible virulence du microbe en cause.

Il est fort probable que cette deuxième hypothèse est souvent exacte. Dans la grande majorité des cas on ne les voit coloniser que sur des valvules déjà touchées par un processus inflammatoire antérieur. Dès lors, en cas de doute étiologique, comme chez notre malade, les caractères du streptocoque permettraient de préciser la nature primitive ou secondaire de l'endocardite.

Les variétés non hémolytiques ne deviendraient pathogènes qu'à condition que le rhumatisme, la spécificité ou toute autre infection antérieure ne leur ait préparé leurs nids.

* * *

Quels que soient les attributs morphologiques, la présence dûment constatée du microbe pathogène dans une endocardite justifie la sévérité du *pronostic* et la fatalité d'une évolution que n'entrave aucune tentative thérapeutique. Cette loi que Vaquez a posée à la Société médicale des hôpitaux, aucune observation sérieuse à notre connaissance ne l'a infirmée, et pour notre part nous l'avons toujours vue se vérifier de façon implacable. Pour notre malade, chez laquelle tardivement et après la sortie de l'hôpital, la fièvre sembla prendre une allure moins équivoque, nous fîmes toutes les tentatives auxquelles ne doivent pas faire renoncer l'expérience et la connaissance, même solidement fondées, de leur vanité. Ni le traitement spécifique par les arsénobenzols que justifiaient à la fois la vague notion de spécificité antérieure et les succès plus ou moins douteux, qu'au moment de l'apparition du salvarsan les Allemands lui attribuèrent dans le traitement de l'endocardite infectieuse; ni la chimiothérapie à l'aide du salicylate de soude ou des métaux colloïdaux; ni la sérothérapie; ni la vaccinothérapie pratiquée avec un auto-vaccin ne nous donnèrent le moindre résultat. Nous ne voudrions pas toutefois que ces insuccès franchement rapportés fussent le prétexte d'une abstention systématique. Non seulement il faut compter avec le moral du malade que soutiennent les efforts même infructueux de son médecin, mais encore avec une erreur de diagnostic ou d'interprétation qui supprime cette résistance décevante au traitement, et infirme un arrêt mortel trop hâtivement prononcé.

(1) *Soc. de biol.*, 22 juillet 1922.

LA DÉPOPULATION DES CAMPAGNES

Par le docteur M. BRELET,
Professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

O fortunatos nimium...

Au début d'un article sur les charmes de la vie champêtre, ce vers de Virgile est souvent cité; on en pourrait rappeler d'autres qui décrivent délicieusement tout ce qui rend la campagne si agréable :

At secura quies et nescia fallere vita,
Dives opum variarum; at latis otia fundis,
Speluncæ, vivique lacus; at frigida Tempe,
Mugitusque boum, mollesque sub arbore somni
Non absunt.

Je pensais aux *Géorgiques*, et à ces idées, qu'il faut aujourd'hui ressasser plus que jamais, en revenant récemment d'un rapide voyage en Bourgogne. Que l'existence est calme, utile et intéressante à la campagne, même au mois de décembre. Quelle aberration de s'entasser à la ville dans des maisons à étages au lieu d'habiter une ferme spacieuse au milieu des champs, de s'engouffrer le soir dans les théâtres et les cinémas plutôt que passer la veillée près d'une vaste cheminée où brûlent de grosses bûches. La vie matérielle est singulièrement facile à la campagne; elle est bien *dives opum variarum*. Veut-on du bois? On abat un arbre. Pour les repas, la basse-cour fournit des poulets et des œufs, le jardin, des légumes riches en vitamines; dans la rivière voisine il y a du poisson, et, si l'on désire du gibier, c'est très simple : il suffit d'avoir un fusil, de traverser quelques champs, de battre quelques buissons et l'on revient vite avec une perdrix ou un lapin. Les allées et venues, pour affaires ou pour relations de voisinage, sont bien moins banales qu'à la ville; pas d'énormes autobus, bruyants et trépidants, pas d'inélégants tramways. Un cheval, grand luxe en ville, est nourri à peu de frais; avec un bon cheval et une voiture à deux roues, on va loin et on peut passer partout, même dans les chemins défoncés, par une nuit noire.

Chaque province française a son agrément particulier; les touristes connaissent surtout la mer et la montagne. Mais, dans tous les départements, même les moins réputés comme centres d'excursions, on trouve partout de frais vallons, des coteaux, des vallées fertiles. Un seul département a, le plus souvent, des aspects très divers; ici c'est un canton de vignobles, là des prairies, plus loin un arrondissement très boisé. Les vallées ne se ressemblent pas; celle de la Loire diffère complètement de la vallée de l'Isère; la Saône coule si lentement que, César l'avait remarqué, on distingue mal de quel côté elle descend vers le Rhône. Il n'est pas un village de France où l'on ne puisse se plaire, surtout si l'on est rattaché à ce village par des souvenirs ancestraux et des amitiés solides.

Si la vie est agréable à la campagne, elle est aussi, depuis quelques années, très rémunératrice. Il y a, dans la vie agricole, des fluctuations; j'ai vu, dans mon enfance, le vignoble nantais ravagé par le phylloxera; il a fallu arracher la vigne, replanter et ce fut une période de grande détresse. Les temps sont

bien changés; en 1919, en 1920, la barrique de muscadet a atteint des prix extraordinaires. Le blé à 100 francs a procuré de beaux bénéfices; l'élevage du bétail donne un revenu qui diminue, dit-on, depuis deux ans mais qui est encore bon, qui a été, pendant et après la guerre, d'un taux inespéré. Aussi la campagne est-elle aujourd'hui riche et paye bien ses travailleurs. J'ai vu en Bourgogne un jeune homme de dix-sept ans, domestique de ferme, qui, logé et nourri, gagne plus de 2.000 fr. par an; s'il est économe, il pourra, dans dix ans, avoir un petit capital, devenir fermier, puis propriétaire. C'est le cas d'un homme d'une quarantaine d'années que j'ai connu, jadis, petit valet, et qui aujourd'hui possède d'excellents prés, dans lesquels il engraisse des bœufs qu'il va vendre à la Villette. Je ne crois pas qu'il soit communiste; l'idée de la communauté des biens acquis par un dur labeur ne lui plairait pas beaucoup. A chacun son pré, à chacun son bétail, à chacun sa vigne; que celui qui n'en a pas et désire en acquérir, travaille pour en acheter Cette accessibilité du domestique de ferme, du métayer, à la petite et même à la grande propriété constitue une des bases les plus sûres d'une bonne organisation sociale.

Il est utile aussi que la noblesse et la bourgeoisie reviennent à la terre qu'elles n'auraient jamais dû quitter. On peut être très cultivé, très lettré et vivre à la campagne sans aucune *capitis diminutio*. Les hasards de la guerre m'ont conduit un jour chez un agriculteur du Nord qui était licencié en droit; il avait une très riche bibliothèque et sa femme écrivait des romans acceptés par un excellent éditeur parisien. Un de mes amis, licencié en droit et même lauréat du concours général des Facultés, a abandonné la jurisprudence pour exploiter ses terres et il s'en trouve fort bien. On m'a cité le fils d'un médecin des hôpitaux d'une très grande ville qui a quitté cette ville pour s'occuper uniquement d'élevage dans le Charolais.

Malgré ces charmes de la vie à la campagne, malgré ces perspectives de large aisance et même de richesse, la terre est abandonnée.

Pourquoi? C'est surtout la jeunesse qui se dirige vers la ville, attirée par les salaires élevés et surtout par l'éclat des lumières de la grande ville, par les nombreuses distractions que l'on y trouve. Un homme de quarante ans comprend le bonheur calme d'une vie familiale paisible et bien ordonnée; un jeune homme de dix-huit ans veut goûter aux plaisirs dont il ne soupçonne pas l'amertume. Bossuet a merveilleusement dépeint la fougue de la jeunesse; cette fougue va mal avec les mœurs de la campagne où l'on ne devrait trouver que « des plaisirs honnêtes, qu'on ne fait pas parler de soi », selon la pittoresque expression que j'ai entendue un jour aux environs de Nantes. Il faut donc agir sur la jeunesse, essayer de la retenir loin des villes. Voici déjà longtemps que M. le sénateur Méline, ancien président du Conseil, a proposé, dans un livre remarquable (1), d'améliorer les conditions de la vie rurale. Déjà de nombreux bourgs sont éclairés à l'électricité; il faudrait aussi bien entretenir les chemins vicinaux, car il y a encore des hameaux presque inabordables pendant plusieurs mois chaque année. Les fêtes locales, les marchés et foires, les Sociétés de gymnastique ou de foot-ball, les fanfares ont une utilité très grande; il y a lieu de les développer et de les encourager.

Les grands propriétaires, les curés de campagne, les instituteurs, les notaires, les médecins ont ou peuvent avoir un rôle très important dans la diffusion de ces idées sur le danger des grandes villes et les bienfaits de la vie des champs.

Les livres, les journaux devraient aussi célébrer la campagne. Au contraire, la plupart du temps, Paris, qui donne à la France des directives, Paris dédaigne non seulement la campagne, mais même les grandes villes de province. Dans les *Demi-vierges*, le lieutenant de cavalerie, qui vit en province avec sa mère, est un peu ridiculisé; Henry Bataille, dans l'*Enchantement*, se moque d'un jeune auteur dramatique qui ne réussit pas, parce qu'il n'est pas assez Parisien : il est de Nantes! Pour Bataille, un Nantais est évidemment « le prototype du provincial incapable de toute nuance et de toute finesse d'esprit » (1). Parmi les membres de l'Académie française dont quelques-uns pimentent à l'excès des livres qui ne seront pas immortels, parmi les quarante, deux romanciers René Bazin et Henry Bordeaux ont merveilleusement dit ce qu'il fallait dire de la province française, de la vieille famille; mais, dans certains milieux, on les considère comme des romanciers pour jeunes filles; c'est, d'ailleurs, un beau titre de gloire, dont ils peuvent être fiers. Il y a encore en France, de vraies jeunes filles que les pornographes ne pourront pas souiller.

Aimons donc notre province; soyons régionalistes. Reprenons goût à la vie des champs. Mais alors, une autre question se pose : en fréquentant les négociants et les industriels des grandes villes, en les interrogeant sur ces questions si préoccupantes, ils répondent qu'ils ont besoin de main-d'œuvre. Il faut des bras pour construire des navires (et encore on en construit trop peu!), pour fabriquer des machines, des engrais, des biscuits. Il faut des employés de banque, des employés de commerce, des employés de chemins de fer. Avec la loi de huit heures, les Compagnies de chemins de fer ont dû augmenter leur personnel et elles ont ainsi attiré, par l'attrait d'une situation stable avec retraite, de très nombreux jeunes gens de la campagne.

Quelle est donc la solution du problème? Il n'y en a qu'une : la repopulation. La fameuse loi de Malthus est complètement fausse; la France et surtout la France avec son immense domaine africain, avec ses colonies d'Extrême-Orient, la France peut nourrir un nombre incalculable d'enfants, puisqu'il y aura augmentation du nombre des producteurs dans la même proportion qu'augmentation du nombre des consommateurs. Une famille ayant beaucoup d'enfants pourra fournir des travailleurs et à la ville et à la campagne. Voici, par exemple, en Loire-Inférieure, un ménage de cultivateurs; ils exploitent une ferme que leurs parents avaient déjà en location; mariés jeunes, ils ont onze enfants, dont un seul succombe en bas âge; un fils leur succède dans la ferme, deux autres cultivent la terre dans les communes voisines; trois fils viennent travailler à Nantes; les filles se marient les unes à la campagne, les autres en ville. Voici donc une famille qui a pu, tout en assurant la continuité dans l'exploitation d'une ferme, procurer trois ouvriers à l'industrie.

(1) Jules MÉLINE. *Le retour à la terre.* Paris, 1905 (Hachette).

(1) MAILCAILLOZ. Le théâtre de M. Henry Bataille. *Annales de la Société académique de Nantes*, 1913.

La question de la dépopulation des campagnes est en dernière analyse, intimement liée à celle de notre trop faible natalité. Il n'y a qu'un remède possible : le mariage, avec l'acceptation, entière et sans réserves, de ses conséquences physiologiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1923)

Traitement des ulcères perforés du duodénum. — M. LECÈNE répond à M. Duval (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1923, p. 9). Il déclare n'être pas convaincu par ses arguments, ni les statistiques étrangères qu'il a invoquées. Personnellement M. Duval n'a apporté que deux cas d'ulcères duodénaux traités par l'éradication, avec un cas de guérison et un cas de mort. M. Lecène a apporté 9 cas personnels d'ulcères duodénaux perforés traités par la suture avec ou sans gastro-entérostomie et 3 cas opérés par ses internes. Sur ces 12 cas il y a eu 1 cas de mort et 11 guérisons.

M. Lecène croit donc pouvoir déclarer qu'il a démontré que l'opération simple et rapide qu'il a préconisée pour le traitement des ulcères perforés duodénaux est une opération qui donne de bons résultats. M. Duval n'a pas démontré que l'éradication qu'il propose donne d'aussi bons résultats. Quand il apportera 12 cas avec 11 guérisons, peut-être alors arrivera-t-il à convaincre M. Lecène de la valeur de l'éradication. Mais jusque-là, il s'en tiendra à ses premières conclusions, d'autant que dans les nombreuses statistiques invoquées par M. Duval, il en est une qui va tout à fait à l'encontre de ses conclusions. C'est une statistique de 42 cas d'ulcères perforés du duodénum, traités par la suture, et ayant donné 40 guérisons et 2 morts.

M. MOCQUOT fait un rapport sur 3 observations d'ulcères perforés du duodénum, présentées par M. Chaton (de Besançon). Ce qui fait l'intérêt de ces observations c'est que, dans ces trois cas, à l'ouverture de l'abdomen il y a eu émission de gaz sans odeur. L'explication de ce fait fournie par M. Chaton, c'est que ces gaz peuvent provenir de l'estomac, ayant passé par la perforation, M. Mocquot discute cette explication, après avoir donné, en détails, les 3 observations de M. Chaton.

Hématome splénique, splénectomie. Guérison. — M. MOCQUOT fait un second rapport sur une observation de M. Costantini (d'Alger). Il s'agit d'un paludique qui fut pris brusquement d'une vive douleur au niveau de la base gauche du thorax. Il fit une incision transversale, trouva une collection bleuâtre sur la rate qu'il reconnut être un hématome.

La rate était énorme, l'hématome était enkysté. Dans la crainte d'hémorragies secondaires, M. Costantini préféra recourir d'emblée à la splénectomie.

Ulcère gastrique perforé. Traumatisme hépatique. Un morceau de foie dans l'estomac. Intervention. Guérison. — Très intéressante l'observation communiquée par M. LAFOURCADE (de Bayonne). Une fillette de trois ans est atteinte par un coup de pied de cheval sur le ventre. Apparurent bientôt des signes de péritonite aiguë avec perforation de l'estomac. Laparotomie, hémorragie intrapéritonéale. On trouve le lobe gauche du foie dans l'estomac, suture et tamponnement assurant l'hémostase.

Blessure de la veine cave. — Autre observation de M. LAFOURCADE : un contrebandier reçoit un coup de couteau dans le ventre : laparotomie, hémorragie formidable : sérum adrénaliné, tamponnement sans succès; recherche du vaisseau lésé; c'était la veine cave, suture en surjet, hémostase parfaite, guérison.

Traitement des ulcères perforés de l'estomac. — M. BAUDET apporte au débat pendant plusieurs observations : une jeune femme de vingt-deux ans, prise brusquement d'une douleur effroyable, de vomissements. M. Baudet la voit deux heures après. La température est à 39 degrés, le pouls à 120. Laparotomie, il s'agit d'un ulcère perforé de l'estomac; enfouissement, gastro-entérostomie. Après une certaine amélioration, se déclare une péritonite purulente et une pleurésie. Mort.

M. Baudet apporte 4 autres cas suivis de guérisons. Dans ces 4 cas, il a opéré toujours avant la cinquième heure. Il a toujours eu recours à l'enfouissement avec ou sans gastro-entérostomie complémentaire.

Traitement des fractures de la rotule. — M. DUJARRIER fait connaître sa technique opératoire : il faut distinguer les cas de fracture avec deux bons fragments des cas avec plusieurs fragments friables. Dans les premiers cas, un ou deux fils d'argent traversant le fragment supérieur et contournant l'inférieur suffisent pour avoir une bonne coaptation.

C'est Lucas Championnière qui le premier a soutenu qu'on pouvait faire marcher ces malades dès le cinquième jour. M. Dujarrier les mobilise peu à peu dès le second jour mais ne les laisse marcher que le dixième jour.

Elections. — La Société procède, avec une certaine agitation, à l'élection de trois membres correspondants nationaux.

La liste de présentation portait : en première ligne : MM. Civel (de Brest), Costantini (d'Alger), Desgouttes (de Lyon); *ex æquo* Gauthier (de Luxeuil), Malartic (de Toulon); en deuxième ligne (ordre alphabétique) : MM. Billet (de Lille), Brisset (de Saint-Lô), Chaton (de Besançon), Cleret (de Chambéry), Coullaud (armée), Combier (du Creusot), Damas (de Digne), Debeyre (de Lille), Dezarnaulds (de Gien), Gay-Bonnet (armée), Jean (marine), Leclerc (de Dijon), Lefèvre (de Bordeaux), Lepoutre (de Lille), Lombard (d'Alger), Martin (de Toulouse), Miginiac (de Toulouse). Murard (du Creusot), Picquet (de Sens), Pouliquen (de Brest), Reverchon (armée), Reynès (de Marseille), Tissot (de Chambéry), Viguier (armée).

Il y a 66 votants :

Sont élus : MM. Malartic, Miginiac et Billet.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1922)

Lèpre tuberculeuse. — MM. J. MARGAROT, P. DEVÈZE et J. MARICAN. Début probable par un tubercule génital (chancre lépreux). Présentation.

Les procédés de recherche de l'hématoporphyrine. — M. F. PORTES passe en revue les procédés utilisés couramment pour la recherche de ce pigment, compare les diverses méthodes et indique deux techniques nouvelles : l'une utilisant l'observation de la fluorescence rouge des solutions d'hématoporphyrine, l'autre aboutissant à l'observation d'un spectre particulièrement sensible d'un dérivé métallique de l'hématoporphyrine, le dérivé *stanneux*.

Sécrétion lactée après hystérectomie pour métro-annexite. — MM. ETIENNE et PAGES. Une femme de trente-cinq ans, ayant eu huit ans auparavant un accouchement normal, présente, depuis un avortement de deux mois remontant à un an environ, des symptômes de métro-annexite traités médicalement sans succès (27 juillet 1920).

A l'examen d'entrée, réaction péritonéale légère, pertes blanches, douleurs dans la zone ovarienne gauche. utérus un peu volumineux, annexes gauches grosses, douloureuses, prolabées dans le Douglas, température 38°5 Traitement : Prie-sitz, injections vaginales. Sédaction des phénomènes péritoniaux.

Du 5 au 8 août règles.

Le 14 août hystérectomie subtotale sous rachis. Examen des pièces : congestion intense des organes génitaux, épaississement de la muqueuse, oblitération des orifices abdominaux des trompes, ovaires polykystiques. Suites opérations simples : apyrexie; ablation des crins au douzième jour.

Le 27 août sécrétion lactée très abondante.

Les auteurs rappellent les conceptions du mécanisme de la sécrétion lactée. Ils mettent leur observation en parallèle

avec l'expérience suivante d'Ancel et Bouin : l'opération de Porro pratiquée chez la lapine plus de quatorze jours après un coït infécond a pu déclancher la sécrétion mammaire. Ils pensent que, dans leur cas, l'inflammation ovarienne aidant, l'action de l'hormone cinétogène a pu mettre la glande en puissance de fonctionnement; le traumatisme opératoire a pu faire apparaître la sécrétion soit par action nerveuse réflexe, soit par libération dans le torrent circulatoire d'une hormone crisogène.

Etude sur l'acide urique total du sérum (*suite*). **Le facteur circulatoire de l hyperuricémie.** — MM. Cristol et Nikolitch ont dosé l'acide urique dans le sang de vingt-cinq cardiaques. Leurs résultats montrent nettement que les malades à cardiopathie bien compensée (hypertendus) ont un taux d'acide urique total normal. Au contraire les malades à cardiopathie mal compensée (hypotendus, hyposystoliques) sont tous des hyperuricémiques, qu'ils soient soumis au régime alimentaire mixte ou au régime lacté absolu.

HOPITAUX DE PARIS

PROJET DE RÈGLEMENT DU CONCOURS DE L'INTERNAT EN MEDECINE ADOPTE PAR LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ADMINISTRATION GENERALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS, DANS SA SÉANCE DU 11 JANVIER 1923 (1).

Art. 263. — Conditions d'admission au concours. — Les élèves externes reçus au concours, et justifiant d'une année révolue d'externat ou du titre obtenu au concours d'ancien interne des hôpitaux d'une ville de Province possédant une Faculté de médecine ou une Ecole de plein exercice, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'internes en médecine.

Ils ne peuvent se présenter à ce concours que quatre fois; toutefois, ceux qui ont accompli une année au moins de service militaire effectif, en vertu des lois sur le recrutement de l'armée, peuvent être admis à prendre part à cinq concours.

Les candidats au concours de l'internat en médecine ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes :

1° Un certificat constatant leurs services en qualité d'externe depuis le 1er mars précédent sans interruption;

2° Des certificats délivrés par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externe et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite;

3° Un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, constatant qu'ils sont munis de onze inscriptions au moins.

Les candidats désignés pour prendre part à l'épreuve orale doivent en outre présenter avant la date fixée pour le début de cette épreuve les pièces complémentaires suivantes :

1° Un second certificat délivré par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externe, attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec exactitude, zèle et subordination, depuis le 1er juin précédent;

2° Un certificat délivré par la Faculté de médecine, établissant qu'ils sont munis de leur douzième inscription.

Art. 264. — Epreuves écrites anonymes. — A. *Composition du jury.* — Le jury des épreuves écrites anonymes se compose de neuf membres dont quatre médecins, quatre chirurgiens et un accoucheur, tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, à l'exclusion des trois chirurgiens et de l'accoucheur des hôpitaux désignés d'office par application de l'article 260 pour faire partie du jury du concours d'externat à ouvrir la même année.

Peuvent siéger dans le jury un aliéniste adjoint aux lieu et place d'un médecin et un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux aux lieu et place d'un chirurgien. On mettra en conséquence dans l'urne en même temps que les noms des médecins des hôpitaux, les noms des médecins adjoints des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, et en même temps que les noms des chirurgiens des hôpitaux, les noms des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

Les juges des épreuves écrites anonymes peuvent faire partie du jury de l'épreuve orale du même concours.

Tout membre du corps médical qui, désigné pour faire partie du jury des épreuves écrites, se sera récusé, quel que soit le motif invoqué, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de l'épreuve orale pendant deux années consécutives.

B. *Epreuves écrites.* — Les épreuves écrites consistent en trois compositions anonymes.

Les trois compositions écrites sont rédigées en trois séances. Celles-ci se succèdent à court intervalle de façon à être terminées, autant que possible, dans un laps maximum de trois jours.

Pour chacune des compositions, une heure et demie est attribuée aux candidats, dont une demi-heure pour la réflexion et une heure pour la rédaction. Aucune abréviation dans l'écriture n'est autorisée.

Au commencement de chaque séance, le choix des questions à proposer est arrêté par le jury réuni au complet.

La première composition porte sur l'anatomie, la seconde sur la pathologie médicale, la troisième sur la pathologie chirurgicale.

Le jury se divise en trois sections pour juger les trois ordres de composition, savoir :

Pour la composition d'anatomie, un médecin et deux chirurgiens;

Pour la composition de pathologie médicale, trois médecins;

Pour la composition de pathologie chirurgicale, deux chirurgiens (ou un chirurgien et un spécialiste) et un accoucheur.

Pour la première composition, il est proposé trois questions portant sur l'anatomie. L'une au moins de ces trois questions comporte obligatoirement une partie de physiologie correspondante, avec ou sans histologie.

Pour la seconde, trois questions de pathologie médicale.

Pour la troisième, trois questions de pathologie chirurgicale.

Pour chacune d'elles, le sujet à traiter est tiré au sort.

Après chaque épreuve, les copies sont rangées par ordre alphabétique.

Un jour au moins après la fin de la troisième composition, les trois copies de chaque candidat sont placées sous enveloppe commune et il est procédé à l'établissement de l'anonymat et au numérotage.

Tout candidat n'ayant pas participé aux trois épreuves et remis trois copies est éliminé. Il ne lui sera pas tenu compte de ce concours dans le calcul du nombre des concours d'internat auquel cet élève a le droit de prendre part.

Il en sera de même pour tout candidat qui, dans les vingt-quatre heures qui suivent la rédaction de la dernière composition, aura déclaré par écrit qu'il renonce à prendre part aux épreuves.

Tout candidat ayant obtenu la note 2 ou une note inférieure à 2 pour une de ses copies sera éliminé. Dans ce dernier cas il sera tenu compte du concours dont ce candidat aura été éliminé pour le calcul du nombre des concours d'internat auquel cet élève a le droit de prendre part.

Dans chacune des sections la lecture des copies anonymes est faite devant le jury par l'un de ses membres en séance non publique. Le maximum des points à attribuer à chaque copie est de 20.

Par dérogation aux dispositions de l'article 210, chaque section du jury, bien que ses membres soient en nombre impair, a la faculté de voter des demi points.

Une fois la notation terminée dans les trois sections, le jury se réunit en vue de la désignation des candidats admis à subir l'épreuve orale. Le nombre des candidats à retenir est égal au triple des places d'internes mises au concours.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par

(1) Ce règlement ne deviendra définitif que le jour où l'autorité préfectorale, auquel il est actuellement soumis, lui aura accordé son approbation.

rapport à cette proportion, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Les candidats appelés à subir l'épreuve orale sont désignés par ordre alphabétique. Le point obtenu par chacun d eux pour les trois épreuves écrites doit demeurer inconnu jusqu'à la fin du concours.

Les notes obtenues par les candidats éliminés sont rendues publiques par les soins de l'administration.

ART. 265. — EPREUVE ORALE. — A. *Composition du jury.* — Le jury chargé de juger l'épreuve orale est constitué par un nouveau tirage au sort.

Ce jury se compose de dix membres dont cinq médecins, quatre chirurgiens et un accoucheur tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et les accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice et honoraires et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Peuvent siéger dans le jury, un médecin aliéniste aux lieu et place d'un médecin et un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux aux lieu et place d'un chirurgien. En conséquence, on mettra dans l urne en même temps que les noms des médecins, les noms des médecins chefs de service des quatiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière en exercice et honoraires et ceux des médecins adjoints de ces quartiers, et en même temps que les noms des chirurgiens, les noms des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes chefs de service en exercice et honoraires, et ceux des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

B. *Epreuve orale.* — L'épreuve orale consiste dans l'exposé de deux sujets portant, l un sur la pathologie médicale et l'autre sur la pathologie chirurgicale ou l'obstétrique.

Il est accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après vingt minutes de réflexion, l'ensemble des deux questions qui sont échues.

La notation de cette épreuve se fait de zéro à quarante.

Après la dernière séance d'épreuve orale, le jury procède au classement des candidats par ordre de mérite.

La notation, tenue cachée sur les copies, est dévoilée et les points détenus dans les épreuves écrites et à l'épreuve orale sont additionnés.

Au cas où le point le plus élevé est acquis par plusieurs candidats, ceux-ci sont appelés à subir devant le jury une épreuve orale supplémentaire.

CANDIDATS DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE. — Les candidats de nationalité étrangère peuvent être autorisés à concourir, à condition que leurs dossiers soient transmis par leurs légations respectives, à l'administration de l'Assistance publique. par l'intermédiaire de M. le ministre des Affaires étrangeres et avec son assentiment. Ceux d'entre eux qui subissent avec succès les épreuves sont admis en surnombre. Ils prennent rang toutefois dans le classement général par ordre de mérite et sont appelés à choisir leur service suivant ce rang.

MESURES TRANSITOIRES. — Par mesure transitoire, les dispositions de l'article 263 exigeant des candidats la production d'un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, constatant qu'ils sont munis de onze inscriptions au moins pour être admis à prendre part aux épreuves écrites et de douze inscriptions pour être admis à prendre part à l'épreuve orale, ne seront pas opposées aux élèves reçus externes avant le concours de l'internat en médecine ouvert en 1921. La disposition du même article limitant le nombre des concours d'internat en médecine auxquels les candidats peuvent être autorisés à se présenter ne sera pas opposée aux élèves qui ont déjà pris part à ce concours. Ils pourront, en conséquence, être admis à concourir, comme précédemment, pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine, s'ils remplissent, d'autre part, les conditions exigées par le présent règlement.

Enfin, la disposition du même article n'admettant à concourir que les externes de deuxième année au moins, ne sera pas opposée aux candidats reçus externes au concours d'externat ouvert en 1922.

1° De modifier ainsi qu'il suit le texte de l'article 211 § 2 du règlement sur le Service de santé. Au lieu de : « Le concours pour les places d'élève interne en médecine s'ouvre le troisième lundi du mois d'octobre », mettre : « Le concours pour les places d'élève interne en médecine s'ouvre dans la seconde quinzaine du mois de juillet. »

Le reste sans changement.

2° D'appliquer le présent règlement dès le concours d'internat en médecine à ouvrir en 1923. Toutefois pour le concours de 1923 seulement et à titre de mesure transitoire, il ne sera pas obligatoire qu'une des questions d'anatomie mises dans l'urne comporte une partie de physiologie correspondante avec ou sans histologie.

Conférences de clinique médicale pratique, par Louis. RAMOND, médecin des hôpitaux de Paris, médecin de la maison Dubois In-8 de 320 pages, avec 49 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.



PRESCRIRE **Aux Enfants** 10 à 30 gouttes par jour **Aux Adultes** 40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS **Adénopathies** **Lymphatisme** **Tuberculoses** **Arthritisme** **Artério-Sclérose** **Asthme**

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, COMPLICATIONS & DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE SCARLATINE [1]

III. **Formes à pronostic variable.** — 1. Forme *muqueuse* ou gastro-intestinale.

2. Formes *à rechutes* : tantôt il s'agit d'une véritable rechute avec fièvre, angine, adénopathie et une nouvelle éruption.

Tantôt il s'agit simplement d'une nouvelle poussée de l'exanthème.

IV. **Formes suivant l'étiologie.** — Il est classique d'opposer la scarlatine vraie, normale, que nous avons décrite, à la scarlatine puerpérale (absence d'angine et d'adénopathie) et à la scarlatine des blessés. Pour Bergé, ces trois formes de scarlatine sont de même nature et relèvent de l'infection streptococcique. Nous verrons ultérieurement ce qu'il faut en penser.

COMPLICATIONS. — Il peut s'agir d'une forme sévère et de l'exagération d'un symptôme normal ou d'un accident surajouté. Toutes ces complications sont causées ou par une exaltation de virulence du germe de la scarlatine, ou bien elles relèvent d'une infection secondaire, le streptocoque, dont la porte d'entrée est dans le rhino-pharynx. Les complications de la scarlatine peuvent frapper tous les appareils et constituent un gros chapitre de la pathologie médicale.

I. **Complications pharyngées.** — 1. ANGINE ÉRYTHÉMATO-PULTACÉE. — Pour certains auteurs, on note au début de la scarlatine un énanthème pharyngé et l'angine, qui peut survenir, n'est qu'une complication. Mais pour les autres, l'angine n'est qu'un symptôme de la maladie et non une complication. Le processus infectieux initial provoquerait l'angine ; et le processus toxique secondaire amènerait la production de l'énanthème.

Dans certains cas, l'angine érythémateuse peut être très intense ; la douleur à la déglutition provoque de la difficulté à avaler la salive, la voix est nasonnée ; le cou est gonflé ; des masses ganglionnaires sont perceptibles.

A l'examen local, on constate une tuméfaction de la muqueuse pharyngée, des amygdales et du voile du palais. L'exsudat pultacé apparaît du deuxième au troisième jour et débute par de petits points blancs opaques. Cet exsudat se détache facilement et se dissocie dans l'eau.

2. LES ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES. — On peut décrire deux groupes, suivant que les angines sont précoces ou tardives ;

a. *Les angines précoces.* — L'angine précoce apparaît du troisième au sixième jour environ ; elle peut revêtir plusieurs aspects cliniques :

Forme bénigne. — Au cours de cette angine bénigne, l'état général reste bon, les adénopathies cervicales et sous-maxillaires restent peu développées.

Dans la gorge, on constate la présence de fausses membranes blanches ou blanc jaunâtre, avec peu de tendance à l'extension où à la reproduction.

Forme grave. — Dans cette variété d'angine, la douleur locale, la dysphagie sont vives, la salivation est très abondante, l'haleine fétide ; à l'examen on trouve, dans la gorge, des fausses membranes étendues, grisâtres, envahissant les amygdales, les piliers et la luette Elles sont adhérentes à la muqueuse sous-jacente et l'on a beaucoup de peine pour les en détacher. L'engorgement ganglionnaire est très accentué. Mais, malgré cette allure grave, la guérison est encore fréquente.

Forme maligne. — Les signes généraux sont au maximum ; la fièvre est à 40 degrés ; le malade est dans un état d'abattement et de prostration accusée. Les fausses membranes sont envahissantes et s'étendent sur le pharynx, le voile, la base de la langue, les lèvres même.

La muqueuse apparaît au-dessous œdématiée et saignante.

On note un gonflement considérable du cou ; l'haleine est infecte. La mort survient par intoxication générale ou par complications locales (phlegmons du cou, ulcération des gros vaisseaux, etc

b. *Les angines tardives.* — L'angine tardive apparaît seulement au cinquième jour et fait suite à l'angine précoce. Il s'agit ici d'une angine extrêmement grave, due à l'association constante du streptocoque et du bacille de Lœffler.

L'engorgement ganglionnaire est considérable ; les fausses membranes envahissent le nez, le larynx, les bronches. Mais, ce qui prédomine, c'est la pâleur de la face, les signes d'intoxication générale, le pouls petit et misérable, le délire qui est fréquent.

c *Les angines gangréneuses.* — Il faut réserver une place spéciale aux angines gangréneuses, au cours desquelles on constate le développement de fausses membranes gris sale, noirâtres ; la muqueuse présente des escarres noires, dont la chute entraîne la formation d'ulcérations ; ces angines entraînent la mort par adynamie.

II. **Bubons et otites.** — Ces troubles surviennent comme conséquence de l'angine.

a. L'*adénite* est la règle. Elle reste, en général, modérée, constituant un gonflement symétrique du cou, donnant l'aspect proconsulaire.

La tuméfaction apparaît dure, tendue, rénitente au début. Plus tard, elle peut se ramollir par place et on peut trouver, par endroit, de la fluctuation. A ce niveau, la peau rougit, s'ulcère et laisse s'écouler du pus fétide. Dans certains cas, le pus, au lieu de gagner les plans cutanés, passe entre les différents plans musculaires du cou ; gagne le rétro-pharynx ou le médiastin, la plèvre, le péricarde. On peut voir survenir, dans ces conditions, des hémorragies foudroyantes par ulcération des vaisseaux du cou. Ces adéno-phlegmons du cou ont souvent une évolution d'une rapidité foudroyante. Ils ne sont pas proportionnés à la gravité de l'angine, et l'on peut voir évoluer des adénites énormes avec des angines de minime importance.

b. *Les otites.* — Elles sont d'une extrême fréquence au cours de la scarlatine Dans les *formes légères*, on note seulement un peu de douleur dans l'oreille, une diminution légère de l'audition. Dans les *formes graves*, la suppuration s'établit. Elle se constitue pendant l'éruption ou à la convalescence. La température s'élève très haut ; le malade se plaint d'une douleur très violente surtout en arrière de l'oreille, au niveau de l'apophyse mastoïde et de la paroi postéro-inférieure du conduit auditif.

Le tympan se perfore bientôt et il s'écoule du pus en plus ou moins grande quantité. On peut craindre, dans ces formes graves des complications redoutables : méningite, phlébite des sinus, lésions du rocher, abcès du cerveau ou du cervelet, etc.

(*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 1, p. 14, et n° 3, p. 46.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. E. SERGENT, L. BABONNEIX et L. RIBADEAU-DUMAS. Tome XIII : *Reins et organes génitaux urinaires,* par MM. BRAULT, COTTET, MICHON, H. LEMAIRE, LOUSTE et HAZARD. Un vol. in-8. — Prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les épilepsies, par le docteur CESTAN, médecin des hôpitaux, professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales à la Faculté de Toulouse. (Bibliothèque des connaissances médicales), dirigée par le docteur Apert. — Paris, Flammarion.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numero : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à cinq places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 26 février 1923, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 29 janvier au samedi 10 février inclusivement.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 26 mars 1923, à 9 h. du matin, dans la salle des concours de l'Administration rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale 3, avenue Victoria (bureau du service de santé), de 14 à 17 h., du lundi 26 février au samedi 10 mars inclusivement.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 15 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic des péricardites avec épanchements. — Cancer du corps de l'utérus. »

MM. Weill (Robert), 11; Denis, 12 1/2; Lévy (Maurice) et Bureau, 13; Merle d'Aubigné. 16 1/2; Lieutaud, 16; Panis, 13; Nativelle, 7; Bohn, 12; Kalt, 17.

Séance du 16 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic des hémoptysies tuberculeuses. — Anatomie pathologique, signes et diagnostic de la hernie crurale étranglée. »

MM. Fumery, 12; Bourdillon, 17; Iselin, 15 1/2; Bartet et Vialard, 16 1/2; Wallich, 15 1/2; Lecœur, 16; Auger, 15; Imbert, 12; Burgeat, 15.

Séance du 17 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic de la paralysie faciale. — Signes et diagnostic de l'obstruction calculeuse du cholédoque. »

MM. Dumas, 19; Lechaux, 13; Blum (Jean), 19 1/2; Madelaine, 14; Delage, 13; Ferey et Ferru, 17; Diamantberger, 12 1/2; Grandeperin, 12; Derieux et Béclère, 16.

— RÉPARTITION DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1923-1924. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1923-1924, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 février 1923) : internes et internes provisoires, le samedi 10 février, à 14 h.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1923) : ceux de 8e et 7e années (militaires), de 6e, de 5e et de 4e années (externes ayant concouru en 1910, 1911, 1912, 1913, 1920 (concours militaire), le vendredi 16 février, à 14 h.; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1920) [2e concours], le lundi 19 février, à 14 h.; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1921), le mercredi 21 février, à 14 h.; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1922), le vendredi 23 février, à 14 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Un arrêté en date du 15 janvier 1923 porte que l'article 6 de l'arrêté du 19 décembre 1922 susvisé est complété ainsi qu'il suit :

« Lorsqu'il y aura lieu à tirage au sort pour la désignation des juges, les professeurs ayant fait partie du jury de l'un quelconque des concours de 1920, seront classés après ceux de leurs collègues qui n'ont pas siégé dans ces concours et ils ne seront désignés comme juges qu'à défaut d'acceptation de leurs collègues. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Est approuvé le projet de convention intervenu entre l'Université d'Aix-Marseille et le département des Bouches-du-Rhône, en vue de rattacher à cette Université l'Institut de recherches sur le cancer, cet Institut relevant, au point de vue scientifique, de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

MARINE. — Les récompenses suivantes ont été décernées au personnel médical ci-après désigné qui s'est signalé par son dévouement aux malades à bord des bâtiments et dans les services hospitaliers :

Médailles d'honneur des épidémies en argent. — M. le médecin en chef de 2e classe Meslet.

MM. les médecins de 1re classe Feret et Breuil.

MM. les médecins de 2e classe Savès et Maurandy.

M. le médecin de 2e classe auxiliaire Cluzel.

M. le médecin auxiliaire Filliol.

HOPITAL LAENNEC. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois, chef de service commencera le vendredi 16 février, à 10 h., une série de dix-sept leçons sur les maladies du pharynx, du larynx, de la trachée et de l'œsophage, avec la collaboration de MM. Rist, médecin de l'hôpital Laënnec, Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, Rolland, chef de laboratoire à l'hôpital Laënnec, André Bloch, Bouchet, Tarneaud, Poyet, assistants du service.

Le cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 10 h. et comprendra :

1° Une consultation expliquée, d'une heure, pendant laquelle les élèves assisteront à l'examen des malades nouveaux et seront exercés individuellement aux techniques cliniques spéciales;

2° Une leçon théorique, les mêmes jours, à 11 h.

Le cours sera complété par des démonstrations de laryngoscopie directe, trachéo-bronchoscopie, œsophagoscopie et par des examens radiologiques.

Les mardis, jeudis, samedis, les élèves pourront assister aux interventions pratiquées dans le service. Ils seront admis, sur leur demande à continuer à y travailler ultérieurement. Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de M. André Bloch, assistant du service O. R. L. — Droit d'inscription : 150 fr. (75 fr. pour les auditeurs des cours précédents).

COLLÈGE DE FRANCE. — PROTHISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. Nattan-Larrier commencera son cours le samedi 20 janvier à 4 h. moins un quart, salle 5 et le continuera les jeudis et samedis à la même heure. Sujet du cours : « Les porteurs de germes. »

ERRATUM. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 2, p. 28.) — C'est par suite d'une erreur matérielle que le nom de M. Guy Laroche a été donné comme ayant expérimenté la Phagolysine à l'hôpital de la Charité. M. Guy Laroche n'a jamais expérimenté ce produit dans les services hospitaliers dont il a assumé le fonctionnement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 22 AU 27 JANVIER 1923)

THÈSES

Mardi 23 janvier. — Jury : MM de Lapersonne, président; J.-L. Faure, Carnot et Claude. — M. ARNAUD (F.). Contribution à l'étude de l'anaphylaxie oculaire. — M. LANDAIS (Paul). Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. — Mme ERNST. Les métrorragies de l'adolescence, de cause utérine. — M. HOUIS (Georges). Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et des maladies mentales.

Mercredi 24 janvier. — Jury : MM. Delbet, président ; Hartmann, Balthazard et Couvelaire. — M. GUILLON (Valentin). Contribution à l'étude pathogénique de la pancréatite aiguë. — M. DECHAMBRE (Sylvain). Technique de la curiethérapie par voies naturelles dans le cancer utérin. — M. GUILLOUX (Louis). L'infection ourlienne dans ses rapports avec la menstruation. — M. ROUYER (René). Avortement (applications jurisprudentielles de la loi du 31 juillet 1920).

Jeudi 25 janvier. — Jury : MM. Chauffard, président; Vaquez, Nobécourt et Villaret. — M. AUBERT (Arsène). L'entéro-colite chronique de l'adulte. — M. GIROUX (René). Le bruit de galop. — Mme MARKOVITCH. Les symptômes pulmonaires dans la pleuro-tuberculose.

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE MONTPELLIER (1922-1923)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

M. Fernand CONIL. **Comment favoriser la natalité** (21 novembre 1922, n° 2). — De son exposé, l'auteur conclut à l'adoption des mesures suivantes : I. Création d'un impôt sur les contribuables sans enfant vivant, destiné à alimenter le budget d'assistance à la famille. — II. Attribution d'une aide pécuniaire efficace aux familles par les moyens suivants: 1° Allocation aux femmes enceintes et accouchées (deux mois avant le terme et un mois après) ; 2° secours général et uniforme pour chaque enfant vivant, à partir du second ou du troisième au moins ; 3° allocation supplémentaire pendant les six premiers mois aux salariées suspendant leur travail en faveur du nouveau-né; 4° secours supplémentaire aux familles très nombreuses (huit enfants vivants). — III. Construction d'habitations à bon marché. — IV. Agrandissement des dortoirs pour expectantes dans les maternités. — V. Création d'abris maternels départementaux pour accouchées avec possibilité d'un séjour de six mois pour celles qui allaitent. — VI. Organisation de crèches pour enfants de moins de trois ans, non entièrement abandonnés (veuves, filles-mères, malades). — VII. Institution de pouponnières, garderies pour nourrissons et jeunes enfants de salariées. — VIII. Amélioration de l'assistance publique. — IX. Répression sévère des avortements. — X. Attribution du vote plural aux chefs de famille.

Sans doute, aucun moyen n'est à dédaigner en présence du péril redoutable que fait courir au pays la dépopulation. Mais la restriction volontaire des naissances ne s'observe pas que dans les couches nécessiteuses de la population, et l'auteur eût pu, fort utilement, envisager le côté normal du problème, dont tous les autres, pour importants qu'ils soient, ne sont que des conséquences de second plan.

M. Jean LESAFRE. **Contribution à l'étude du traitement des fibromyomes utérins par la radiothérapie** (19 décembre 1922, n° 7). — Après un rapide exposé de la question, l'auteur rapporte sept observations de malades traitées suivant la technique de Biclère avec l'appareillage coolidge. Il en conclut que si la guérison complète n'a pas été obtenue, cependant une amélioration considérable a été réalisée, permettant la reprise des occupations habituelles. L'étude des indications et des contre-indications n'est même pas ébauchée dans ce mémoire, ce qui en diminue singulièrement la valeur.

M. Jean PAULET. **Du cancer secondaire de l'ombilic dans l'épithélioma de l'utérus** (21 décembre 1922, n° 12). — Signe révélateur d'un cancer profond, la tumeur secondaire de l'ombilic a une valeur égale à celle des localisations à distance, telle l'existence du ganglion sus-claviculaire de Troisier. En général, la tumeur d'origine vient de l'estomac ou de l'intestin, mais dans le tiers des cas, l'utérus ou les ovaires sont à incriminer. Elle peut servir à déceler, soit une tumeur bénigne devenue maligne. L'auteur en rapporte quelques observations, dont une, inédite, prise dans le service du professeur Estor.

PAUL DELMAS.

RENSEIGNEMENTS

593. — J. F. dem. tr. cop. dev. rapp. thèses. plaid. prise courr. domic. — HERBERT, 7, r. Jules-Vallès, Paris (XIe).

REVUE GÉNÉRALE

LES TROUBLES RESPIRATOIRES DANS L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

Par Etienne BERNARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les troubles respiratoires dans l'encéphalite léthargique ne semblent pas avoir retenu l'attention des premiers observateurs. Au moment de la poussée épidémique de 1919, alors qu'on n'était pas très fixé sur la situation nosographique de cette « dernière venue », on écrivait que les symptômes pulmonaires y étaient peu fréquents, ce qui constituait une « différence importante avec les manifestations de la grippe » [E. May (16)]. Les auteurs avaient raison en tant qu'ils voulaient parler des complications infectieuses. Mais ils laissaient de côté les troubles portant sur la *mécanique respiratoire*. Ce sont ces troubles que nous voulons passer en revue.

Sans doute, on a rapporté des congestions pulmonaires fébriles, des foyers d'hépatisation, et aussi des broncho-pneumonies qui constituent parfois, pour l'encéphalite, un mode de début, fréquemment aussi un mode de rechute.

Mais ce sont là troubles infectieux que l'encéphalite ne marque pas d'un cachet spécial. Aussi n'en parlerons-nous pas. Nous laisserons également de côté les secousses diaphragmatiques ou les crises de hoquets qui font partie du syndrome myoclonique de l'affection.

Nous analyserons l'une après l'autre, les perturbations de la mécanique respiratoire rapportées depuis quelques mois par différents auteurs; nous montrerons comment elles se groupent le plus souvent et nous verrons quelles conclusions peuvent se dégager des différentes hypothèses pathogéniques qui furent émises.

I. Troubles de l'ampliation thoracique. — Chez un sujet normal l'ampliation thoracique maxima est de 6 centimètres environ. Certes, ce chiffre varie suivant les individus : certains ne savent pas respirer. Mais en prenant une moyenne chez des adultes sains, on peut obtenir le chiffre que nous donnons.

Or, chez beaucoup d'encéphalitiques, notamment chez les parkinsoniens postencéphalitiques, on note les modifications suivantes :

L'ampliation thoracique est souvent réduite à 1 centimètre et demi, 1 centimètre, voire un demi-centimètre [Cl. Vincent et Bernard (21)].

Il existe de plus *une déformation et une immobilisation de la base du thorax*. Les espaces intercostaux sont dilatés, le thorax est globuleux comme chez les emphysémateux. L'expansion au moment de l'inspiration est très réduite; la respiration est souvent du *type abdominal* pur et cela est surtout frappant chez la femme, puisqu'à l'ordinaire, dans ses mouvements respiratoires, le thorax prend une part bien plus grande que la région épigastrique. Parfois, au contraire, les mouvements ne sont apparents qu'à la partie antérosupérieure du thorax, mais si menus qu'ils demandent par moment à être observés de près.

Cette diminution de l'ampliation thoracique est, suivant l'expression de Bériel (5), une véritable *micropnée*. « On pourrait croire, écrit Hardoin, dans une thèse inspirée par Bériel, que cette respiration superficielle dénote la fin prochaine et qu'insensiblement elle va s'arrêter. Il n'en est rien; elle garde continuellement les mêmes caractères et, fait important, elle paraît régulière. »

A cette micropnée s'associe, en général, la tachypnée. Ce serait, pour Hardoin, un phénomène de compensation : la cage thoracique présente une immobilité presque complète due à la rigidité qui ne lui permet de faire que des mouvements respiratoires d'une amplitude minuscule. L'acte respiratoire étant une fonction vitale, il faut une modification quelconque pour que le malade puisse absorber une quantité d'oxygène nécessaire à la vie de ses tissus : le rythme de ce fait a été accéléré.

L'hypothese de Bériel est séduisante; on peut lui faire deux objections : la micropnée, d'une part, peut se rencontrer dans des encéphalites non parkinsonniennes; d'autre part, il y a des micropnées sans tachypnée, des micropnées simples ou des micropnées avec soupirs. Pour ce qui est de ce dernier cas, on peut d'ailleurs admettre que le soupir peut être, au point de vue de l'absorption indispensable d'oxygène, considéré comme un équivalent de la tachypnée.

Quoi qu'il en soit et pour rester sur le terrain clinique, nous voyons que la micropnée est fréquente, qu'elle s'observe principalement chez des malades ayant de l'hypertonie musculaire et que cette micropnée est accompagnée souvent, soit de tachypnée, soit de soupir.

Cette micropnée est appréciable par le ruban métrique et aussi par l'examen radioscopique. On constate sous l'écran que le thorax est absolument rigide. La base du thorax qui, normalement, fait des mouvements d'assez grande amplitude est ici rectiligne et immobile. Les sinus costo-diaphragmatiques ont une lumière qui, presque tout le temps, reste la même. Le diaphragme a une amplitude conservée, dans sa partie médiane tout au moins. L'expiration s'accompagne souvent de saccades et au moment où elle semble se terminer, il y a parfois une pause; nous y reviendrons plus loin. Parfois aussi, il existe un dédoublement à la fin du mouvement ce qui produit comme une sorte de dicrotisme [Hardouin (10)].

Cette micropnée est-elle constante, peut-elle être influencée?

Chez quelques sujets [Cl. Vincent et Bernard (10)] la limitation de l'expansion thoracique n'apparaît pas d'une façon immédiate; si on leur demande de faire six ou dix inspirations profondes et rapides, on voit qu'avec chaque inspiration, le jeu du thorax diminue et bientôt celui-ci se trouve fixé en dilatation maxima; c'est la micropnée progressive et c'est en fin de compte l'*apnée provoquée*, véritable état de tétanisation inspiratoire comparable à ce que l'on observe au cours de la crise d'asthme.

Pendant le sommeil, la micropnée persiste, alors que souvent tachypnée ou tics respiratoires s'atténuent ou disparaissent.

La volonté peut modifier cette micropnée, faire les respirations plus profondes, mais seulement pendant un court instant. Le malade doit faire un effort qui le fatigue vite. Rapidement la micropnée se réinstalle.

Le *blocage thoracique* explique, à notre sens [Cl. Vincent et Bernard (21)] l'arrêt de la parole.

l'arrêt brusque de l'activité de certains malades, alors que le sujet est en pleine action; qu'on y réfléchisse : pas de parole, pas d'action sans fixité thoracique, mais aussi sans usure d'oxygène; à un certain moment, le sujet doit respirer et comme il ne peut donner un point d'appui thoracique aux muscles en même temps que la respiration se fait, il arrête le mouvement.

Il est possible que la faible capacité thoracique conditionne, en grande partie, la voix basse de certains malades, le mutisme de certains autres.

II. Tachypnée Bradypnée. — *A.* TACHYPNÉE. — Nous n'entendons pas parler de cette tachypnée en rapport avec une fievre élevée au cours des périodes aiguës de l'affection, mais de la tachypnée qui survient sans fièvre et souvent aussi sans aucun trouble, voire sans tachycardie.

Cette tachypnée a été rapportée par plusieurs auteurs. Nous avons vu que M. Bériel la considère chez les parkinsonniens comme un phénomène de compensation secondaire à la micropnée et l'accompagnant toujours.

MM. Roubier et Richard (18) signalent, au cours d'une encéphalite, une respiration bruyante et constamment accélérée jusqu'à la mort.

M. Bouquier de Claret (6) rapporte de nombreux cas de tachypnée pure ou associée à d'autres troubles respiratoires. De même, Marinesco (15), Goldflam.

Mais ce sont surtout MM. Pierre Marie, Léon Binet et Mlle Lévy qui, dans une étude détaillée (13), rapportent les différentes modalités de la tachypnée. Ils la décrivent surtout chez les jeunes sujets et chez l'enfant, mais c'est la un trouble fréquent qui atteint aussi bien l'adulte.

Cette accélération des respirations peut être considérable, allant jusqu'à 40, parfois 60 [Babinski et Charpentier (4)], parfois 80 [Bériel (5)] respirations par minute.

Cette tachypnée peut être paroxystique ou permanente.

Tachypnée paroxystique. — Elle survient fréquemment le soir (Marie, Bériel). La crise peut durer quelques minutes, une demi-heure, plusieurs heures, toute une nuit.

Elle peut se répéter à de brefs intervalles et provoquer des crises subintrantes que la moindre fatigue ou la moindre émotion peut déclancher. L'ampliation thoracique est très réduite, l'expiration bruyante, irrégulière, saccadée. Le malade est très gêné. Et l'intensité de ce trouble fonctionnel est chose frappante, quand on a constaté qu'il n'y a ni œdème pulmonaire, ni phénomène asystolique et que l'examen radioscopique révèle les champs pulmonaires normaux [P. Marie, Mlle Lévy (14)].

Tachypnée permanente. — Elle s'installe d'emblée ou bien à la suite de quelques crises paroxystiques [P. Marie, Mlle Lévy (14)]. Le nombre des respirations est de 20 à 30 par minute. Quelquefois, la tachypnée persiste pendant des mois; pareille le jour et la nuit. D'autres fois (Hardoin), pendant le sommeil, cette tachypnée s'atténue à mesure que le sommeil s'accuse, le rythme respiratoire va décroissant, la fréquence diminue et se rapproche de la normale; au moment du réveil, le phénomène inverse se produit : le rythme augmente progessivement de fréquence.

La tachypnée peut être modifiée par la volonté, par la suggestion, par le fait que le malade est distrait. Mais là encore, le résultat obtenu n'est souvent que de courte durée. Babinski et Charpentier (4) sont parvenus à atténuer la tachypnée en faradisant la région cervicale et en affirmant à la malade que ce moyen thérapeutique était efficace. Mais, selon ces auteurs, il ne s'ensuit pas qu'on se trouve là en présence d'un phénomène hystérique, le trouble après une courte régression se reproduit et subsiste.

B. BRADYPNÉE. — Elle est plus rare. Elle a cependant été rapportée par P. Marie et Mlle Lévy (14), par Babinski et Charpentier (six respirations par minute chez un homme). Dans ces cas, en général, la respiration est irrégulière et il y a parfois des phases d'apnée et des soupirs avec cornage.

III. Pause respiratoire. — C'est là, un trouble particulier, souvent rencontré, différent de l'apnée du Cheyne-Stockes; au reste, le rythme périodique n'est pas très fréquent dans l'encéphalite.

Nous avons rapporté comment l'on pouvait déclencher artificiellement cette pause respiratoire, chez chertains malades, en leur demandant de faire plusieurs fois de suite quelques grandes respirations.

Mais, spontanément, cette pause respiratoire existe. Le malade donne l'impression que, par instant, *il oublie de respirer* (Hardoin); la reprise de la respiration ne se fait pas avec un accroissement progressif comme dans le Cheyne-Stockes.

Les mouvements saccadés que nous avons signalés dans l'examen devant l'écran peuvent, en s'intensifiant, donner lieu à de véritables pauses. Mendicini (17) l'a noté dans des recherches de pneumographie. Il a noté fréquemment « des arrêts et des reprises », pendant les différentes périodes de la respiration.

Léon Binet, dans ses tracés, signale cette tendance à la pause respiratoire et même à l'apnée survenant particulièrement après un soupir.

Pierre Marie et Mlle Lévy (14) rapportent le cas de Lu ienne Ud..., âgée de treize ans qui présentait des crises de polypnée (trente-cinq respirations par minute) et par moments une apnée de quelques secondes.

Laignel-Lavastine et Maingot (11), chez un parkinsonnien postencéphalitique, notent sur l'écran : « Au repos, respirations relativement profondes et régulières, avec de temps en temps des pauses respiratoires. »

IV. Dyspnée douloureuse avec troubles vaso-moteurs. — Certains malades ont une vive accélération des mouvements respiratoires sans manifester de gêne, sans avoir de cyanose. Dans d'autres cas, au contraire, ces troubles sont très apparents.

Il y a souvent des crises de dyspnée qui apparaissent la nuit, se traduisent par des palpitations avec angoisse précordiale (Hardoin), cyanose et refroidissement des extrémités (P. Marie). Au cours d'une encéphalite ayant évolué vers la mort, M. Bouquier de Claret (6) note des crises d'étouffement, ainsi caractérisées : « Difficulté très grande d'inspiration, état cyanotique de la face, immobilisation prolongée du thorax, pouls filiforme, angoisse..., à demi-assise sur son lit, la malade porte les mains à son cou, comme pour se débarrasser d'un lien qui l'étranglerait. L'air expiré sort de façon continue, mais filé. La percussion thoracique montre de

l'hypersonorité, les poumons étant remplis d'air sous-tension. »

Ce dernier signe traduit un véritable syndrome d'*emphysème aigu*.

Ce syndrome d'emphysème aigu peut s'accompagner parfois d'un *œdème pulmonaire actif* [Cl. Vincent et Bernard (22)] comparable en quelque sorte à ces œdèmes pulmonaires d'ordre traumatique (moelle) qui ont comme mécanisme la vaso-dilatation suraiguë des vaisseaux pulmonaires.

Ce syndrome se constitue en vingt-quatre heures, parfois douze heures, parfois en quelques instants au cours d'une crise polypnéique. A la polypnée succède la dilatation thoracique, véritable syndrome d'emphysème aigu : élargissement des espaces intercostaux, exagération de la sonorité pulmonaire et de la respiration. Ces signes se transforment : de la matité apparaît à une base, puis à une autre, la respiration est diminuée, sans râles, avec parfois de l'égophonie; on penserait à une pleurésie, mais l'aiguille ne ramène pas de liquide. Enfin, une toux quinteuse s'installe qui donne quelques crachats rosés. Il n'y a pas de dilatation cardiaque, pas de bruit de galop, la pression artérielle est légèrement abaissée. C'est en somme un œdème aigu qui survient brutalement dans une cage thoracique dilatée au maximum; le point particulier et qui signe en quelque sorte la nature vaso-motrice d'un tel syndrome, c'est que ces troubles cèdent en général rapidement aux injections d'adrénaline.

V. Inversions de la formule et du rythme respiratoires. — Nous signalerons ici pour mémoire le rythme de *Cheyne-Stokes* qui a été rencontré mais qui est rare; plus souvent nous trouvons :

A. Inversion de la formule respiratoire. — Chez un sujet normal, à l'état de veille, l'inspiration est plus courte que l'expiration comme dix est plus petit que seize ; pendant le sommeil c'est l'inverse qui se passe.

Or, fréquemment chez les encéphalitiques, le rythme respiratoire pendant la veille est inverti; l'inspiration est plus longue que l'expiration (tracés de Mendicini, de Binet). En somme, on a chez ces malades pendant la veille le même rythme respiratoire qu'on retrouve chez les sujets normaux pendant le sommeil.

B. Inertie des intercostaux. — Elle peut relever :

Soit de leur contracture : c'est ce qui se passe chez les parkinsonniens, le thorax est immobilisé, les espaces intercostaux sont dilatés.

Soit de leur paralysie : même dans les efforts d'inspiration la partie supérieure du thorax ne s'agrandit pas, tandis que la région épigastrique et la base du thorax se soulèvent sous l'action du diaphragme (Hardoin).

Comme nous l'avons dit, cela est surtout frappant chez la femme où le type abdominal remplace le type costal supérieur.

Chez la femme enceinte, comme le jeu du diaphragme est diminué, il n'est pas étonnant que nous assistions à des crises de tachypnée paroxystique ou de dyspnée.

C. Inertie du diaphragme [Cl. Vincent et Bernard (21)]. — A l'état normal quand un sujet est dans le décubitus on voit nettement qu'au cours de l'inspiration sans effort la base du thorax se dilate en même temps que la paroi abdominale antérieure se porte en avant, fait saillie.

Mais quand le diaphragme a perdu ses fonctions il n'en est plus de même. Duchenne de Boulogne (7) s'exprime ainsi : « Au moment de l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres se dépriment tandis qu'au contraire la poitrine se dilate; les mouvements de ces mêmes parties se font dans un sens opposé pendant l'expiration. »

On a pu dire avec raison qu'au moment de l'inspiration le malade développe son thorax et en même temps « avale son ventre ».

Pour produire cette inversion thoraco-abdominale, il faut supposer l'inertie du diaphragme. Cette inertie, qui le plus souvent est incomplète, peut être due, soit à la paralysie, soit à la contracture.

La paralysie peut être incriminée dans quelques cas. Mais nous savons que dans l'encéphalite le spasme, c'est-à-dire un état d'hypertonie, est plus fréquent que la paralysie.

Cette contracture du diaphragme rend compte de ces saccades, de ces expirations décomposées que nous avons signalées plus haut.

Par ailleurs, il arrive qu'à cette phase d'inertie succède souvent une courte crise de hoquets, avant que le rythme redevienne normal; or, hypertonie et hyperclonie ne sont souvent que deux stades successifs.

Parlant de la lésion du centre modérateur du tonus musculaire, le corps strié, M. Souques (19) s'exprime ainsi : « Quand il est détruit, il y a hypertonie, d'où rigidité musculaire et mouvements involontaires rythmiques ou arythmiques, les mouvements involontaires rythmiques ou non pouvant en dernière analyse être considérés comme une espèce de rigidité clonique et la rigidité musculaire comme un mouvement tétanisé. »

Cette conception appuie l'hypothèse d'une inertie diaphragmatique due à un état de contracture.

Mais restons dans le domaine de la clinique.

Laignel-Lavastine et Maingot (11) constatent à l'écran chez un parkinsonnien postencéphalitique :

« Au repos, respirations accélérées se produisant surtout aux dépens de la partie interne du diaphragme. A l'ordre de respirer fort l'amplitude du mouvement phrénique augmente, mais seule la partie interne du diaphragme se déplace. Il y a eu à un certain moment une asynergie entre le mouvement phrénique gauche et droit. Le départ musculaire est brusque. »

Et pour un autre malade du même type :

« Les déformations du diaphragme sont différentes presque à chaque inspiration, ce qui indique que le sujet ne répartit pas de la même façon l'innervation sur les différents faisceaux du diaphragme... »

De pareilles observations sont très remarquables pour mettre en évidence les troubles des synergies musculaires si particuliers à l'encéphalite, et ceci nous amène tout naturellement aux troubles respiratoires associés aux myoclonies.

VI. Troubles respiratoires et myoclonies. — Marinesco (15) rapporte une observation de tachypnée avec contractions synergiques de certains muscles.

Le malade a de la tachypnée et les mouvements respiratoires sont synergiques avec la contraction du biceps gauche ; le nombre des mouvements respiratoires et des contractions du biceps est de 40 par minute.

La méthode graphique a même montré un « état bigéminé » des mouvements respiratoires après une, deux ou trois respirations complètes et coïncidant avec le même état bigéminé dans les contractions du biceps.

Bériel (5) rapporte le cas d'une malade qui a des troubles respiratoires : tachypnée à 60, avec grandes inspirations brusques qui se déclanchent en même temps qu'une clonie cervico-faciale.

VII. **Soupirs.** — C'est là un trouble assez fréquent. Le malade par moment fait une grande, très grande inspiration suivie d'une expiration suspirieuse parfois bruyante. C'est souvent très net : le malade a une inspiration lente, profonde, complète, il ouvre la bouche, ses yeux sont fixes, la cage thoracique s'épanouit au maximum, les scalènes, les sternos entrent en jeu, l'expiration est longue également, moins longue toutefois que l'inspiration et souvent elle est saccadée. Après cette grande respiration qui libère le malade d'une sorte d'etreinte le rythme reprend son allure normale ; quelque temps plus tard, sans périodicité régulière, cette même respiration suspirieuse réapparaît, parfois suivie pendant un court instant d'un repos compensateur qui va rarement jusqu'à la phase d'apnée.

M. Achard (1), dans son livre consacré à l'encéphalite, rapporte le cas d'une jeune fille qui présentait les troubles suivants : outre que sa respiration était accélérée (trente par minute) elle faisait de temps en temps une grande inspiration en ouvrant largement la bouche, soulevant les épaules et le bassin, puis la respiration devenait normale.

La répétition du soupir est plus fréquente après un effort, effort de marche, simple effort de parole.

« La dilatation du thorax avec immobilisation s'accompagne d'un très faible renouvellement de l'air pulmonaire. Ce renouvellement suffit d'ordinaire si le sujet est complètement au repos. Toutefois, même en pareil etat de repos, soudain un bâillement, un profond soupir vient rompre la monotonie de cette respiration médiocre. Or, toute activité qui augmente la consommation d'oxygène tend à précipiter ces mouvements respiratoires ou, si cela est impossible, à déterminer un violent appel d'air : et c'est encore le soupir. » [Cl. Vincent et Bernard (21)].

L'inscription transforme en graphique, l'examen radioscopique transforme en image ce soupir.

Sur les tracés on note une profonde encoche suivie parfois d'un court plateau traduisant la pause.

Sur l'écran (Pestel) on note que l'immobilité du squelette osseux est brusquement interrompue par un grand mouvement qui élève puis abaisse en masse la cage thoracique.

L'inspiration quoique forcée ne produit en général qu'un faible redressement des côtes; il y a par contre un abaissement considérable du diaphragme; le thorax de la sorte s'agrandit surtout aux dépens de son diamètre vertical.

Après le grand mouvement on voit souvent un arrêt qui peut durer quelques secondes.

Il s'agirait selon Bériel (5) d'une perturbation neuro-musculaire portant surtout sur le diaphragme, une gêne s'ensuivrait dans la dynamique respiratoire qui nécessiterait de temps à autre et d'une manière paroxystique la suppléance des muscles respiratoires auxiliaires.

Associé souvent à la micropnée, le soupir, au même titre que la tachypnée, peut être envisagé comme un phénomène de compensation conditionné par une fonction vitale.

VIII. **Tics respiratoires et toux spasmodiques.** — Ils sont fréquents surtout chez l'enfant [P. Marie, Mlle Lévy] (14). Le *tic de soufflement* par la bouche ou par le nez est le plus souvent observé. Quand l'expiration se produit l'air est chassé par le nez avec un bruit de soufflet. Parfois elle est bruyante, soufflante, comme si le sujet voulait éteindre une bougie par le nez [Babinski, Charpentier] (4).

Ces expirations bruyantes buccales ou nasales surviennent souvent le soir avec les autres symptômes d'excitation et peuvent durer une partie de la nuit. Il y a parfois de véritables crises [P. Marie, Mlle Lévy] (14). Dans ce cas « l'enfant souffle dans le vide, sur les objets qu'il rencontre, sur les personnes qui l'entourent ou bien l'enfant souffle violemment par le nez en saccades répétées... parfois une crise de dyspnée interrompt le soufflement... les tics peuvent coïncider avec de la torpeur parkinsonienne et un état psychique ralenti, ou au contraire un syndrome d'excitation psycho-motrice. » Avec ces auteurs il y a lieu de faire quelques réserves sur la nature purement organique de ces tics qui surviennent souvent comme ils l'ont montré chez des hypomaniaques et chez des agités.

La volonté, les mouvements de déglutition, le fait que le malade est distrait (Bériel) atténuent souvent ces tics respiratoires.

Ce qu'il en faut retenir avec les réserves que nous avons signalées c'est qu'ils ne surviennent pas isolément. Ils éclatent au cours d'une crise de polypnée, se surajoutent à des troubles psychiques, évoluent en même temps qu'un tic cervico-facial.

Signalons enfin l'existence de *toux spasmodique* [P. Marie, Mlle Lévy] (14). Il s'agit d'une toux sèche, quinteuse, coqueluchoïde, sans expectoration. Survenant parfois sous forme de petites quintes isolées, ces saccades de toux peuvent devenir fréquentes et rebelles; cependant l'examen radioscopique révèle une intégrité complète des champs pulmonaires.

Associations cliniques. — Tels sont les principaux troubles respiratoires que l'on peut rencontrer dans l'encéphalite.

Parmi ces troubles il en est qui sont particuliers à cette affection. Ce sont les dyspnées avec myoclonies, les tachypnées avec contractions synergiques, les hémicontractures; d'autres comme la micropnée, la tachypnée paroxystique, l'inversion de la formule respiratoire, les crises d'emphysème aigu ont également une allure bien spéciale; les pauses respiratoires, les soupirs, la bradypnée se retrouvent dans d'autres affections, en particulier dans la méningite tuberculeuse.

Tous ces troubles ne se rencontrent pas avec une égale fréquence à la période aiguë et au stade des séquelles.

Au moment des poussées on note surtout la tachypnée, la dyspnée douloureuse avec troubles vasomoteurs, l'inertie diaphragmatique, les irrégularités du rythme : pause, soupir, inversion.

Dans le parkinsonisme postencéphalitique c'est surtout la diminution de l'ampliation thoracique associée souvent à la tachypnée et aux soupirs.

La forme myoclonique voit éclore parfois des crises de tachypnée où les mouvements respiratoires sont synergiques avec des contractions musculaires rythmiques au niveau des membres ou de la face.

Enfin dans certains cas les troubles respiratoires peuvent être le seul reliquat d'une encéphalite. L'apparition chez un sujet en apparence bien portant d'une tachypnée paroxystique à prédilection vespérale, de tics respiratoires avec toux coqueluchoïde, l'irrégularité du rythme respiratoire que ne justifie point une lésion pulmonaire doivent nous faire rechercher dans le passé du malade les signes classiques de l'affection.

Ces troubles respiratoires ayant frappé certains auteurs on a été jusqu'à dire qu'il n'existait point de cas où ces troubles ne puissent être décelés. C'est aller trop loin. Le propre de l'encéphalite est de donner lieu à des lésions parcellaires que ce soit au niveau de la voie pyramidale, du centre du tonus ou du centre respiratoire. Comme les autres syndromes, le syndrome respiratoire est souvent dissocié, discret, fugace. D'autres fois au contraire les troubles respiratoires sont si marqués, qu'ils dominent le tableau clinique et permettent de dire qu'il existe une véritable *forme respiratoire* de l'encéphalite [P. Marie et Mlle Lévy] (14).

Pathogénie. — Le premier point qui se pose est de savoir si l'on est toujours en présence de phénomènes organiques.

Certaines influences psychiques, le fait de travailler, de parler, les mouvements de déglutition [Bériel] (5), l'influence enfin de la volonté peuvent souvent modifier le rythme respiratoire, atténuer la tachypnée, augmenter l'ampliation.

D'autre part Babinski et Charpentier (4) ont attiré récemment l'attention sur l'évolution que semble exercer pafois sur ces phénomènes l'influence de la suggestion. « Ils sont parvenus à atténuer très notablement les troubles en faradisant la région cervicale et en affirmant au malade que ce moyen thérapeutique était efficace. La sédation obtenue par un procédé qui paraît avoir surtout pour effet de modifier l'état psychique du sujet pourrait donner, disent ces auteurs, l'idée que l'on a affaire à un phénomène hystérique. Mais en réalité il n'en est pas ainsi. Le trouble après une régression parfois assez longue réapparaît et persiste après plusieurs séances de traitement. »

Souques (20) rapporte un cas de tachypnée d'apparence hystérique cédant à l'injonction de la volonté et où le sujet mourut cinq jours après d'encéphalite léthargique.

Dans les états parkinsoniens (Bériel-Vincent) comme dans les états choréiques (A. Thomas) l'influence de la volonté est manifeste. Mais tous ces auteurs affirment que ce n'est point là une raison pour soupçonner le pithiatisme.

Au reste de ce que des mouvements respiratoires puissent momentanément redevenir ce qu'ils doivent être, il ne s'en suit pas que ces mouvements soient normaux s'ils ne sont pas normaux dans leur continuité. Or les modifications apportées par la distraction, la volonté du sujet ou la suggestion ne sont jamais que de courte durée. Ces modifications sont bien compréhensibles : il faut se rappeler combien est grande la susceptibilité du centre respiratoire. « A n'envisager que les réactions respiratoires à l'émotion, écrivent Achard et Binet (2), on est frappé par le degré de leur fréquence : l'émotion a sa répercussion sur le rythme respiratoire plus souvent qu'elle ne modifie le rythme cardiaque. Devant les états émotionnels le centre respiratoire est le plus touché... »

En résumé les auteurs sont d'accord pour reconnaître la nature organique de ces troubles respiratoires.

Il y a lieu, comme nous l'avons dit, de faire seulement des réserves pour certains tics, lesquels s'associent souvent à des troubles mentaux; il est possible qu'on soit parfois en présence d'une association hystéro-organique.

La lésion organique étant admise nous sommes devant deux théories : *a*. Théorie nerveuse par atteinte du centre respiratoire; *b*. Théorie musculaire par trouble du tonus.

A. *Lésions du centre respiratoire.* — Des altérations histologiques de la région bulbaire ont été rapportées par divers auteurs, notamment au niveau de la région postérieure du bulbe [Achard] (1). [Foix] (8) a constaté des lésions de la région dorsale du vague.

On a décrit une véritable forme bulbaire [Azoulay] (3) avec paralysie faciale, troubles de la déglutition, tachycardie, dyspnée sine materia et mort par asphyxie progressive ou par syncope.

L'encéphalite épidémique qui cause fréquemment des perturbations de grandes fonctions organiques, en particulier de la nutrition, du sommeil et de la régulation thermique à tous les droits de provoquer des troubles respiratoires [P. Marie, Mlle Lévy] (14).

C'est par l'atteinte bulbaire [Bouquier de Claret] (6) que doivent s'expliquer les crises de dyspnée avec ébauche de Cheyne-Stockes.

C'est à des troubles d'origine bulbaire, directement ou par l'intermédiaire du système vago-sympathique que l'on doit rattacher les troubles vasomoteurs qui aboutissent à l'emphysème, voire à l'œdème aigu [C. Vincent, E. Bernard] (22) à la congestion pulmonaire (B. de Claret).

L'inversion de la formule respiratoire ne pourrait relever que d'une lésion bulbaire [Mendiémi] (17).

Enfin les pauses respiratoires, les respirations suspirieuses sont aussi fréquemment rencontrées dans la méningite tuberculeuse s'associant à un syndrome bulbaire complet depuis longtemps classique.

B. *Théorie musculaire.* — Elle a été en particulier défendue par Bériel (5) à propos des troubles observés dans le parkinsonnisme postencéphalitique.

La persistance pendant des mois, voire des années, de la micropnée pure ou associée à la tachypnée, la fixité des caractères de cette micropnée, l'absence de tachycardie, de polyurie, de paralysie ou d'autres symptômes bulbaires, le fait que cette micropnée s'associe fréquemment à la micrographie ou à la microphagie laissent à penser que les troubles observés doivent relever de la rigidité musculaire. De fait lorsqu'on regarde certains malades complètement figés, quand on voit leur thorax fixé en bloc, quand on remarque qu'à la mobilisation des segments de membres le mouvement diminue rapidement d'amplitude et que la contracture succède vite à la contraction, on se convainc que tous ces troubles sont du même ordre et que ce qui domine est un trouble du tonus musculaire.

Dans sa description du syndrome pallidal, Lhermitte (17) s'exprime ainsi : « Les perturbations de la motilité ne se limitent pas à l'appareil musculaire squelettique; mais elles s'étendent très fréquemment à la musculature striée organique, c'est-à-dire aux muscles de la respiration, de la déglutition, et de la phonation. »

Nous savons que dans la contracture postencéphalitique une série d'excitations électriques ou mécaniques au niveau d'un muscle amène rapidement une *tétanisation* de ce muscle [Cl. Vincent et Haguenau] (23), le changement de position d'une articulation produit d'une façon *réflexe* une contraction tonique des muscles qui fixe le membre dans la nouvelle *posture* [Foix et Thévenard] (9), la phrénoscopie sous l'écran montre que la décontraction du diaphragme se fait d'une manière saccadée.

Tous ces phénomènes sont comparables et font partie du syndrome musculaire de l'affection; cette altération de la motilité traduit l'altération de la voie extrapyramidale.

Telles sont les deux théories en présence. Elles se concilient aisément. Il est manifeste que les crises de tachypnée paroxystique, la bradypnée, la dyspnée douloureuse avec troubles vaso-moteurs, l'inversion de la formule respiratoire, le Cheyne-Stokes traduisent une atteinte bulbaire; l'immobiliié par faible ampliation thoracique avec comme corollaire une tachypnée parfois permanente relève sans doute de l'hypertonie musculaire; la pause, le soupir, la respiration saccadée peuvent aussi bien accompagner le syndrome bulbaire que le syndrome pallidal. La diffusion des lésions dans l'encéphalite explique l'intrication de ces différents troubles.

Diagnostic. — 1° Avec ce que peut produire l'*hystérie.*

On peut rencontrer dans le pithiatisme : dyspnée, tachypnée permanente ou paroxytique, soupirs, pauses, diminution de l'ampliation thoracique.

Ces anomalies disparaissent pendant le sommeil, la suggestion peut les guérir d'une façon définitive; on ne retrouve jamais pendant des mois un trouble respiratoire qui, comme dans l'encéphalite, persiste avec les mêmes caractères de fréquence et d'amplitude. L'asynergie dans la contraction des deux hémithorax, l'inertie diaphragmatique, une tachypnée synchrone avec une myoclonie sont des phénomènes que la volonté est absolument incapable de reproduire.

Les seules réserves que l'on peut émettre visent les tics respiratoires.

2° On observe dans la *méningite tuberculeuse* de la bradypnée, des pauses prolongées, des soupirs, des mouvements rapides, des périodes. Ces troubles sont voisins de ceux qu'on rencontre dans l'encéphalite; ils peuvent parfois être identiques. Cependant l'irrégularité de la respiration jointe à l'irrégularité du pouls et aux autres symptômes bulbaires est plus spéciale à la méningite; dans l'encéphalite quand un trouble respiratoire s'installe il présente, semble-t-il, une certaine constance.

3° Les *parkinsonniens* ont-ils les mêmes troubles respiratoires que les parkinsonniens postencéphalitiques?

Chez les parkinsonniens, il n'est pas question de pauses, de soupirs, d'irrégularité respiratoire. Les inspirations sont peu profondes, mais elles sont toutes semblables à elles-mêmes. A la radioscopie les déformations du diaphragme sont régulières; il n'y a pas d'asynergie entre les deux hémidiaphragmes.

Traitement. — Il ne s'agit jusqu'ici que d'une chimiothérapie symptomatique.

Contre les phénomènes d'excitation (tachypnée paroxystique, dyspnée douloureuse), on peut préconiser les injections de bromhydrate de cicutine; 1 à 3 milligrammes par jour (P. Marie et Bouttier) ou le luminal : 10 centigrammes par jour (Vincent).

Contre la micropnée des parkinsoniens on emploiera le bromhydrate de scopolamine (injection de 2/10e de milligramme par jour) associé ou non aux injections de cacodylate de soude.

Dans les troubles vaso-moteurs, emphysème aigu, œdème aigu, les injections répétées d'adrénaline donnent souvent de bons résultats.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHARD. *L'Encéphalite léthargique*, p. 57.
2. ACHARD et BINET. *Examen fonctionnel du poumon*, p. 21.
3. AZOULAY. *Th. d Alger*, 1920.
4. BABINSKI et CHARPENTIER. Syndrome parkinsonnien postencéphalitique. Troubles respiratoires, *Soc. de neurol.*, 9 nov. 1922.
5. BÉRIEL. Troubles respiratoires dans les états parkinsonniens liés à l'encéphalite, *Congrès de neurol.*, juin 1921.
6. BOUQUIER DE CLARET. La névraxite épidémique, *Th. de Montpellier*, 1921.
7. DUCHENNE DE BOULOGNE. *Physiologie des mouvements*, p 638.
8 FOIX. Sur la communication Babinski-Charpentier, *Soc. de neurol.*, 9 nov. 1922.
9. FOIX et THÉVENARD. Les réflexes de posture, *Presse méd.*, 6 sept 1922.
10. HARDOIN. Étude des troubles respiratoires dans les états parkinsonniens liés à l'encéphalite épidémique, *Th. de Lyon*, 1921.
11. LAIGNEL-LAVASTINE et MAINGOT. La phrénoscopie des parkinsonniens, *Congrès de neurol.*, juin 1921.
12. LHERMITTE. Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié, *Soc. de neurol.*, 30 mars 1922.
13. P. MARIE, L. BINET et Mlle G. LÉVY. Les troubles respiratoires de l'encéphalite épidémique, *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 7 juillet 1922.
14. P. MARIE et Mlle G. LÉVY. Deux manifestations particulières de l'encéphalite épidémique prolongée. Forme respiratoire. Forme insomnique, *Revue neurol.*, oct. 1922.
15. MARINESCO. Contribution à l étude des formes cliniques de l'encéphalite épidémique, *Revue neurol.*, janv. 1921.
16. E. MAY. *L'Encéphalite léthargique*, in Roger, Widal, Teissier, t. IV.
17. MENDICINI. La respiration des encéphalitiques, *Revue neurol.*, juillet 1921.
18. ROUBIER et RICHARD. Syndrome parkinsonnien au cours d'une encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 20 avril 1920.
19. SOUQUES. *La Paralysie agitante*, in Sergent.
20. SOUQUES. Sur la communication Babinski-Charpentier, *Soc. de neurol.*, 9 nov. 1922.
21. Clovis VINCENT et Etienne BERNARD. Troubles respiratoires dans l'encéphalite épidémique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet 1922.
22. Clovis VINCENT et Etienne BERNARD. Œdème pulmonaire actif, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 août 1922.
23. Clovis VINCENT et J. HAGUENAU. Sur la contracture parkinsonnienne et sur la contracture postencéphalitique, *Les Sciences médicales de Paris*, 31 déc. 1921.

Physiologie normale et pathologique du foie, par G.-H. ROGER. Un vol.. 388 pages. — Paris, Masson et Cie.

Diagnostic clinique, par A. MARTINET. 4e édition. Un vol., 1040 pages. — Paris, Masson et Cie.

Nuevas orientaciones en sueroterapiz anti-tuberculose : Profesor Frencisco SUGRANES BARDAGI y doctor Juan RIERA VAQUER. — Imprenta Gisbert, nueva de San Francisco, 22, Barcelona.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1923)

Ferments oxydants et thermogenèse. — M. G. MARINESCO.

L'étain dans l'organisme humain. — M. Emile MISK. L'étain existe normalement dans l'organisme humain : on en trouve surtout dans le foie, puis par ordre décroissant dans l'estomac, les reins, les poumons et le cerveau. Au point de vue de l'expertise toxicologique, la présence de 3 à 4 centigrammes d'étain dans 100 grammes de viscères humains n'est pas excessive et ne peut être retenue dans les conclusions. Au point de vue physiologique, il est intéressant de constater que l'organisme humain paraît contenir normalement tout au moins autant d'etain que de zinc.

Sur les propriétés différentes des poussières microbiennes sèches ou liquides. — M. A. TRILLAT, continuant ses recherches sur la puissance de pénétration des poussières microbiennes, sèches ou liquides, montre que ces dernières sont beaucoup plus dangereuses.

Les poussières sèches, en effet, sont arrêtées par les moindres obstacles, comme du coton peu pressé. Les poussières liquides, influencées par la pesanteur, la pression, la chaleur, l'électricité, traversent presque tous les obstacles. Elles constituent ainsi de dangereux agents d'épidémies, parce qu'elles pénètrent, grâce à leur forme, jusqu'aux alvéoles pulmonaires, où les microbes se multiplient, tandis que les poussières sèches sont arrêtées par le mucus des voies respiratoires.

Inoculation du virus herpétique aux organes génitaux du lapin Transmission de l'infection herpéto encéphalique par contact sexuel. — MM. C. LEVADITI et S. NICOLAU.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE ANNUELLE DU 17 JANVIER 1923)

Ces séances prennent, chaque année, plus d'éclat. Cela s'explique, croyons-nous, par le fait que la Société de chirurgie a la bonne fortune d'avoir pour secrétaire général non seulement un chirurgien de grande valeur, mais aussi un orateur émérite, un écrivain fort goûté.

Après une charmante allocution de M. le président SEBILEAU et le rapport de M. SAVARIAUD sur les travaux de l'année, M. J.-L. FAURE a prononcé **l'éloge de Félix Guyon.** Le panégyriste s'est montré à la hauteur de la grande figure chirurgicale qu'il a choisie.

« La chirurgie contemporaine, dit-il, n'a pas connu de plus haute figure que celle du vieux Maître qui vient de nous quitter, chargé d'années, chargé de gloire, plein de cette fierté légitime que donne à ceux qui ont été marqués par le destin la conscience de la grandeur de l'œuvre qu'ils ont accomplie, mais le cœur déchiré par les deuils et par les tristesses qui se sont abattus sur lui pendant ses dernières années. »

M. Faure n'a pas été l'élève de Guyon. Celui-ci l'a regretté. Mais ils se sont connus « sur l'âpre chemin des concours ». Guyon s'est montré juste à son égard et l'a reçu dans cette intimité familiale dont ceux qui l'ont connu ne sauraient oublier le charme, et M. Faure a gardé de cette bienveillante amitié les « sentiments fidèles d'un cœur reconnaissant ».

Guyon était né le 21 juillet 1831 à l'île de la Réunion.

M. Faure nous trace un joli portrait du père de Guyon, chirurgien de la marine, de son grand-père, pharmacien en chef de la marine, et de sa mère, née Delpit, qui était créole par sa mère mais Française par son père qui était du Périgord, ce qui permet à M. Faure de nous faire de cette terre du Périgord un de ces tableaux pleins de poésie dont il a le secret.

Guyon a toujours conservé pour sa mère le plus fidèle et le plus respectueux souvenir. Dans le cadre de son portrait se trouve une carte que le temps a jaunie, sur laquelle Guyon a tracé ces paroles de Labruyère : « Il y a dans quelques femmes un mérite paisible, mais solide, accompagné de mille vertus qu'elles ne peuvent couvrir de toute leur modestie. »

Guyon fit ses études à Nantes et y commença sa médecine. Ce n'était pas, paraît-il, l'avis de son tuteur qui prévoyait pour lui « un avenir magnifique dans les contributions », et M. Faure ajoute : « Car l'esprit qui préside au destin de bien des Français n'a pas sensiblement changé depuis bientôt un siècle. et les mornes perspectives de la sécurité sur quelque rond de cuir médiocre et confortable, semblent trop souvent préférables aux hasards parfois décevants, parfois aussi miraculeux d'une existence libre ! »

Dans l'énergie, dans la vaillance, dans l'ardeur au travail dont le jeune Guyon a fait preuve, son panégyriste croit reconnaître un certain atavisme provenant des créoles venus de ces îles lointaines.

Guyon travailla donc, devint externe, puis interne des hôpitaux de Nantes, puis il arriva à Paris en 1852. Il y était interne l'année suivante. Il travaillait avec d'autant plus d'ardeur qu'il venait en aide à sa famille restée à Nantes. Il passa sa thèse en 1858 sous la présidence de Velpeau. Cette thèse avait pour titre : *Les Cavités de l'utérus à l'état de vacuité.*

Ses maîtres avaient été Roux, Aran, puis Velpeau qui le prit en affection particulière. Guyon, en 1858, était aide d'anatomie. C'est cette même année qu'il épousa sa cousine Mlle Delpit.

Peu de temps après son mariage, Guyon était prosecteur. En 1860, il concourt pour l'agrégation ; sa thèse traitait des tumeurs de l'utérus. C'était un fait d'ablation d'un fibrome avec succès par Atlee, Guyon ajoute : je n'ai trouvé que ce fait, c'est déjà trop d'un.

« Et le jeune candidat à l'agrégation, reflétant les idées des maîtres d'alors et en particulier de Velpeau qui faisait partie du jury, n'était pas loin de considérer cette opération comme un crime ! Et voilà que, trois ans après, Kœberlé s'attaquait directement à ces tumeurs jusqu'alors intangibles : et voilà que Péan suivant le maître de Strasbourg et le dépassant bien vite par l'étendue de sa pratique et par l'éclat de son exemple allait commencer la série des grandes opérations qui allaient faire de lui le maître universel de la chirurgie abdominale ! Et voilà que, quelques années plus tard, Guyon lui-même allait pratiquer cette opération qu'il avait condamnée et qui, de perfectionnement en perfectionnement, de succès en succès, allait devenir l'opération la plus brillante de la chirurgie tout entière !

En 1862, Guyon était nommé chirurgien des hôpitaux. »

En 1863, il concourt pour la seconde fois à l'agrégation avec Desprès, Labbé, Le Fort, Panas, Tillaux.

« Notre collègue Guéniot était aussi de ce concours. Il fut nommé dans la section d'accouchements. Le voilà tout seul aujourd'hui, portant le poids de sa vieillesse merveilleuse avec cette simplicité souriante qui nous donne de temps en temps le plaisir de le voir au milieu de nous ! »

M. Guéniot, présent à la séance, est l'objet d'une touchante ovation.

En 1867 se produisit l'événement qui eut sur la vie scientifique de Guyon une influence capitale et décida de son sort. Civiale venait de mourir et Guyon le remplaça à Necker dans une sorte d'embryon de service d'urologie.

En très peu de temps, Guyon acquit une réputation méritée, si bien qu'en juillet 1870 on songea à lui pour l'Empereur. M. Faure nous montre le vif désir qu'avait Pietri de mettre l'Empereur entre les mains de Guyon, malgré les hésitations, l'opposition systématique de l'Impératrice qui voulait sa guerre. Lorsque celle-ci éclata, Guyon ne songea plus qu'à faire son devoir. Il se dépensa dans une ambulance de Paris et, à la fin de la guerre, il refusa la croix de la Légion d'honneur, estimant que d'autres la méritaient mieux que lui : « ce rare désintéressement montre mieux que tous les discours la simplicité de son âme et la noblesse de son caractère. » M. Faure nous rappelle ici ce qu'était à cette époque la pathologie urinaire.

Il rappelle toutes les recherches qu'entreprit Guyon,

l'ordre qu'il apporta dans la séméiologie des maladies urinaires.

« Telle a été, dit-il, l'œuvre de Guyon. Son influence sur les progrès de nos connaissances en pathologie urinaire a été si éclatante qu'elle a entraîné sur son nom l'hommage universel, et je n'en saurais évoquer de plus émouvant témoignage que celui qui lui a été rendu par Israël qui, avec une loyauté que nous n'avons pas toujours rencontrée chez les chirurgiens d'outre-Rhin, a salué Guyon du titre magnifique de créateur de l'Urologie moderne.

Cependant la réputation de Guyon grandissait. Il s'entoura d'élèves qui affluaient dans son service, aussi bien parce qu'ils étaient certains de n'y pas perdre leur temps que parce que le maître savait les soutenir de son influence de plus en plus grande et de son autorité de plus en plus légitime dans les moments difficiles. Et c'est ainsi que se constitua peu à peu, dans son service de Necker, cette école dont il était l'âme et qui a tant contribué à répandre dans le monde entier la renommée du Maître.

Voilà donc en partie ce qui fit la force de Guyon et voilà ce qui fit sa gloire! Il sut non seulement travailler magnifiquement par lui-même, mais faire travailler autour de lui. Il eut le bonheur ou le talent, ou les deux à la fois, de savoir s'entourer d'élèves dont quelques-uns laisseront un nom qui ne périra pas, et qui, confondus dans le même respect et dans le même amour pour le maître qu'ils adoraient, ont constitué cette Ecole de Necker dont les travaux accumulés honorent profondément la chirurgie française, et ont contribué largement à lui assurer dans l'estime du monde la place à laquelle elle a droit.

Beaucoup sont encore vivants et quelques-uns sont parmi nous! Mais ma pensée ne peut aller ici qu'à ceux qui ne sont plus : Chevalier, Glantenay, Segond, Albarran! Albarran surtout, maître digne du maître et qu'il a pleuré comme un fils!

Que ce souvenir soit pour eux comme la fleur qu'on jette sur la tombe des morts et dont le doux parfum flotte autour de nous dans l'espace, comme l'ombre errante de ceux que nous avons aimés et que nous ne reverrons plus! »

Au point de vue de la lithotritie, l'instrumentation laissait encore à désirer et c'est ici qu'intervint, comme il l'a fait si souvent au cours de sa longue et magnifique carrière, M. Collin, dont le nom reparaît sans cesse dans l'histoire de la chirurgie contemporaine. Il fournit à Guyon l'arme qui lui manquait.

Dès lors, en possession de toutes ses armes, Guyon acquit dans la pratique de la lithotritie une maîtrise parfaite. « L'art chirurgical n'est pas un vain mot et Guyon exécutait une lithotritie en artiste, je dirai même en grand artiste. Il possédait d'ailleurs une sorte de majesté naturelle. Sa haute taille, qu'il savait tenir droite, sa physionomie grave, son regard paisible et que voilait légèrement la chute imperceptible d'une de ses paupières, sa face impeccablement rasée, une certaine réserve qui ne pouvait cependant passer pour de la froideur, tout contribuait à lui donner une allure véritablement imposante! »

M. Faure nous parle ensuite des « leçons magistrales » que Guyon considérait comme un des devoirs de sa charge. Mais, M. Faure n'est pas très enthousiaste de ces leçons, ni bien convaincu de leur utilité.

Pour lui l'enseignement de la chirurgie ne se fait qu'au lit du malade, dans la salle d'opérations et au laboratoire. Aussi fait-il plus de cas de l'œuvre écrite du maître.

« La renommée de Guyon grandissait toujours. Les élèves arrivaient de plus en plus nombreux, — les malades aussi. Son service devenait trop petit. Il le fit généreusement agrandir lui-même, et c'est ainsi que s'éleva cette salle de consultations où défilaient tant de malades, et où s'instruisaient tant d'élèves! C'est là, c'est dans ces bâtiments construits sur la terrasse de Necker que nous avons connue, qu'il installa aussi le Musée qui porte aujourd'hui son nom, ses divers laboratoires, et, en particulier, ce laboratoire de chimie qui prenait de plus en plus d'importance, à mesure que sous son influence, et plus encore peut-être sous celle de ses

élèves et en particulier d'Albarran, se développaient les recherches délicates nécessitées par l'examen fonctionnel des reins, qui a pris peu à peu une si grande place, et domine aujourd'hui toute l'histoire de la chirurgie renale. »

« Ce fut en 1890 que son service fut, aux applaudissements de tous, transformé en clinique des voies urinaires. Il avait été notre président en 1878. En cette même année, il entrait à l'Académie de médecine, dont il fut plus tard président. Enfin, en 1892, il entrait à l'Académie des sciences, dont il eut également l'honneur de présider les séances.

En 1906, lorsque sonna pour lui l'heure de la retraite, il quitta sans regrets, mais non sans émotion, ce beau service de Necker, où il avait passé quarante ans de sa vie, où il avait tant travaillé, et qui avait assisté à son ascension progressive vers ces sommets que bien peu d'entre nous parviennent à gravir !

Son élève Albarran fut appelé à occuper la chaire qu'il avait illustrée, et ce fut un beau jour, et profondément émouvant, que celui où nous vîmes, dans cet amphithéâtre de l'hôpital Necker où s'entassait la foule des élèves et des amis, le jeune Maître venir prendre la parole à son tour, devant le vieux Maître qui le voyait continuer son œuvre avec une joie qu'il ne cherchait pas à dissimuler ! Et je vois encore Albarran, avec son profil d'aigle, avec ses yeux de feu, avec cette voix métallique qui accentuait encore les intonations éclatantes du pays qui l'avait vu naître, nous dire tout ce qu'il pensait de celui qui était là, assis à son côté, et qui, en écoutant avec une émotion profonde l'histoire de sa vie scientifique, descendait sans doute en lui-même, et ne songeait pas sans mélancolie à cette destinée qui l'avait fait si grand et qui s'approchait de sa fin.

Et cependant, par l'ironie du sort et par un injuste destin, c'est Albarran qui partit le premier, et ce fut son vieux maître, dont les paroles vinrent, au bord de la tombe entr'ouverte, lui dire le dernier adieu ! »

Appréciant l'œuvre de Guyon, si importante qu'elle soit, M. Faure exprime le regret qu'il n'ait pas été encore plus loin et que la prostatectomie n'ait pas pris naissance à l'école de Necker.

« Mais ce sont là paroles vaines, et nous n'avons le droit de formuler aucun regret, nous n'avons que le devoir d'admirer sans réserves à la fois la conscience qui le faisait agir ainsi qu'il agissait, et la haute maîtrise qui avait fait de lui, à cette époque déjà bien lointaine, l'homme qui, avec Péan, a porté le plus loin et le plus haut la renommée de la chirurgie française ! »

M. Faure termine ainsi son beau discours :

« Le vieux Maître dort maintenant du sommeil de la mort dans cette paix définitive, dans cette magnifique paix du tombeau qui nous repose de la vie et ne connaît pas la douleur. Si, dans ses dernières années, il a vu parfois repasser dans ses rêves mélancoliques sa longue vie d'honneur, de travail, de malheur et de gloire, il a pu voir surgir dans son âme puissante l'orgueil consolateur ! Car l'orgueil, aussi noble, aussi pur qu'est méprisable et vile la vanité humaine, est permis à celui qui sait que son œuvre vivra et qu'il a passé sur la terre en servant les hommes, ses frères !

Le malheur disparaît avec celui qui souffre, mais les fruits du travail ne disparaissent pas, et la gloire demeure ! La gloire de Guyon est pure et sans nuage. Elle est faite du bien qu'il a répandu sur la terre, elle est faite de l'exemple qu'il a donné par sa vie de travail, de droiture et de probité. Elle est faite des vérités qu'il nous a révélées, et qui vivront, car la vérité ne meurt pas ! Elle est faite enfin du prestige éclatant qu'il a donné à la science française et de la confiance qu'il a rendue en nous-mêmes, quand nous nous demandions encore si la vieille race gauloise avait gardé ses antiques vertus !

Conservons donc ici cette grande mémoire, comme celle de l'un des hommes qui ont le mieux servi cette noble chirurgie française pour laquelle nous avons tous le même amour et le même respect, comme celle de l'un des hommes qui, par la grandeur de l'exemple qu'ils nous ont donné, ont façonné les cœurs et forgé les âmes de cette génération héroïque, qui a fait voir à l'univers jusqu'à quelle hauteur pouvaient s'élever les miracles de l'énergie, les prodiges de la vaillance, la vertu du sacrifice — et qui a sauvé la Patrie ! »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1923)

A propos de la gastroptose. — M. MAZERAN considère qu'il y a trois variétés de ptoses : une ptose, conséquence de la dystrophie, une ptose liée aux troubles dynamiques du système neuro-végétatif, une troisième, enfin, conséquence d'une lésion organique. A la première, correspond la médication endocrinienne et surtout rétropituitaire ; à la deuxième, le traitement psychothérapique et l'usage momentané de la sangle ; à la troisième, le recours chirurgical.

M. GAULTIER trouve le mot de gastroptose impropre et non justifié, pouvant entraîner à une thérapeutique chirurgicale intempestive, dite de fixation : la gastroptose se confond avec la distension gastrique, et il est des cas qui peuvent guérir par une thérapeutique médicale de redressement. La méthode gastrotonimétrique en facilite l'étude et permet le contrôle des résultats de la cure.

A propos des rapports de la clinique et de la radiologie. — M. DARTIGUES cite plusieurs erreurs de radiographie : une tumeur du sein qui n'existait pas, un cancer de l'estomac, pris ensuite pour des calculs biliaires, absent également ; il faut recourir au moyen précieux de la radiographie, mais ne pas en être l'esclave en adoptant des conclusions trop absolues.

M. Robert DUPONT est du même avis ; il faut se méfier beaucoup des interprétations de radiographies gastriques, deux cas de calculs biliaires opérés avaient été étiquetés, l'un, ulcus gastrique, l'autre, sténose sous-vatérienne.

Jeûne thérapeutique. — M. M. NATIER présente une femme de quarante-quatre ans, hystérectomisée pour fibrome, il y a quatre ans. Depuis, elle a des vapeurs et un état congestif avec suffocation et augmentation de poids (20 kgs). Après trois jours de jeûne successifs et de purgations, le poids est abaissé de 550 grammes, la respiration est plus facile ; allègement général.

Le nez concave. — M. BOURGUET présente une malade atteinte de nez concave parfaitement corrigé par une greffe de paraffine dure, fusible à 75 degrés introduite par la voie endonasale sous la peau. Il a abandonné les greffes de cartilage costal et de crête tibiale.

A propos de l'épilepsie. — M. LEREDDE pense que l'épilepsie qui est due normalement à la syphilis héréditaire, doit être soignée dans tous les cas où il existe soit des preuves, soit seulement des présomptions sérieuses de syphilis héréditaire : soignée de suite, de préférence par les arsenobenzènes, avec l'énergie nécessaire et pendant un temps prolongé. Les aggravations au cours du traitement sont apparentes, et précèdent l'amélioration ou la guérison.

M. HARTENBERG ne nie pas le rôle de la syphilis dans certains cas d'épilepsie et ne méconnaît pas l'utilité du traitement spécifique, s'il est précoce, mais il proteste contre la formule absolue, répétée par M. Leredde que l'épilepsie était habituellement de nature syphilitique ; c'est une exagération contre laquelle s'est élevé récemment le professeur Marie et qui est en contradiction avec toutes les données actuelles de la neurologie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 19 janvier. — Questions données : « Diagnostic du rhumatisme articulaire aigu franc. — Diagnostic et traitement des hémorragies utérines dans les trois derniers mois de la grossesse. »

MM. Mollaret, 13; Thomas, 16; Benda, 14; Berson, 16; Dalsace, 11; Mlle Tisserand et MM. Cayla, 16; Debray, 11; Levassor, 10 1/2; Meillière, 16.

Séance du 21 janvier. — Questions données : « Formes cliniques de l'insuffisance mitrale. — Signes et évolution de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur chez un adolescent. »

MM. Menégaux, 15; Harbuger, 12; Thiolat, 9; Meignaut, 18 1/2; Krief, 15 1/2; Descharmes, 12; Decourt, 15; Lévy (Robert) et Huard, 11.

— Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine vacantes le 1er mars 1923 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache; 3° à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées); 4° à l'hôpital marin de San-Salvadour (Var); sera ouvert le lundi 19 février 1923, à 9 heures dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), à partir du lundi 29 janvier jusqu'au mercredi 7 février, de 14 à 17 heures.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Des médailles d'honneur des épidémies et des mentions honorables ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Gouzien, médecin inspecteur des troupes coloniales; Javelly (de Dakar).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Le Veziel (de Pont-l'Evêque), Compayré (de Lavaur), Baus (de Dakar), Gayot (de Thiès), Bâ Boubakar (de Dakar), Bouvaist (de Phnôm-Penh), Delanoc (de Mazagran), Mme Burnol, médecin chef, à Salé.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Chevillot (de Pont-l'Evêque), Scemama de Gialluly (de Cette), Legourd (de Lamotte-Beuvron), Vallais (de Granville), Le Dosseur (de Laval), Carretier (de Tiaroye), Sebilleau (de Louga).

M. Barre, interne à l'hôpital de la Charité, à Lyon.
M. Kourisky, interne à l'hôpital Saint-Louis.
MM. Lestoquoy et Tiby, internes à l'hôpital Trousseau.
M. Lejard, interne provisoire à l'hôpital Trousseau.
Mme Labeaume, interne à l'hôpital Saint-Louis.
Mme Nicolle, externe à l'hôpital Saint-Louis.
M. Widlöcher, externe à l'hospice des Enfants-Assistés.
M. Ehrenberg, externe à l'hôpital Bretonneau.
M. Lecallier, élève en médecine à l'hôpital Lariboisière.
M. Deen, élève à l'Ecole de médecine de Dakar.
M. Nguyhen-Huu-Thi, médecin auxiliaire à Hué.

Mention honorable. — M. Monseux, étudiant à Valenciennes.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE (Professeur : A. Couvelaire). — Cours complémentaires de pratique obstétricale. — Cours élémentaires d'une durée de deux semaines, par MM. les docteurs Cleisz, ancien chef de clinique; Powilewicz, chef de clinique; Portes, chef de laboratoire; Champeau, chef de clinique adjoint.

Première série : du 5 au 17 février; deuxième série : du 26 mars au 7 avril; troisième série : du 3 au 15 septembre; quatrième série : du 1er au 13 octobre.

A 9 h. 15 et 14 h. 30, conférences.
A 10 h. 30, visite des femmes et enfants hospitalisés.
A 15 h. 30, travaux pratiques sur le sujet de la conférence.
Un jour sera réservé pour la visite détaillée du musée de la clinique.
Droit d'inscription : 100 francs.
S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Gounand (de Besançon).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MÉDECINE. EXERCICE ILLÉGAL

Aux termes de l'article 16 § 1er de la loi du 30 novembre 1892, l'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait, par une personne non munie d'un diplôme, de prendre part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérés.

La Cour de cassation, par un arrêt du 24 novembre 1922, a fait application de ce texte dans le cas suivant :

Devenue propriétaire à Lyon du laboratoire de botanique des tisanes de l'abbé H..., la Vve B... herboriste a sollicité la clientèle, au moyen de notices-annonces et de réclames de presse où elle donnait aux malades atteints d'une des vingt affections morbides qui y étaient énumérées, le conseil de recourir, s'ils voulaient guérir, à l'emploi des tisanes préconisées dans la brochure des vingt cures, œuvre de l'abbé H..., mise gratuitement à la disposition de tous ceux qui souffrent. En réponse aux lettres des malades, attirés par cette large publicité, la Vve B... expédiait la brochure annoncée, dont la couverture était illustrée du portrait de l'abbé H... et dont la préface était revêtue de la signature de ce prêtre. Dans cet ouvrage, on exaltait les résultats de la méthode curative consistant dans l'emploi des tisanes de l'abbé H...; on y fixait, pour chaque cure, le prix du traitement et dans une instruction relative à la manière d'employer les tisanes, on y spécifiait le traitement qui devait être observé et suivi pour chaque nature de maladie à l'effet d'en obtenir la guérison.

Les bénéfices réalisés par le débit des tisanes médicinales s'étaient élevés à près de 150.000 fr. par an. Et l'abbé H..., qui n'était pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, avait cédé à la Vve B... moyennant le paiement de mensualités, le droit d'user de son nom ainsi que de préparer et de vendre les produits médicamenteux dont il avait formulé les recettes. C'était également avec autorisation qu'avait été éditée, publiée et distribuée la brochure envoyée aux malades qui en faisaient la demande et dans laquelle l'auteur de l'ouvrage leur prescrivait, pour combattre chacune des vingt maladies qui y étaient prévues, un traitement spécial exactement précisé.

En raison de ces faits, la Cour de cassation déclare :

« Attendu que de l'ensemble de ces circonstances il ressort qu'avec la complicité de l'abbé H..., la Vve B... a donné une direction à des malades et a pris part habituellement au traitement de leurs maladies;

« Qu'il est indifférent que ni la Vve B..., ni l'abbé H..., n'aient procédé à l'examen des maladies et que les traitements appropriés aient été prescrits autrement que par une ordonnance manuscrite; qu'en effet l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 ne fait pas, de l'examen visuel du malade ou du mode d'écriture du traitement prescrit, des éléments constitutifs et nécessaires du délit qu'il prévoit. »

En conséquence la Cour suprême a décidé que le délit d'exercice illégal de la médecine, réprimé par l'article 18 de la loi de 1892, avait été commis par la Vve B... et par l'abbé H... comme complice.

Il est bien certain que des conseils formulés d'une façon générale dans un livre ou dans une brochure d'une manière didactique sur les soins à donner à des maladies ne constitueraient le délit d'exercice illégal de la médecine. Mais il n'en est plus de même, dès qu'il s'agit de soins prescrits individuellement à un malade pour un cas déterminé. Ce qui, dans l'espèce indiquée plus haut, a permis à la Cour de retenir le délit, c'est qu'on répondait individuellement aux malades en indiquant le prix du traitement et en spécifiant le traitement à observer.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel d'obstétrique et d'hygiène de la première enfance (1), par J. VANVERTS et H. PAUCOT, professeurs à la Faculté de médecine de Lille.

« Comme les autres branches des sciences médicales, disent les auteurs, dans leur préface, l'obstétrique et la puériculture ne peuvent être enseignés à l'étudiant dans tous leurs détails. » Aussi, ont-ils « limité » cet enseignement aux questions dont la connaissance est indispensable à l'exercice de la pratique médicale journalière... laissant délibérément de côté l'historique, la discussion théorique et bien d'autres points secondaires ».

Pour complet qu'il soit, cet ouvrage se limite donc au côté pratique des accouchements, ce à quoi contribue la disposition matérielle de cet ouvrage. « Les notions que le futur médecin ne peut ignorer sont en gros caractères, ce qui est en petit texte... permettra au médecin praticien de se documenter dans certains cas exceptionnels. De nombreuses notes enfin renferment des explications utiles. »

Le côté iconographique n'est pas moins soigné. Nombre de planches sont empruntées à des mémoires originaux, des schémas limpides éclairent certaines descriptions de technique. Des dessins très modernes et d'une réelle valeur artistique, d'après nature, en illustrent le côté clinique.

Selon l'intention des auteurs, l'étudiant trouvera dans ce manuel un exposé à la fois, simple, clair et exact, de l'obstétrique et de l'hygiène de la première enfance. P. DELMAS.

Atlas de parasitologie (2), par le docteur P. HAUDUROY, préparateur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

L'idée qui a conduit l'auteur dans la rédaction de cet Atlas a été la suivante : procurer aux étudiants un livre d'un prix abordable, facile à manier et à consulter, qui leur permette d'apprendre les éléments essentiels de la parasitologie.

Les principaux animaux inoculateurs de maladie et les parasites sont présentés de telle sorte qu'à chaque planche de dessins correspond une planche de texte. Cette conception d'un ouvrage qui n'a été que rarement tentée en France rendra certainement des services à tous ceux qui ont besoin d'apprendre. Des pages blanches sont intercalées de manière à rendre facile la prise de notes ou de renseignements.

Les médecins et les zoologistes qui voudraient se spécialiser auront toujours recours aux traités classiques que cet Atlas n'a pas la prétention de vouloir remplacer. Il n'a été conçu et fait que pour l'étudiant pour lequel il deviendra rapidement le livre « indispensable ». L. G.

Electricité médicale. Electrologie et radiologie (3), par le docteur H. GUILLEMINOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chef des travaux de physique biologique, électro-radiologiste des hôpitaux.

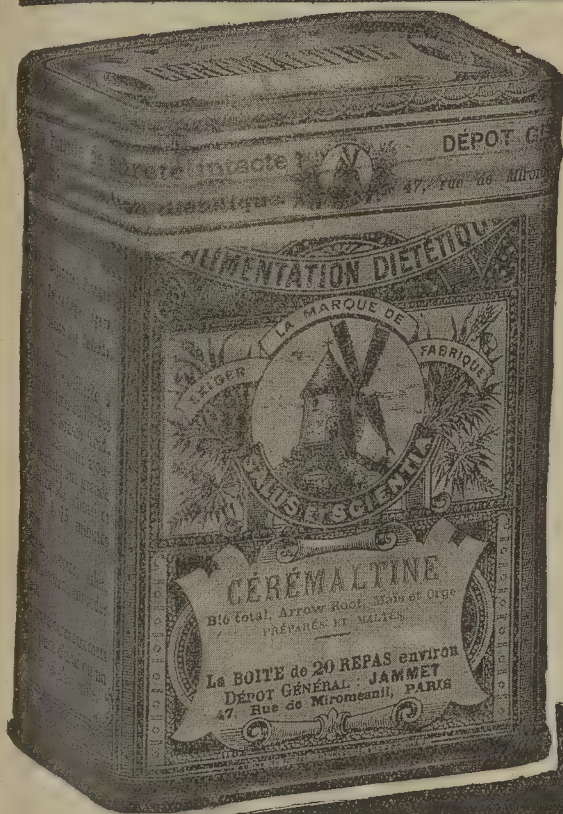
Cette troisième édition, complètement remaniée et conforme à de nouvelles directives, n'est pas seulement un manuel de technique, un précis physiologique, un formulaire thérapeutique, mais aussi un recueil de documents assez étendus pour mettre l'électrothérapeute à même de suivre les découvertes et les recherches qui se rapportent à sa spécialité : c'est à la fois un ouvrage d'enseignement, un ouvrage de travail et de documentation. L. G.

(1) Un vol. in-8 écu de 845 p., avec 266 fig. — Prix : 25 fr. — Paris, Vigot frères.

(2) In-4 contenant 25 planches en photogravure avec leurs légendes. Prix : cartonné, 12 fr.; f°, 13 fr. 20.— Paris, G. Doin.

(3) In-8, 642 p., 270 fig. Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des **MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS**
et **l'ALIMENTATION DES ENFANTS**

FARINES TRÈS LÉGÈRES	*FARINES LÉGÈRES*
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE à base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, *Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...*
MALT GRANVILLE – MALTS TORRÉFIÉS – MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES *spécialement préparées pour* **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47 Paris



Opothérapie Hématique *Totale*

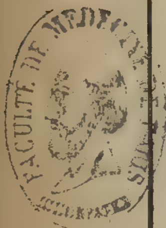
SIROP DE
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES
Syndromes Anémiques
et des
Déchéances organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e).



SYMPATHIES ET SYNERGIES MORBIDES

[LES SYMPATHÈSES (1)]

Par le docteur C. ODDO,
Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

La spécialisation de plus en plus étroite de la médecine et la nécessite des divisions par chapitre dans les exposés didactiques ont comme conséquence inévitable d'établir dans l'esprit et dans le langage du médecin des cloisonnements artificiels qui cadrent mal avec la complexité des faits cliniques et qui sont ébranlés chaque jour davantage par les grandes découvertes de la médecine moderne. Qu'il s'agisse des glandes à sécrétion interne, de la physiopathologie du grand sympathique, de l'anaphylaxie ou de l'hémoclasie, les horizons nouveaux qui s'ouvrent devant nous déroulent à nos yeux étonnés et habitués à fixer le fait concret de plus en plus larges visions synthétiques.

Comment pourrait-il en être autrement? L'unité, caractère essentiel de la vie chez les êtres supérieurs, est assurée par l'équilibre plus ou moins parfait des fonctions complexes dont nous ne connaissons encore qu'une partie. Cet équilibre de l'état de santé est à la fois statique par l'harmonie indispensable à son maintien, et dynamique par les changements incessants subis par la matière vivante et nécessaires au développement de l'énergie. Il est à remarquer que suivant un schéma que l'on retrouve à chaque instant, le jeu de deux actions antagonistes paraît être ce que j'appellerai volontiers le truc favori de la nature. Mais ce qui est plus général encore c'est l'inextricable solidarité qui unit toutes les fonctions entre elles. Toutefois l'expérimentation, les recherches biologiques et l'observation clinique nous montrent qu'il existe entre certains tissus et certains organes des connexions plus étroites, résultat des fonctions essentielles et différenciées auxquelles ils sont appelés à concourir ensemble. Ces connexions apparaissent sourdement ou brutalement dans les déviations fonctionnelles pathologiques constituant pour une bonne part ces sympathies et ces synergies morbides dont je voudrais vous entretenir.

Chose singulière, le langage médical pourtant si fécond manque d'un terme général embrassant toutes les connexions pathologiques; car le mot de *sympathie* qui conviendrait si parfaitement ici est consacré au système nerveux végétatif, il a un sens passif opposé à celui de *synergie*, qui, lui, a une signification active comme les termes d'allergie et d'anergie s'appliquant aux modes de réaction de l'organisme. Mon ami M. Clerc, le doyen de la Faculté des lettres d'Aix-Marseille, que j'ai consulté sur ce petit problème étymologique, conseille d'employer dans un sens générique comprenant l'ensemble des répercussions morbides le doublet de συμπαθεια (commune souffrance) qui est συμπαθησις. J'y souscris d'autant plus volontiers que le mot de *sympathèse* ayant la même terminaison que *diathèse* et *synthèse* aurait comme ceux-ci un sens largement compréhensif (2).

En abordant cette vision d'ensemble, permettez-moi de prendre le recul de mon âge qui a vu naître et décliner la pathologie cellulaire et d'anatomique la médecine devenir de plus en plus physiologique. Cette évolution ne s'est pas faite d'un coup : quand de la lésion on en est venu à considérer le trouble fonctionnel on l'a encore étudié dans le cadre étroit d'un viscère et on a parlé d'insuffisance hépatique ou surrénale. Mais les viscères sont les carrefours où se croisent les voies d'apport et de dégagement, aucun n'est dévolu à un rôle unique et tous participent à des fonctions multiples. Pour chacune de celles-ci, chaque organe, chaque tissu et chaque cellule est relié à autant de groupes divers échelonnés et disséminés dans les points les plus divers et les plus éloignés de l'organisme. Il semble vraiment à l'heure actuelle que la médecine s'oriente de plus en plus vers la conception de la *maladie de fonctions*. N'est-il pas très plausible, en effet, que la fonction qui unit les organes et les tissus les plus éloignés ne peut être altérée sans que tous les éléments qui y participent en subissent le contrecoup? Le diabète avec la participation du foie, du pancréas, du système nerveux régulateur, des glandes endocrines, de la glycolyse tissulaire et du rein éliminateur est un type très net de maladie de fonction. De même les troubles de l'hématopoïèse intéressent la rate, les ganglions, la moelle osseuse et les globules du sang; ce sont encore les troubles de la croissance, de l'ostéogénèse et de la sexualité hier encore si mystérieux et aujourd'hui éclairés par les recherches sur les troubles des glandes endocrines.

Ces synergies de fonctions sont sans doute les plus nombreuses. Mais il existe bien d'autres sympathèses. Celles qui sont régies par le système nerveux sont connues depuis longtemps et il m'est doux de me placer sous l'égide de l'œuvre magistrale d'Augustin Fabre : *Les Relations pathogéniques des troubles du système nerveux*. Parmi les plus nettes et les plus simples on peut citer les connexions vasculaires qui entraînent les stases, les œdèmes et les embolies. Il y a certes, malgré les réserves de tout à l'heure, des connexions globales d'organes si communément observées en clinique unissant foie et pancréas, estomac et foie, cœur et rein, cœur et poumon. Nous connaissons des sympathèses de système, comme celles du tube digestif et du grand sympathique. Il y a aussi des connexions cellulaires comme celle du sang et de la rate. Mais un champ immense est celui que nous ouvrent les notions physico-chimiques modernes : la pathologie des ions et celle des micelles. Enfin, il ne faut pas négliger les relations de voisinage et de simple contiguïté anatomique comme celles de l'appendice et de la trompe, du cholédoque et de la tête du pancréas, comme celles du médiastin et de la face inférieure du foie. Nous avons assisté ces temps derniers à la déchéance de l'hypophyse que l'on avait paré des fonctions de son voisin, l'infundibulum.

Nous pouvons donc rencontrer des sympathèses de fonctions, des sympathèses nerveuses, vasculaires, glandulaires, cellulaires, physico-chimiques, anatomiques, et il y en a enfin d'embryologiques. Malgré cette complexité extrême, parcourons rapi-

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 24 novembre 1922.

(2) La similitude de consonnance ne saurait établir de confusion avec le terme de *sympathose* proposé pour la première fois par Laignel-Lavastine et consacré par Loeper aux troubles nerveux relevant du sympathique abdominal.

dement quelques-unes de ces sympathèses dans un certain nombre d'états morbides.

*
* *

Nulle part la nécessité d'une harmonie parfaite dans les actes les plus complexes n'apparaît aussi nettement que dans les fonctions de nutrition. L'équilibre humoral se maintient grâce à une série d'actes chimiques qui s'exécutent dans cette machine compliquée qu'est la cellule. Parmi ces réactions, les plus importantes et les mieux connues sont les actions diastasiques qui établissent une harmonie entre les divers tissus et surtout entre les diverses fonctions cellulaires. Ces actions diastasiques sont-elles déviées ou supprimées, l'état morbide est constitué entraînant aussitôt des répercussions que l'on pourrait appeler les *sympathèses métaboliques*. Cela est aussi vrai des hydrates de carbone que des protéines et des graisses. Mais, en outre, chaque cellule opère des synthèses de substances nouvelles : myosine, kératine, osséine, nucléine, pigments. Or, cette synthèse faisant défaut les déficiences suivent elles aussi.

Il faut songer également aux désintégrations cellulaires qui produisent un dégagement d'énergie s'exécutant dans un sens déterminé, propre à chaque cellule et constituant sa fonction spéciale. Et cette désintégration laisse un déchet qui va se joindre à la masse des excreta. De telle sorte qu'une désintégration insuffisante déterminera à la fois une défaillance d'énergie fonctionnelle et une désagrégation incomplète et par là-même toxique. Et ici encore les répercussions d'un tissu et d'un organe peuvent être considérables et complexes. De même qu'assimilation et désassimilation se font par un concours d'organes, leurs troubles entraînent des correspondances immédiates et profondes?

En voulez-vous quelques exemples parmi les plus récemment connues? Voici l'oxalémie, cette sœur puinée de l'uricémie comme l'appelle Lœper, que nous ont fait connaître les travaux récents de Salkowski, d'Autenreich et Barth, de Gautier et Albahary et surtout les recherches cliniques de Lœper et Esmonet. Elle est créée par la combustion incomplète, à l'étouffée suivant le mot de Lambling (1), des nucléoprotéides et des glycocolles. L'acide oxalique prend naissance aux dépens de l'albumine et des corps de désintégration azotée incomplète. L'oxalémie réalise des associations et des localisations successives dans lesquelles nous étions habitués à porter le diagnostic d'arthritisme sans hésiter : les migraines, les névralgies diverses et les douleurs rhumatoïdes, les troubles intestinaux et jusqu'aux coliques néphrétiques. Et voilà que Mouriquand fait rentrer les diathèses dans les troubles endocriniens (2).

La cholestérinémie nous a été révélée par les travaux de Chauffard et de ses élèves Guy Laroche, Brodin, Grigault. On sait aujourd'hui l'énorme importance des lipoïdes dans l'organisme; suivant Linossier (3) elle atteint celle des albuminoïdes. Nous rencontrons ici encore un mécanisme régulateur physiologique qui assure la répartition des graisses alimentaires en lipoïdes : lécithine et cholestérine du sang et des tissus. Ici encore nous retrouvons l'action des glandes endocrines centres de synthèse ; le corps thyroïde, le thymus, l'hypophyse et surtout les capsules surrénales, et accessoirement chez la femme le corps jaune. Utilisée par les organes et surtout par le système nerveux, la cholestérine intervient dans les infections, et l'étude de la surrénale a montré à Mulon et à Porak qu'elle joue un rôle important dans l'immunité, ce que confirment les recherches expérimentales de Rouzaud et Cabanis. Mais la transformation de la cholestérine par le foie et son élimination par la bile sont le point essentiel de ces mutations. Ainsi les recherches de Chauffard nous apprennent qu'il y a deux sortes d'hypercholestérinémie : l'une active d'origine surrénale et l'autre passive d'origine hépatique.

Ce n'est pas seulement dans l'ordre chimique c'est aussi dans celui des phénomènes physiques que s'exerce le jeu d'équilibre interstitiel : « L'équilibre chloruré de l'organisme, nous dit Achard (1), est un des exemples les plus remarquables de ces multiples régulations dont l'ensemble assure l'eurythmie des actes physiologiques. Ses dérangements entraînent des désordres pathologiques dont l'hydropisie est un des plus importants et dont la connaissance pathogénique comporte des applications d'un grand intérêt pour la thérapeutique. » Le mécanisme régulateur pour la molécule de NaCl dans la concentration moléculaire des liquides de l'organisme est bien connu. Celui de la rétention chlorurée l'est tout autant. La clinique sait distinguer les diverses causes de rétention chlorurée : troubles des émonctoires dans les néphrites, de la circulation dans les œdèmes des cardiaques, et enfin causes interstitielles dépendant du trouble de la tension osmotique dans le milieu interne. On sait quels résultats heureux la thérapeutique a recueilli de la connaissance de ces phénomènes. Il n'y a plus de doute au sujet de la nature physique des accidents anaphylactiques et des chocs colloïdoclasiques (2). La démonstration faite par les travaux de Widal et de ses élèves (3), Abrami, Pasteur-Vallery-Radot, Brissaud, paraît hors de contestation. Mais ce que nous devons retenir c'est que dans la crise hémoclasique le bouleversement de l'équilibre colloïdal atteint non seulement les colloïdes du sang mais encore les cellules fixes de l'organisme. Cliniquement, nous voyons survenir non seulement la chute soudaine de la tension artérielle, des troubles vaso-moteurs et des modifications brutales et profondes quoique réparables et transitoires, mais encore des altérations de l'endothélium sanguin et lymphatique et surtout de la cellule hépatique; le pancréas et le rein sont profondément altérés et les centres nerveux eux aussi subissent le choc d'une manière souvent précoce et prépondérante.

Nous devons aussi constater dans cette réaction de l'organisme aux impondérables de la nature qui constitue l'anaphylaxie médicale ou spontanée ce que disent Widal, Abrami et Pasteur-Vallery-Radot dans leur magistral rapport de Strasbourg : « Chacun aborde cette lutte contre le milieu extérieur

(1) LAMBLING. *Précis de biochimie*, Paris 1921.
(2) MOURIQUAND. Les maladies dites arthritiques et les troubles endocriniens, *Paris méd.*, 2 mai 1920.
(3) LINOSSIER. Les lipoïdes, rapport au *Congrès de Bruxelles*, 1920.

(1) ACHARD. Maladies de la nutrition, in *Traité de pathologie médicale et appliquée* de Sergent, t. XII, p. 586.
(2) PÉHU. Le traitement de l'anaphylaxie, *Congrès de Strasbourg*, 1921.
(3) WIDAL, ABRAMI et VALLERY-RADOT. *Ibid.*

avec son tempérament, c'est-à-dire avec ses infériorités d'organes, ses insuffisances glandulaires, ses tares humorales et ses susceptibilités cellulaires. Tel fait de l'asthme, tel fait de la migraine ou de l'urticaire et tel autre encore de l'hémoglobinurie paroxystique. » Qu'est-ce à dire si ce n'est que les sympathèses humorales, glandulaires et cellulaires interviennent ici comme dans les autres troubles physico-chimiques de l'organisme.

* * *

Cet équilibre physico-chimique est réglé par le concert des glandes endocrines. C'est là le grand fait qui domine les notions acquises sur les maladies de la nutrition. La corrélation des humeurs résulte, suivant Lereboullet, de la corrélation fonctionnelle glandulaire. La synergie est la loi des fonctions endocrines. Antagonisme ou suppléance assurent l'équilibre fonctionnel des glandes à sécrétion interne qui sont des organes de régulation. La destruction de cet équilibre se manifeste de diverses manières (1) : parfois la prédominance d'un organe peut faire croire à un trouble uniglandulaire et cependant l'enquête clinique approfondie et la recherche de tests biologiques font ressortir la répercussion qui s'exerce sur les autres glandes. Plus souvent, c'est l'association évidente de deux syndromes glandulaires nous montrant, fait très intéressant, les rapports intimes qui unissent deux glandes dans une commune fonction : tel est le cas du corps thyroïde et de l'ovaire ou du foie et du pancréas. Enfin, de plus en plus nombreux sont les groupements plus complexes de plusieurs syndromes entre eux. Claude et Gougerot (2) nous en ont fait connaître des types intéressants. Et chez l'enfant, les glandes endocrines ont une activité spéciale qui entraîne l'organisme vers le développement somatique d'une part, et vers la maturité génitale, d'autre part. De là des syndromes pluriglandulaires constitués par des troubles de croissance et des syndromes d'insuffisance génitale (3). Ces deux syndromes peuvent d'ailleurs déborder l'un sur l'autre, ainsi que le fait remarquer Mouriquand dans son magistral exposé. Inutile n'est-ce pas d'énumérer tous les syndromes pluriglandulaires, mais il faut être circonspect et suivant la recommandation de Mouriquand s'en tenir aux faits vérifiés et ne pas créer de chic des groupes théoriques.

Que d'inconnues dans ce domaine qui s'ouvre à peine devant nous! Songeons qu'à part l'adrénaline et l'iodothyrine, le travail chimique est encore en suspens comme nous le dit Gley. Nous ne connaissons les sécrétions endocrines que par leurs actions spécifiques. Gley nous en a donné cependant une classification des plus intéressantes : les unes sécrétées en abondance et d'une manière permanente sont de véritables substances nutritives comme le glucose, les graisses, les protéiques. Les autres, au contraire, substances labiles, n'apportent pas directement d'énergie propre, elles libèrent l'énergie latente en se fixant sur les éléments anatomiques dont elles déclanchent le travail physiologique : *harmozones*. Les *hormones* vraies, substances régulatrices des fonctions ou des processus chimiques jouent le rôle d'excitants fonctionnels spécifiques, les uns physiques, les autres physiologiques. Enfin, les *parhormones* excitatrices existent comme produits de déchet qui excitent certains appareils. Ce qui est vraiment intéressant c'est l'action élective de ces diverses substances sur les éléments anatomiques de tels ou tels appareils : il y a là sans doute une véritable affinité chimique semblable au pouvoir pharmacodynamique de nos substances médicamenteuses [Lambling (1)].

Quelqu'étroite que soit la subordination réciproque des glandes endocrines qui se manifeste dans les syndromes pluriglandulaires, il ne faudrait pas considérer ces appareils comme constituant un circuit fermé autonome et indépendant, un véritable état dans l'état. Pour exercer ses fonctions régulatrices le système endocrinien est largement ouvert sur tous les appareils par l'intermédiaire de la circulation. Entre tel groupe glandulaire et telle fonction existent d'étroites synergies que révèlent les perturbations morbides : voici, par exemple, le syndrome surréno-vasculaire de Josué dans lequel l'hyperplasie de la surrénale, l'hypertension artérielle, l'hypertrophie cardiaque et la néphrite sont unies par des liens tellement étroits que la causalité en est réversive suivant l'expression de cet auteur.

Les conditions physiologiques que doivent remplir les glandes à sécrétion interne sont, d'après Lambling : 1° Leurs orientations histologiques vers les vaisseaux ; 2° la sécrétion de substances spécifiques que l'on retrouve dans le sang et dans la lymphe issus de la glande ; 3° les propriétés physiologiques spéciales du sang veineux glandulaire [Lambling (2)].

Ainsi déterminées les glandes à sécrétion interne nous apparaissent comme des postes importants et différenciés, mais, en réalité, il n'est pas une cellule dans l'organisme qui, après avoir subi l'influence des apports artériels n'émette à son tour des produits modifiés et ne fasse, dans une mesure très modeste peut-être, figure de petit appareil endocrinien élémentaire. Le mauvais réglage de ces appareils tels que la cellule nerveuse et la fibre musculaire n'intervient-il pas, dans une certaine mesure, dans les troubles de la nutrition? Mais, pour très importante que soit la part de la sécrétion interne dans la synergie glandulaire et tissulaire, elle n'est sans doute pas la seule. On peut saisir parfois des relations d'ordre embryonnaire entre certains tissus et certains organes et ces relations embryonnaires apparaissent parfois au cours des réactions pathologiques : tel est le cas des syndromes génito-surrénaux (3) que nous retrouvons dans le pseudo-hermaphrodisme surrénal de la femme à barbe, dans l'hirsutisme d'Apert et dans le nanisme sénile. En effet, l'embryologie nous apprend en ce qui concerne les capsules surrénales que la substance médullaire de la capsule naît des cellules nerveuses du ganglion sympathique, tandis que la substance corticale de la capsule surrénale, elle, naît aux dépens de l'épithélium de revêtement du cœlome qui donne naissance, en même temps, aux cellules germinatives du testicule et de l'ovaire.

(1) HARVIER. *Journ. méd. franç.*, nov. 1921, n° 11.
(2) CLAUDE et GOUGEROT. Les syndromes pluriglandulaires, *Journ. méd. franç.*, *Ibid.*
(3) MOURIQUAND. Syndromes endocriniens polyglandulaires de l'enfance, *Presse méd.*, 10 oct. 1921.

(1) LAMBLING. Loc. cit., p. 502 et suivantes.
(2) LAMBLING. Loc. cit.
(3) *Le Syndrome génito-surrénal,* Th. de GALLOIS. — HARVIER. In *Traité de pathologie médicale* de Sergent, t. IX, p. 136.

*
* *

Les glandes endocrines sont placées sous la subordination étroite du grand sympathique. Or, il faut remonter jusqu'au XVIIIe siècle pour retrouver en honneur la théorie des sympathies : elles étaient constituées par des impulsions et des impressions concomitantes, synergiques et paradoxales conduites par les nerfs. C'est de cette notion qu'est sorti, avec Winslow, le grand sympathique. Dans un magistral exposé Bichat l'a opposé comme un nerf de la vie végétative au système cérébro-spinal. Après cette phase anatomique est venue la phase physiologique avec Claude Bernard et Vulpian. Mais l'Ecole physiologique anglaise moderne a apporté une lumière inattendue à l'étude de l'innervation, si obscure hier encore, de la vie végétative. Appareil essentiellement régulateur et coordinateur, le système nerveux végétatif se compose de deux grands segments antagonistes : le *sympathique* avec ses trois étages cranien, thoracique et abdominal auquel s'oppose le *parasympathique* qui comprend le nerf vague et le nerf pelvien constituant un seul système. La belle schématisation de Guillaume, auquel nous devons tant de clartés sur le sympathique, nous le montre constitué par des appareils locaux formés de petits systèmes autonomes pour chaque viscère ; l'appareil nerveux intracardiaque est le plus connu. Ces appareils sont actionnés par des voies de connexion antagonistes, sympathiques et parasympathiques. Les voies sympathiques sont composées de deux neurones, unis par le relai ganglionnaire, l'un ganglio-organique et l'autre centro-ganglionnaire. D'ailleurs, la même disposition se rencontre dans le parasympathique : nous voyons, par exemple, pour le cœur le ganglion de Wrisberg constituer le relai des neurones ganglio-splanchniques et ganglio-central. Mais, partout les deux systèmes sont en antagonisme physiologique, qu'il s'agisse du cœur ou de la pupille, de l'intestin ou de la vessie et d'autres fonctions les plus délicates, telle que la mobilisation des réserves nutritives dans leur période d'utilisation, et le jeu des deux systèmes antagonistes règle l'équilibre fonctionnel.

Mais le caractère essentiellement plexiforme du système nerveux de la vie organique fait concevoir combien sont riches et complexes les modes de distribution et d'articulation des fibres sympathiques entre elles : une fibre axio-ganglionnaire peut, nous dit Guillaume, s'articuler avec plus de trente fibres ganglio-tissulaires et de ce fait commander un important territoire organique. Les connexions anatomo-physiologiques du sympathique sont donc innombrables et les schémas des auteurs anglais, ceux de Guillaume, nous servent de fil d'Ariane dans ce labyrinthe. Il est aisé de concevoir que les connexions pathologiques qui nous apparaissent de plus en plus étroites, nombreuses et complexes à mesure que les méthodes de laboratoire nous permettent de pénétrer plus avant dans ce domaine négligé des troubles du grand sympathique que les travaux de Laignel-Lavastine, de Loeper, de Guillaume nous font entrevoir. Mais à côté des appareils de coordination de la vie végétative et de la vie de relation, il y a enfin des centres supérieurs de la vie de relation en rapport avec les centres psychiques. Sans doute, l'interdépendance dans l'écorce de l'encéphale des centres de la vie végétative et des centres de la vie psychique n'apparait pas dans les conditions physiologiques, puisque nous sommes ignorants de l'activité de notre sympathique et de notre parasympathique. Mais il n'en n'est pas ainsi à l'état pathologique. De même, que la sensibilité de notre système nerveux végétatif ne se manifeste que sous forme de douleurs, de même l'intervention réciproque de notre psychisme et des perturbations de la vie organique constituent une nouvelle catégorie de sympathèses : les *sympathèses psychovégétatives*, que connaissent bien les médecins adonnés à l'étude des maladies de la digestion.

*
* *

Ceci dit revenons aux relations du sympathique et des glandes endocrines. Ces relations nous apparaissent dès la vie embryonnaire ainsi, que le font remarquer Claude et Piédelièvre (1), puisque nous voyons l'hypophyse issue d'un diverticule venu du fond de la cavité buccale pour former l'infundibulum et le plancher du IVe ventricule. Elles nous apparaissent histogénétiquement, puisque la *sympathicogonie*, élément primitif, donne naissance au *sympathicoblaste* d'une part, et au *parachromoblaste* de l'autre, l'un nerveux et l'autre glandulaire. Elles se manifestent, enfin, anatomiquement dans les riches plexus que notre vieux Sappey nous montrait entourant les glandes comme le lierre entoure la plante, rameaux constitués par les plexus thyroïdiens, ovarique, spermatique et solaire, par exemple. Mais, c'est l'expérimentation qui a permis d'étudier l'action des glandes endocrines sur le sympathique et elle a permis de classer les glandes et leurs produits en hypersympathicotoniques et hypervagotoniques. Cette action s'exerce de deux manières : tantôt à l'aide de produits chimiques et ce sont les *chemical messengers* des auteurs anglais, les *métabolites* de Gaskell, telles l'adrénaline, l'iodothyrine, la pituitrine et encore les hormones (*excitatores excitatorum*). Ce mode d'action à distance ne rappelle-t-il pas la télégraphie sans fil avec ses ondes hertziennes ? Mais, il y a aussi la voie télégraphique avec fil, représentée par les filets du sympatique et du parasympathique. Or, physiologiquement, le neurone est inséparable de la cellule à laquelle il se rend et l'articulation du neurone et de la cellule est ce que les Anglais nomment le *synapse*. Ce synapse équivaudrait à une membrane interposée entre des solutions électrolytiques de concentrations différentes ou entre deux solutions colloïdales chargées d'électrons de sens différents. Le synapse pourra donc ou laisser passer différents éléments ou les arrêter : excitation ou inhibition. Bien des problèmes, nous dit Guillaume, se lient à la physiologie du synapse, non seulement l'influx nerveux, mais encore les processus humoraux liés aux phénomènes physico-chimiques et aussi les actions pharmacologiques. Et voilà pourquoi je vous disais tout à l'heure que nous étions en plein dans la phase physico-chimique de l'histoire du grand sympathique.

*
* *

Si le grand sympathique a des relations étroites avec les glandes à sécrétion interne, ses rapports avec le système digestif ne sont pas moins intimes. Le plexus solaire avec ses ganglions splénique,

(1) CLAUDE et PIÉDELIÈVRE. Sympathique et glandes endocrines, *Journ. méd. franç.*, juin 1921.

semi-lunaire droit et gauche, diaphragmatique, mésentérique, réno-aortique, réunis par un riche réseau nerveux inextricable établit une synergie remarquable entre les diverses parties du système digestif et les autres systèmes de l'abdomen et l'économie tout entière.

Les glandes digestives ont une interdépendance physiologique étroite qui s'exerce par voie réflexe d'une part et de l'autre par l'intermédiaire d'hormones et d'harmozones suivant Gley. Les recherches déjà anciennes de Pawlow nous ont montré l'excitation déterminée par l'introduction dans un aliment se propageant en chaîne ininterrompue des sécrétions salivaires, gastrique, duodénale, hépatique, pancréatique et intestinale. Il y a, d'autre part, une synergie des ferments digestifs bien étudiée par Pawlow, Delezenne et surtout par G. H. Roger. Le ferment amylolytique de la salive est anihilé par le suc gastrique, mais en passant dans le duodénum, il double l'action du suc pancréatique sur l'amidon. La bile, outre son action émulsive, stimule tous les ferments digestifs. La plus importante des synergies digestives est l'altération de la trypsine pancréatique par l'entérokinase. Une réaction chimique dans la digestion intestinale, nous dit Et. Brissaud, résulte rarement de l'action d'un seul ferment, la synergie gastro-duodénale est un bel exemple de l'harmonie digestive : le jeu du pylore est réglé par le duodénum ; tant que la concentration moléculaire du contenu intestinal n'a pas atteint l'isotonie, le pylore reste fermé. D'autre part, le réflexe acido-régulateur de Pawlow interdit l'accès du duodénum au liquide acide gastrique, jusqu'au moment où le contenu duodénal est neutralisé. Plus le contenu gastrique est acide et plus l'afflux neutralisant de la bile et du suc pancréatique est rapide. Ainsi donc les sécrétions duodénales qui vont décider de la suite de la digestion ne sont que des réactions au contact du chyme stomacal.

Bien entendu le jeu de l'estomac et de l'intestin règle à son tour celui des glandes annexes, foie et pancréas. Mais ce n'est pas tout; par l'intermédiaire du grand sympathique et du vague, la digestion a une répercussion sur la tension artérielle, sur le tonus vasculaire et sur le rythme cardiaque. Elle a aussi une action sur l'appareil hématopoiétique, sur la leucocytose et sur l'hémolyse. D'autre part, l'action réciproque du système nerveux et des fonctions digestives est considérable. Enfin, par l'intermédiaire du grand sympathique, le tractus gastro-intestinal a des répercussions incessantes sur toutes les glandes endocrines.

Ce qui est admirable, c'est de voir tout ce mécanisme si complexe se dérouler silencieusement dans la paix d'une bonne digestion. Mais vienne un dérangement dans la machine et les troubles les plus variés, les plus éloignés vont apparaître. Ces harmonies et ces synergies digestives (1) ont été étudiées récemment par Loeper, avec le sens clinique le plus avisé. Les *sympathèses digestives* sont de deux sortes : pour l'estomac, par exemple, on doit distinguer les troubles associés des dyspeptiques et les dyspepsies secondaires. Les troubles nerveux des dyspepsies sont d'origine mécanique, tiraillement ou compression, d'origine réflexe et d'origine toxique. Il est de mode aujourd'hui de distinguer les syndromes sympathicotoniques ou vagotoniques, suivant que l'on rencontre de la tachycardie ou de la bradycardie, suivant le sens du réflexe oculo-cardiaque et suivant l'action de l'atropine ou de l'adrénaline. Mais ce que nous avons appris ces dernières années, c'est que les substances toxiques élaborées dans l'estomac et aussi les hormones remontent à travers la muqueuse irritée, décapée, ulcérée ou cancéreuse par les extrémités nerveuses jusqu'au bulbe. Loeper et Schulmann ont montré l'atteinte du pneumogastrique dans l'ulcus et Loeper et Forestier, celle du poumon cancéreux par le vague. Quant au retentissement des troubles gastriques sur l'œsophage, l'intestin, le foie, le pancréas, l'appareil cardio-vasculaire, respiratoire, le système nerveux, tout cela est connu et d'observation courante.

Quoi de plus connu aussi que les dyspepsies secondaires? Dyspepsie par entéroptose, par coprostase, par appendicite ; dyspepsie d'origine hépatique des cirrhotiques, des angiocolitiques et des lithiasiques ; l'estomac des biliaires a été étudié par Loeper et Forestier. Le chapitre des dyspepsies d'origine rénale est aussi des plus importants : Enriquez et Ambard nous ont fait connaître celle qui accompagne la néphrite latente avec rétention chlorurée et l'hyperchlorydrie qui l'accompagne. Quant à l'urémie gastrique, elle n'est trompeuse que dans les formes lentes. Le syndrome gastrique des prostatiques subinfectés est bien connu depuis Guyon. De même enfin, la dyspepsie des pelviennes trop souvent méconnue. Dyspepsie des cardio-vasculaires, dyspepsie des maladies de la nutrition, du goutteux, du diabétique et de l'oxalurique. Tout cela est connu depuis longtemps. Pour chacune de ces sympathèses gastro-viscérales l'étude en partie double de ces actions réciproques est d'autant plus intéressante qu'elle conduit à des directives thérapeutiques et diététiques toutes différentes suivant les cas.

Par ses connexions si multiples aussi bien que par ses fonctions si nombreuses, le foie fait songer à ces grandes cités à la fois commerciales et industrielles, sièges d'échanges, de transit et de transformations manufacturières qui sont en rapport incessant avec tous les points du pays dont elles assurent le ravitaillement et la vie matérielle. Nous venons de voir combien sont étroites les parentés pathologiques du foie et de l'estomac. Dans son livre tout récent (1), le professeur Roger a consacré un chapitre aux synergies fonctionnelles et aux sympathies morbides du foie. Il fait ressortir d'une part, la synergie des diverses fonctions du foie, et de l'autre la synergie du foie et des autres parties de l'organisme. Nous retrouverons là de précieuses indications dans la suite de nos études sur les sympathèses.

Les relations du foie et du pancréas sont embryologiquement et physiologiquement tellement étroites que nous voyons les deux glandes conjuguées dans des états morbides très divers. C'est d'abord dans la régulation de la glycémie que se réalise cet accouplement entre le foie glycogénique et le pancréas glycolytique. Associées par leurs sécrétions externes, en particulier dans la digestion des graisses, anatomiquement les deux glandes envoient leurs canaux excréteurs l'un au devant de l'autre pour se juxtaposer et mélanger leurs produits dans

(1) LOEPER. *Leçons de pathologie digestive*, 5e série.

(1) G. H. ROGER. *Physiologie normale et pathologique du foie*, 1922, ch. XVI, p. 336.

l'ampoule vatérienne. Quoi d'étonnant si les complications pancréatiques sont fréquentes au cours de la lithiase biliaire, si angiocolites et angiopancréatites se superposent souvent, déjouant le diagnostic différentiel?

Et ainsi, pour chacune de ses fonctions, le foie commande et subit des sympathèses correspondantes : la circulation est-elle en jeu, c'est le cœur qui est en cause et, par la veine porte, la rate, l'estomac et l'intestin. S'agit-il d'un trouble de l'hématopoïèse, voici réalisé un syndrome hépato-splénique; la cellule hépatique est-elle déficiente à l'uréogénèse, à l'arrêt des poisons, et voici qu'apparaît l'insuffisance hépato-rénale.

* * *

Les connexions sanguines ont une importance considérable : respiration interstitielle, transit chimique des matières nutritives, échange des chemical messengers entre les glandes et cellules, tout cela se fait par la voie fluviale de la circulation sanguine et lymphatique. Il en résulte tout un ordre de pertubations se répercutant : ce sont les sympathèses circulatoires. Ce sont d'abord les troubles du moteur central avec ses doubles connexions, vasculaire par la circulation qu'il assure, nerveuse par le rythme qui peut se modifier à tout instant. Sans doute, les travaux récents ont émancipé la fibre musculaire cardiaque qui demeure maîtresse de la transmission de l'excitation contractile et par conséquent du rythme. Et cependant au-dessus de la fibre musculaire, l'allure est réglée par la double action vago et sympathicotonique et par là le changement de vitesse est déclanché par les excitations venues des organes les plus éloignés. Quant aux troubles d'hydraulique suivant qu'il s'agit d'insuffisance ventriculaire gauche ou droite ou d'insuffisance totale les répercussions se feront sentir de manière différente. Mais, en outre, les troubles circulatoires peuvent être circonscrits dans un secteur limité, véritable court-circuit dans lesquels peuvent être compris des organes associés par leurs rapports vasculaires : telle la stase cardio-pulmonaire, le foie cardiaque, la répercussion hépato-splénique et l'hypertension portale.

Aux asystolies locales, aux troubles cardiaques d'origine viscérale, pulmonaire, hépatique ou rénale. viennent maintenant se joindre les troubles cardiaques dus aux glandes endocrines dont le cœur des basedowiennes est le plus beau type (1).

Cœur, vaisseaux, système nerveux et glandes endocrines combinent leurs effets pour régler la tension artérielle : « un fonctionnement du cœur impeccable, nous dit Gallavardin (2), une adaptation parfaite des vaisseaux, une direction harmonieuse du système nerveux, des exigences limitées des divers organes (et nous pouvons ajouter un jeu régulier et compensé des glandes endocrines) il faut tout cela pour maintenir à un taux normal la tension artérielle et assurer sans défaillance comme sans excès cette circulation sans fin, cette course sans repos du milieu intérieur qui ne cessent qu'à la mort. »

De toutes les conditions pathologiques capables de troubler la tension artérielle, il n'en n'est ni de plus fréquente ni de plus efficace que les modifications du jeu de bascule du cœur et du rein. On peut dire que la répercussion de ces deux organes l'un sur l'autre ne manque jamais : rein cardiaque ou cœur rénal ou cœur et rein artéro-scléreux. Ces problèmes nous les rencontrons tous les jours en clinique. Le cas le plus simple est celui de la stase rénale du mitral décompensé. Mais ici même la part de l'insuffisance cardiaque et celle de la défaillance rénale est difficile à faire dans l'oligurie, dans l'anasarque et dans l'azotémie et Josué nous a montré comment ces faux cardiorénaux peuvent en imposer alors que seule la défaillance cardiaque est en jeu. Inversement chez le rénal la diminution progressive du pouvoir sécrétoire du rein est compensé par la polyurie nécessitant l'hypertrophie cardiaque et l'hypertension artérielle. L'avenir du brightique est donc lié à la résistance de son myocarde; un nouvel équilibre cardio-rénal s'est constitué. Mais si le cœur fléchit l'oligurie succède à la polyurie, le rein ne peut plus éliminer les déchets azotés en proportion nécessaire; l'insuffisance cardiaque ajoute ses effets à ceux de l'insuffisance rénale pour accroître l'accumulation des déchets dans l'organisme. L'asystolie aggrave donc l'insuffisance rénale et ainsi se constitue un cercle vicieux dans lequel il devient de plus en plus difficile de démêler la part du cœur et du rein.

Que dire alors des vrais cardio-rénaux par artériosclérose chez lesquels l'influence du cœur et celle des reins trouve devant elle, au moment où la compensation devrait intervenir, un organe déjà défaillant? On ne peut du reste résumer en quelques phrases ces problèmes si complexes que la médecine moderne a éclairé d'un jour tout nouveau. Mais ce que nous voulons seulement souligner c'est l'union étroite qui solidarise le cœur et le rein dans leurs troubles fonctionnels.

* * *

Les relations du rein et du foie sont sans doute aussi étroites quoique moins bien connues parce que moins bien étudiées. Certes nous savons le rôle que joue l'insuffisance hépato-rénale dans l'ictère grave; les fonctions uréogéniques du foie établissent avec le rein une solidarité fonctionnelle étroite qui se rencontre dans un grand nombre d'affections en particulier dans les ictères infectieux. Par ailleurs si le foie est le régulateur de la glycémie, le seuil d'élimination du sucre est dans la cellule rénale, et le facteur du rein dans le diabète est certainement plus grand qu'on a coutume de le croire. Mais les rapports inverses sont moins bien connus encore et cependant l'opinion des urologistes est que les graves désordres du rein ont une répercussion sur la cellule hépatique.

Les rapports pathogéniques du rein et de l'intestin sont des plus intéressants. Ils appartiennent à deux ordres de faits différents suivant que l'infection est en jeu ou qu'il s'agit avant tout d'insuffisance fonctionnelle.

Le syndrome entéro-rénal étudié récemment par Heitz-Boyer et Schulmann est constitué par la très grande fréquence des néphrites, pyélites et cystites d'origine intestinale. Celles de l'enfance ont été l'objet des descriptions de Comby, d'Hutinel, de Marfan; celles des vieillards sont des plus communes; celles de la femme enceinte relèvent de la même origine. Elles sont favorisées les unes par les ptoses, les stases veineuses, les autres par les insuffisances sécrétoires, la constipation et surtout les infections

(1) Oddo. Le cœur des basedowiennes, *Sud méd.* 15 juin 1921.
(2) Gallavardin. *La Tension artérielle en clinique*, p. 231.

de la partie droite de l'intestin. L'agent habituel en est le coli bacille qui en marque l'origine intestinale bien plus fréquemment que l'entérocoque ou le bacille d'Eberth.

Les relations fonctionnelles des troubles de l'intestin et du rein ont été l'objet d'études très intéressantes de Mattei (1). Il distingue l'hyperazotémie résultant de la diminution de l'excrétion rénale dans les diarrhées profuses, la voie rénale restant libre et le pouvoir de concentration maxima du rein conservant ses limites habituelles et les diarrhées coïncidant avec l'insuffisance rénale vraie avec diminution du pouvoir de concentration, azotémies avec hyperazoturie. L'insuffisance rénale intervient alors comme facteur aggravant des troubles intestinaux. La notion de la capacité fonctionnelle du rein est donc un facteur de pronostic et de diagnostic important dans les affections du tube digestif.

*
* *

Nous pourrions poursuivre cette énumération et je m'excuse de sa longueur. Nous avons vu ce qu'il en est du système nerveux végétatif. Ce n'est pas dans la vie de relation que les exemples de synergies nerveuses nous feraient défaut; coordination des mouvements, associations sensitives et sensorielles, équilibre, tonus musculaire, associations psycho-organiques, toutes les fonctions essentielles du système nerveux sont le résultat d'harmonies très complexes, dont la déficience ou la perturbation nous révèle l'importance de la complexité à l'état pathologique. La dermatologie nous enseigne à tout instant que derrière l'efflorescence cutanée il faut rechercher les troubles du métabolisme et les perturbations glandulaires ou trophoneurotiques.

En réalité, c'est la médecine entière qu'il faudrait parcourir pour y retrouver les relations pathogéniques qui unissent et subordonnent entre eux les actes morbides. Mais ce que je tiens à souligner en terminant c'est que dans ces considérations d'ensemble je n'ai pas songé un seul instant à faire de la pathologie générale, car en groupant les phénomènes morbides on ne sort pas du domaine de la clinique la plus pratique.

Le médecin en face d'un cas déterminé ne peut pas faire de diagnostic exact sans remonter la chaîne des symptômes jusqu'à l'acte morbide initial. Il ne peut pas non plus faire de diagnostic complet sans rechercher dans toute leur complexité les répercussions qu'entraîne le phénomène primitif dans le sens des synergies et des sympathèses plus ou moins obscures et plus ou moins lointaines.

Enfin, comment mettre en œuvre une thérapeutique correcte et efficace c'est-à-dire frappant au bon endroit et orientée dans la vraie direction pathogénique si la subordination des phénomènes morbides nous échappe?

L'étude des sympathèses est donc un bon poste d'observation pour le clinicien aussi bien que pour le pathologiste. J'ai le projet de m'y tenir souvent au cours des années d'enseignement qu'il me reste peut-être encore à parcourir et j'ai l'ambition sans doute bien téméraire de faire de ces études d'ensemble le couronnement de ma carrière professorale.

Et d'ailleurs bien au-dessus de ma modeste tâche c'est sans doute dans cette voie que se feront de grandes découvertes de demain, que celles d'aujourd'hui et d'hier font pressentir. Car, à voir, comme je le disais en commençant, son horizon s'élargir devant nous chaque jour, davantage, on peut, je crois, sans crainte de se tromper, proclamer que : « l'avenir prochain de la médecine est dans la synthèse. »

(1) Ch. Mattei. Insuffisance rénale et troubles digestifs, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 mars 1917.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1923)

Le vote de la loi sur la correctionnellisation de l'avortement. — M. Doléris, vice-président, annonce à l'Académie que le Parlement vient de voter cette loi. Il rappelle que l'Académie, en avril 1917, avait émis le vœu que cette loi fût édictée. Elle peut se féliciter aujourd'hui que la campagne qu'elle a entreprise à ce sujet ait abouti à un pareil succès, car la loi a été votée par 400 voix contre 80.

Traitement du diabète par l'insuline. — M. Widal donne lecture d'une note intéressante de M. Blum (de Strasbourg) sur ce sujet.

M. Blum a préparé en s'inspirant des travaux de Banting, Best et Mac Leod de Torento l'insuline, extrait pancréatique, susceptible d'agir sur la combustion du glycose dans l'organisme. Il a utilisé ces extraits dans le traitement du diabète. Les résultats qu'il a obtenu confirment entièrement ceux relatés par les auteurs canadiens : l'insuline rend au diabétique sa capacité de brûler le glycose. Quand on en administre des quantités suffisantes on peut faire disparaître tous les symptômes du diabète, glycémie et glycosurie, symptômes qui reviennent dès que l'action passagère de l'insuline aura cessé de se manifester.

On peut par l'usage de l'insuline obtenir des résultats surprenants dans le diabète grave. Dès maintenant l'on peut dire que son emploi est indiqué chez tous les malades dont la vie est directement menacée par l'existence d'un diabète.

M. Achard rappelle qu'il a été amené à rapporter le diabète, et d'une façon plus générale l'insuffisance de la glycolyse, à un trouble pancréatique plutôt qu'à un trouble hépatique, contrairement à l'opinion qui prévalait après les mémorables travaux de Cl. Bernard.

Il avait remarqué, avec G. Desbouis, que la ligature basse du cholédoque, accompagnée d'un léger traumatisme du pancréas, détermine une insuffisance glycolytique passagère, que ne produit pas la ligature haute. Avec J. Rouillard, il avait observé que l'insuffisance glycolytique engendrée par la ligature du conduit de Wirsung était annulée par l'injection de macération fraîche du pancréas. Mais surtout il avait constaté avec A. Ribot et Léon Binet (juill. 1919) que cette macération fraîche annulait non seulement l'insuffisance glycolytique du diabète par pancréatectomie, mais aussi les insuffisances transitoires qu'on peut artificiellement produire par l'injection d'adrénaline et par celle d'extrait hypophysaire.

Chez l'homme diabétique, il n'avait pas osé injecter cette macération fraîche et l'avait seulement essayée, sans succès, en lavement.

Sur ses conseils, son interne M. Ch. Gardin chercha une forme utilisable d'extrait pancréatique et prépara une décoction de pancréas de porc, injectable dans les veines. Ses recherches, faites à la clinique de l'hôpital Beaujon en 1920, ont été consignées en 1921 dans un mémoire de concours resté inédit. Elles montrent que cet extrait active l'utilisation du sucre chez le sujet sain et aussi chez le diabétique, notamment dans un cas grave d'acidose. De plus, ce qui est particulièrement intéressant pour la pratique, M. Gardin a vu que cet extrait, pris par la bouche à plus forte dose, est actif aussi contre l'insuffisance glycolytique.

Ces recherches, encore peu nombreuses, concordent donc avec celles des physiologistes canadiens, parues en 1922, dont elles sont tout à fait indépendantes.

M. Achard fait remarquer, en terminant, que supprimer passagèrement l'insuffisance glycolytique n'est pas guérir le diabète. C'est un point fort intéressant dont la thérapeutique peut tirer un parti très utile, mais il n'apparaît pas que l'extrait pancréatique atteigne d'une façon durable la cause même du trouble nutritif.

M. Gley rappelle des expériences qu'il a faites, depuis déjà bien longtemps, sur le pancréas. Il avait montré que lorsqu'on supprime chez le chien les liens pancréatiques, on détermine la sclérose du pancréas, mais la glande intérieure subsiste et, d'autre part, les liens pancréatiques se reforment très rapidement chez le chien. Claude Bernard a soupçonné le diabète pancréatique. Après avoir rappelé les nombreuses expériences physiologiques qui ont été pratiquées sur le pancréas, M. Gley s'étonne qu'on n'ait pas cherché plutôt, dans le pancréas, un remède contre le diabète.

Ces recherches se poursuivent dans les laboratoires de physiologie. Malgré les efforts qui ont été faits par les gouvernements de la République pour améliorer ces laboratoires, efforts qu'il faut reconnaître, ils laissent encore bien à désirer au point de vue matériel et au point de vue de l'organisation.

La variole de Marseille. — M. Arnaud fait une communication sur la variole à Marseille de 1916 à 1922. Il insiste sur la prédominance des cas importés et sur l'efficacité d'un bon isolement.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle. Voici le classement des candidats : en première ligne, M. Nobécourt; en deuxième ligne, et par ordre alphabétique, MM. Le Noir, Lereboullet, de Massary, Rathery et E. Weil. Adjoint à la présentation, M. Levaditi.

Au premier tour, sur 73 votants, M. Nobécourt obtient 53 suffrages. Il est proclamé élu.

Nous adressons toutes nos félicitations à notre sympathique collègue.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Le Maroc par Marseille. — Pour se rendre au Maroc, les voyageurs avertis empruntent de préférence la voie de Marseille, en raison des commodités qui leur sont offertes par cette voie.

C'est d'abord le voyage en chemin de fer de Paris à Marseille qui peut se faire en douze heures dans des trains rapides composés de voitures très confortables.

De Marseille au détroit de Gibraltar, la traversée est protégée contre les vents et la houle par les îles Baléares et les côtes d'Espagne, ce qui constitue pour les voyageurs un avantage particulièrement précieux.

Les départs de Marseille ont lieu régulièrement les 5, 15 et 25 de chaque mois à 11 h. en correspondance directe avec les trains rapides quittant Paris la veille au soir entre 19 h. 25 et 20 h. 45.

Les navires de la Compagnie Paquet arrivent les 8, 18 et 28 au matin à Tanger, en repartent l'après-midi et touchent le lendemain matin à Casablanca.

Au retour, les voyageurs bénéficient d'une organisation analogue.

Il est délivré, de Paris à Casablanca, des billets simples valables quinze jours et des billets aller et retour, valables quatre-vingt-dix jours, avec enregistrement direct des bagages, ce qui dégage les voyageurs de tout souci en cours de route.

Prix des billets : Simples : 1re cl., 690 fr. 20; 2e cl., 482 fr. 85; 3e cl., 313 fr. 05; aller et retour : 1re cl., 1.241 fr. 55; 2e cl., 868 fr. 35; 3e cl., 562 fr. 70.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, COMPLICATIONS & DIAGNOSTIC

DE LA

FIÈVRE SCARLATINE[1]

III. **Complications rénales.** — Ici encore, on voit s'opposer l'albuminurie précoce, du début, qui est bénigne à l'albuminurie de la convalescence, beaucoup plus grave.

1. ALBUMINURIE PRÉCOCE. — Elle est contemporaine de l'éruption et reste bénigne. Les urines sont denses, foncées, hyperacides, troubles et contiennent une quantité variable d'albumine. C'est, en somme, l'albuminurie banale que l'on retrouve au cours de la période aiguë, fébrile de toutes les maladies graves.

2. ALBUMINURIE DE LA CONVALESCENCE. — C'est la variété la plus intéressante.

ETIOLOGIE. — Elle survient deux à trois semaines après le début de l'éruption; c'est une complication fréquente et grave de la scarlatine. L'action du froid a été invoquée et s'ajoute indubitablement à l'atteinte infectieuse du parenchyme rénal.

SYMPTÔMES. — Le début est variable, tantôt insidieux, tantôt brusque.

Parfois le début est *insidieux*, marqué, par la diminution des urines, l'apparition d'albuminurie, de fièvre. D'autres fois, le premier symptôme consiste en bouffissure des paupières ou léger œdème des pieds.

Tantôt le début est *brusque*, marqué par de l'œdème généralisé, de l'anasarque, ou bien par un accident dyspnéique (œdème de la glotte) ou par un syndrome fébrile, aigu, comme dans la néphrite à frigore. Enfin, dans certains cas, on peut assister à une crise d'urémie convulsive ou comateuse, survenant d'emblée. Une fois installée, la néphrite est marquée par un ensemble de symptômes caractéristiques :

Les *urines* sont rares, bouillon sale. Parfois même, l'anurie s'installe d'emblée. Les urines troubles laissent un dépôt de leucocytes, d'hématies déformées, de cylindres. La quantité d'albumine, qu'on y trouve, peut varier de 1 à 2 grammes et parfois plus.

L'*œdème* est étendu : d'abord localisé aux paupières, il s'étend ensuite au scrotum, aux membres, enfin au tronc avec une grande rapidité. On peut trouver, en même temps, la présence d'épanchements séreux divers au niveau des plèvres, du péricarde, etc.

L'auscultation du *cœur* révèle un bruit de galop et des signes d'hypertrophie cardiaque.

On constate, en outre, les signes communs de l'*intoxication urémique* : céphalée, vomissements, convulsions, troubles nerveux divers. Les troubles oculaires sont constants et vont de l'amblyopie à l'amaurose : L'examen ophtalmoscopique montre de l'œdème de la papille et de la rétinite albuminurique.

Dans tous ces cas, divers examens s'imposent :

Examen du sang et dosage de l'urée sanguine (élévation du taux de l'urée); examen des urines; examen du liquide céphalo-rachidien (augmentation du taux de l'urée).

EVOLUTION. — Dans un grand nombre de cas, la guérison survient rapidement en quelques semaines. Le passage à la chronicité est possible, bien que certains auteurs le mettent en doute (albuminuries cicatricielles de Bard, albuminuries résiduales de Teissier).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions macroscopiques des reins varient suivant les cas :

Tantôt on trouve un gros rein blanc, mou, œdémateux.

Tantôt, on constate un rein hémorragique, gros rein, mou, parsemé d'hémorragies.

Tantôt, enfin, le rein est hyperémique, uniformément rouge.

Histologiquement, il s'agit d'une glomérulo-néphrite : les glomérules sont gonflés de leucocytes et d'hématies ; pour les uns, il s'agit de la compression du bouquet glomérulaire par hyperplasie du tissu conjonctif ; pour les autres il y a diminution et obstruction même de la lumière des capillaires.

Les deux feuillets de la capsule de Bowmann sont soudés.

PATHOGÉNIE. — On faisait intervenir autrefois le froid et les lésions de la peau par l'éruption. Actuellement, on admet l'action du streptocoque et de ses toxines. On a retrouvé d'ailleurs le streptocoque dans les urines.

IV. **Lésions des articulations.** — Précoces ou tardives, les arthrites ne sont point rares.

Précoces, elles surviennent vers le cinquième jour : il s'agit alors du rhumatisme scarlatineux précoce, siégeant au niveau d'une ou de plusieurs articulations : pieds, poignets, genoux, cou-de-pied.

Tardives, au moment de la convalescence, les arthrites siègent surtout au niveau des doigts, des poignets. Comme dans tous les pseudo-rhumatismes infectieux, il est oligo-articulaire. Les phénomènes inflammatoires, douleur, rougeur, tuméfaction sont le plus souvent modérés et s'atténuent en quelques jours. D'autres fois, les signes généraux sont plus graves : fièvre, frissons éclatent brusquement ; une ou plusieurs articulations deviennent tendues, rouges et douloureuses. De séreuse qu'elle était, l'arthrite est devenue purulente.

V. **Cœur et sang.** — On peut voir survenir des phénomènes de septicémie ou de septico-pyohémie.

Des phlegmons, des abcès sous-cutanés peuvent être observés au cours ou à la suite de la scarlatine.

Les complications cardiaques sont plus rares.

La *péricardite* coïncide souvent avec l'endocardite et la pleurésie. Elle est souvent insidieuse et séro-fibrineuse, rarement suppurée. On a cité quelques cas de péricardites hémorragiques et mortelles.

L'*endocardite* peut être simple et évoluer comme une endocardite rhumatismale : elle peut laisser à la suite un souffle doux, systolique à la pointe, souffle qu'il faut différencier des souffles extracardiaques.

Les endocardites végétantes et ulcéreuses, compliquées d'embolies, sont souvent consécutives à une otite suppurée, à une adénite suppurée.

Le *myocarde* est rarement touché : myocardite scléreuse.

L'aortite peut être une complication à longue échéance.

Enfin, rappelons les accidents cardiaques qui surviennent au cours des néphrites : dilatation aiguë du cœur, hypertrophie ventriculaire gauche secondaire à une néphrite aiguë scarlatineuse.

VI. **Système nerveux.** — En dehors des signes fonctionnels que l'on peut observer au cours des formes malignes de la scarlatine et des accidents nerveux urémiques consécutifs à la néphrite scarlatineuse, on peut voir survenir dans la scarlatine certaines complications nerveuses :

Méningite suppurée,
Thrombose des sinus,
Abcès du cerveau, complications des otites suppurées.

Les embolies peuvent compliquer une endocardite ulcéreuse et provoquer la constitution d'une hémiplégie spasmodique.

Les paralysies périphériques sont très rares.

La *chorée* peut survenir parfois chez les enfants à la suite de la scarlatine. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 1, p. 14; n° 3, p. 46, et n° 5, p. 78.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 8. — SAMEDI 27 JANVIER 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 27 JANVIER 1923. — N° 8.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Célébration du centenaire de Jenner a l'Académie de médecine. — L'Académie s'entend à honorer, avec un certain éclat, les bienfaiteurs de l'humanité. Après Pasteur, c'est Jenner. Sous la présidence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène, M. le président Chauffard donne la parole à M. Achard, secrétaire général.

M. Achard donne connaissance des nombreuses adresses de félicitations qui, à l'occasion du centenaire de la mort de Jenner, ont été envoyées à l'Académie de la part des Sociétés étrangères, de l'Angleterre, de la Belgique, de l'Espagne, du Canada, du Portugal, de l'Amérique, en particulier de l'Institut de Rockfeler, de l'Italie, de la Grèce, de la Hollande, de la Roumanie, de la Tchéco-Slovaquie, de la Turquie, etc.

Après avoir, au nom de l'Académie, remercié ces diverses Sociétés étrangères, M. Achard souhaite la bienvenue aux nombreux délégués des diverses Sociétés françaises et étrangères qui ont bien voulu honorer de leur présence cette séance solennelle.

M. Chauffard prononce ensuite l'allocution que l'on trouvera plus loin (p. 126).

M. Camus, directeur de la vaccine, dans une note très documentée et fort bien écrite, retrace l'histoire de la variolisation qui avait déjà donné des résultats très appréciables contre la variole à la fin du XVIIIe siècle, puis de la vaccine qui a donné bien d'autres résultats et c'est à Jenner que revient le grand mérite d'avoir découvert l'influence du cow-pox sur la variole.

Il nous donne d'intéressants détails sur Jenner qui était désintéressé et généreux, sur sa valeur comme médecin et physiologiste, sur les qualités d'observateur et de bon expérimentateur qu'il a déployées.

Il rappelle également les discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine.

Il appartenait au directeur de la vaccine, après avoir parlé de la période préjennérienne, de Jenner et de sa découverte, de faire l'histoire de la vaccine jusqu'à nos jours et d'insister sur les progrès qui, surtout depuis Pasteur, ont été réalisés dans la vaccination et la revaccination.

M. Camus conclut en disant que c'est bien à Jenner que revient l'honneur d'avoir combattu et presque vaincu la variole. Nul aujourd'hui ne saurait nier l'importance de cette découverte et il appartenait à l'Académie de médecine de proclamer que Jenner était bien digne de la reconnaissance de l'humanité.

Après cette communication, on nous a fait passer sur l'écran une série de films, tous relatifs à la vie de Jenner.

M. Teissier insiste particulièrement sur la lutte des vaccinateurs et des antivaccinateurs qui s'est prolongée bien au delà du temps où vécut Jenner et plus particulièrement dans son propre pays, en Angleterre.

M. Teissier apporte des statistiques plus éloquentes que tous les discours sur les bienfaits de la vaccine, sur les bons résultats de la loi de 1915 sur l'obligation des revaccinations. Par des statistiques empruntées à l'armée, il démontre que, grâce à la vaccine et à la loi sur son obligation, on est arrivé à presque supprimer la variole.

L'Académie, ajoute M. Teissier, a pieusement conservé le dépôt, qu'il y a un siècle lui a laissé Jenner, et c'est, dit-il, un grand honneur pour notre profession de pouvoir doter l'humanité de découvertes géniales comme celle de Jenner.

M. Jeanselme nous apprend qu'en 1918 il a été distribué 2.100.000 doses de vaccin.

C'est surtout dans nos colonies qu'ont été réalisés de grands progrès. Ceux-ci n'ont pas été obtenus sans difficultés au point de vue du recrutement des vaccinateurs. Mais est-il bien nécessaire que ces vaccinateurs soient toujours des Européens? M. Jeanselme ne le croit pas et il pense que le mieux serait de recourir aux vaccinateurs indigènes. D'ailleurs l'expérience est faite et les vaccinateurs indigènes ont déjà fait leurs preuves.

A en juger par les progrès déjà réalisés dans les colonies et plus récemment en Chine, on peut voir poindre le jour où la variole aura complètement disparu.

Signalons une note intéressante de M. d'Espine (de Genève) sur le rôle des médecins genevois dans la propagation de la vaccine jennérienne.

M. Souques lit un discours envoyé par M. Blaxall (de Londres.

Un musée relatif à l'histoire de la vaccine est installé dans la salle des Pas-Perdus.

Le soir, un banquet offert par l'Académie, sous la présidence de M. Strauss, a réuni tous les invités étrangers.

A. BROCHIN.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. (*Médecine*). — *Mémoire.* — MM. Alajouanine, 30; Blum, 29; Libert, 27.

Epreuve orale. — Question donnée : « Diagnostic de l'insuffisance hépatique. »

MM. Blum, 17; Libert, 16; Alajouanine, 18.

Epreuve écrite. — Question donnée : « Histologie et physiologie de la rate. Erysipèle de la face. »

MM. Libert, 29; Alajouanine et Blum, 30.

Médaille d'or : M. Alajouanine; médaille d'argent : M. Blum; accessit : M. Libert.

(*Chirurgie et accouchements*). — *Mémoire.* — M. Flandrin, 29.

Epreuve orale. — Question donnée : « Les perforations des ulcères gastriques. »

M. Flandrin, 19.

Epreuve écrite. — Question donnée : « Fractures sous-capitales du col du fémur. »

M. Flandrin, 29.

Médaille d'or : M. Flandrin.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 22 janvier. — Questions données : « Diagnostic de la fièvre typhoïde au deuxième septénaire. — Signes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. »

MM. Petrignani, 12; Scemla, 16; Haye, 14; Digonnet, 18; Jeandeau, 15; Destouches, 16; Peynet, 15 1/2; Lafont, 13 1/2; Leloup, 19 1/2; Vanheuverswyn, 17.

Séance du 23 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic du pneumothorax spontané tuberculeux. — Diagnostic des kystes de l'ovaire et leurs complications. »

MM. Marassi, 15; Arviset, 12; Darquier, 17; Castéran, 14; Mlle Baudry, 14 1/2; MM. Duhamel, 16; Naveau, 15 1/2; Mlles Gricouroff, 10; Odier, 14 1/2; MM. Mer et Redon, 14; Guérin (Maurice), 15 1/2.

INTERNAT DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Un concours pour la nomination à sept places, au moins, d'internes titulaires, et à un nombre à déterminer au moment du concours, de places d'internes provisoires s'ouvrira le 15 février prochain.

S'inscrire à la préfecture de police, bureau du personnel avant le 4 février.

Les épreuves seront les suivantes : 1° une épreuve écrite de pathologie interne, externe ou générale en une heure.

2° Une épreuve orale d'anatomie descriptive élémentaire, et de pathologie, en dix minutes après dix minutes de réflexion.

3° Deux épreuves cliniques (examen d'un malade pris dans un service de chirurgie, et d'un malade pris dans un service de médecine.

Les internes sont nommés pour un an et peuvent être prorogés pendant trois autres années. Leur traitement est de 4.000 fr., augmentés de l'indemnité de cherté de vie de 730 fr. par an.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — PRIX DÉCERNÉS. — *Prix Marjolin-Duval.* — Le prix est décerné à M. le docteur Joseph Fournier, interne des hôpitaux de Paris, pour son travail intitulé : « Anomalie rotulienne. La patella bipartita. »

Prix Dubreuil. — Le prix est décerné à M. le docteur René Simon (de Strasbourg) pour son travail sur : « La greffe osseuse. »

Prix Aimé Guinard. — Le prix est décerné à M. André Richard, interne des hôpitaux de Paris, pour son travail sur : « Les modifications récentes dans la technique de la gastrectomie pour cancer. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur G. Pittaluga, de la Faculté de médecine de Madrid, fera une conférence en français sur « Les hémo-dystrophies (étude d'un groupe de maladies du sang) », au grand amphithéâtre de la Faculté, le mardi 6 février 1923, à 16 h.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours de médecine opératoire générale, pour 40 élèves, par M. le docteur Daniel Petit-Dutaillis, prosecteur, commencera le lundi 5 février 1923, à 2 h., et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 100 fr. — Gratuit pour internes et externes.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, 8, rue Dante, s'est assuré la reproduction sténographiée des cours suivants :

Pathologie expérimentale. — L'appareil respiratoire : Cours de M. le professeur Roger. — Les glandes à sécrétion interne : Cours de M. Garnier, agrégé.

Pathologie médicale. — Le foie : Cours de M. Villaret, agrégé.

ERRATUM. — M. Georges Bernard, ancien interne de la maison de Nanterre, nous prie de dire qu'il n'est pas l'auteur de l'article paru le 6 janvier sous le titre : Existe-t-il une tuberculine efficace et inoffensive? L'erreur est explicable par une simple homonymie.

NOTE DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique		17 gr.
Phosphate de soude		24 gr.
Eau distillée	Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 29 JANVIER AU 3 FÉVRIER 1923)

THÈSES

Mardi 30 janvier. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Balthazard, Duval et Lecène. — M. BOWN-PEREY (Thomas). Réflexes à point de départ oculaire par injection. — M. HARALAMBIDIS (I.) Etude analytique et synthétique de l'ulcère peptique jéjunal opératoire. — M. JEAUGEON (Jean). De la responsabilité médico-légale du dentiste. — M. MENEZ (Xavier). Classification des mégacôlons.

Samedi 3 février. — Jury : MM. Chauffard, président ; Vaquez, Jeanselme et Nobécourt. — M. GIRAUD (Robert). Le cyanure de mercure (traitement des cirrhoses veineuses). — M. COQUERELLE (Amédée). Contribution à l'étude des rapports de la paralysie et de l'hérédosyphils. — M. LADROITTE (Louis). La contagion dans l'encéphalite. — Mme MOLES (R.) Contribution à l'étude des eczémas du nourrisson.

REVUE GÉNÉRALE

LES HYPOTENDUS EN CHIRURGIE

PAR MM.

G. JEANNENEY et J. TAUZIN

Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux. de Bordeaux.

Le terme « hypotension » est devenu familier aux chirurgiens pendant la guerre. Ils se sont alors rendu compte que ce syndrome présente pour eux un intérêt aussi considérable que pour le médecin. C'est, en effet, bien souvent la signature d'une complication grave. Il faut le prévenir et, lorsqu'on le rencontre, il faut le combattre.

« On dit qu'il y a hypotension chaque fois que la pression artérielle se montre inférieure à la moyenne habituelle (1). » Mais, il faut se rappeler que c'est la Mn qui doit servir de base aux classifications des états artériels. Cette pression Mn doit servir d' « étalon sphygmomanométrique », parce qu'elle représente « la charge réelle permanente des artères », et que, de toutes les valeurs oscillométriques, elle est, pour cette raison, la seule qui présente une constance remarquable, à l'état physiologique, non seulement chez le même individu, mais encore chez les divers individus (2) ».

On conçoit ainsi qu'une cause, susceptible de modifier cette valeur, entraîne généralement une modification de toutes les autres. Aussi, le plus souvent, s'agit-il d'hypotensions globales intéressant Mn, Mx, P V et même Io.

Variétés diverses d'hypotendus. — Aussi bien, selon le degré d'hypotension, pourra-t-on se trouver en face d'*hypotendus légers* ou *graves*. Mais, « ce qu'il importe de savoir, ce n'est pas tant le chiffre absolu de l'hypotension, mais bien si l'on se trouve en face d'un sujet qui supporte ou non son hypotension. A ce titre, il est des sujets normalement bas-tendus, adaptés à leur basse pression et dont la circulation se fait cependant correctement : ce sont des hypotendus d'habitude (3) ». Chez ces sujets, l'hypotension risque d'être interprétée comme un phénomène morbide : elle est *fallacieuse* (4). De même, cette relativité permet de comprendre pourquoi certains sujets, normalement hypertendus, devront être considérés comme au-dessous de leur valeur normale, comme hypotendus avec des chiffres de pression tou à fait bons pour un sujet ordinaire. Mais à ce taux leur circulation est devenue insuffisante : leur hypotension est *déguisée* (5). Enfin, ce qu'il importe surtout de connaître, c'est si, pour une hypotension donnée, la Mx est encore suffisante au fonctionnement normal de la circulation : l'hypotension est *compensée* lorsque la P V est supérieure à 2 ; elle est *décompensée* dans le cas contraire et le pronostic est alors des plus graves.

(1) J. HEITZ. Affections de l'aorte et des artères. Pression artérielle, in *Traité de pathologie médicale* de Sergent, APPAREIL CIRCULATOIRE, 1922.

(2) PACHON. Une orientation nouvelle de la sphygmomanométrie : la pression minima étalon sphygmomanométrique, *Presse méd.*, 22 mars 1913.

(3) JEANNENEY. Applications chirurgicales de l'oscillométrie, *Arch. franco-belges de chir.*, fév. 1922, n° 5.

(4) TAUZIN. Hypotension et oscillométrie en chirurgie, *Th. de Bordeaux*, 1920-1921.

(5) TAUZIN. Loc. cit.

Le syndrome hypotension peut relever de *causes* diverses. Dans son étude, on devra toujours tenir le plus grand compte de celles-ci, car les données sphygmomanométriques, ici comme ailleurs, n'ont de valeur qu'autant qu'elles sont interprétées *en liaison étroite avec la clinique* (1). Ces causes se ramènent à trois : a. *Diminution de la puissance cardiaque* (vieilles infections, myocardites) ; b. *diminution de la masse sanguine* (hémorragies) ; c. *diminution des résistances périphériques* (choc traumatique, insuffisance surrénale aiguë). Notons que, dans un syndrome hypotension, ces diverses causes entrent le plus souvent en jeu ensemble : le type en est fourni par le choc traumatique.

Mode d'exploration sphygmomanométrique des hypotendus. — L'exploration oscillométrique sera faite chez ces sujets en *position couchée*, les changements d'attitude pouvant amener des modifications de pression et parfois des syncopes. Il est utile, comme le conseillent Castaigne et Esmein (2), de pratiquer plusieurs mensurations consécutives. On est parfois obligé, lorsque les oscillations ont disparu au poignet, d'appliquer le brassard au niveau du bras. L'établissement de courbes oscillométriques est ici indispensable.

Les chiffres de Mn de nos observations antérieures à 1921, comme ceux d'ailleurs auxquels il fait allusion ici, correspondent à l'ancienne détermination de Mn, c'est-à-dire à l'oscillation inférieure, à l'oscillation maximale.

* * *

On peut, au point de vue pratique, diviser avec Heitz, les hypotensions en trois grandes classes : Hypotensions suraiguës, subaiguës et chroniques. Dans ces différentes classes, nous rencontrerons, à divers titres, les causes d'hypotension précédemment rappelées.

Hypotensions suraiguës. — Elles peuvent être transitoires, et on les observera tous les jours. Elles tiennent, alors surtout, à une *brusque déficience de la puissance cardiaque*. Ainsi, « chez certains émotifs, on peut voir, à l'occasion d'une petite intervention chirurgicale, la pression baisser rapidement en même temps que le pouls se ralentit, jusqu'à production d'une syncope plus ou moins durable ». De même, des *troubles vasomoteurs réflexes* peuvent déterminer une hypotension soudaine. C'est à ces troubles qu'Abadie et Montero (3) rattachent la chute de pression qui suit toute ponction lombaire, même en dehors de la rachianesthésie ; c'est à eux également qu'il faut attribuer l'hypotension déterminée par la rachianesthésie (4), surtout après l'emploi de doses élevées d'anesthésique. L'insuffisance surrénale aiguë observée dans certaines infections, après des traumatismes (5), agirait par un même mécanisme. L'hypo-

(1) JEANNENEY. Les applications chirurgicales de l'oscillométrie, *Th. de Bordeaux*, 1918-1919, Paris, Vigot.

(2) CASTAIGNE et ESMEIN. Les maladies du cœur et des artères, *Le Livre du médecin*, 1921, t. II, Poinat.

(3) ABADIE et MONTERO. Rachianesthésie et pression artérielle. Contribution expérimentale, *Presse méd.*, 13 sept. 1922.

(4) TAUZIN. Loc. cit., p. 71.

(5) SERGENT. Importance de la notion d'insuffisance surrénale et rôle de l'opothérapie surrénale en médecine et en chirurgie, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 sept. 1915. — BOSSÉ. Contribution à l'étude de l'insuffisance surrénale en chirurgie, *Th. de Bordeaux*, 1919-1920.

tension suraiguë par *diminution de la masse sanguine* est de beaucoup la plus fréquente. Etudiée expérimentalement par Brodin, Richet et Saint-Girons (1), Zunz et Govaërtz (2), elle a été au cours de la guerre d'observation si courante que beaucoup la considèrent comme la raison presque exclusive du choc traumatique (3). Mais, pour entraîner le *collapsus hémorragique*, il faut une perte de sang rapide [Balard (4)] et considérable (de 45 à 60 p. 100 de la masse sanguine). Dès 20 p. 100 (1 litre de sang pour l'homme), la pression se maintient basse. Au delà de 40 p. 100, le pouls n'est plus perceptible (Ambard). La pâleur, la dyspnée, l'angoisse, les bourdonnements d'oreille, des lipothymies, des sueurs constituent le cortège clinique bien connu de cet état; mais, sauf le pouls, dont la rapidité a une certaine valeur, aucun de ces signes n'offre d'intérêt pronostique. La pression artérielle nous apporte ici un précieux concours. Prenons-en un exemple simple.

OBSERVATION I (Tauzin). — Hématémèse par ulcus gastrique. L... (Henri), cinquante ans. Hématémèse abondante dans la nuit du 7 au 8 janvier 1921. Antécédents d'ulcère. Etat clinique alarmant.

Mx = 7,3 Mn = 4,5 Io = 2

On sait que Blechmann (5) a écrit au sujet des hémorragies : « La situation est déjà très grave dès que la Mx s'abaisse au-dessous de 7 et la Mn au-dessous de 4. » On connaît également l'opinion de Moulinier (1), controuvée du reste par certaines observations telles que celle-ci sur la « Mn juste suffisante », qui serait à 5. Ce malade reçut aussitôt 500 centimètres cubes de sérum adrénaliné qui d'ailleurs modifia fort peu sa pression. Les jours suivants, le sérum ne parut pas davantage élever la tension du malade. Mais, le 15 janvier, la non-administration de ce sérum entraîna la chute de toutes ces valeurs :

Mx = 7 Mn = 4 Io = 1

Le sérum fut repris le jour même. Cela indiquait bien, puisqu'il fallait une dose quotidienne de sérum pour maintenir les valeurs oscillométriques à un niveau donné qu'il y avait une fuite dans le système cardio-vasculaire. L'examen des selles révélait, en effet, du mélæna discret persistant. Dans la suite, le mélæna ayant disparu, le sérum fut suspendu. Les valeurs oscillométriques se relevèrent néanmoins, lentement mais progressivement pour aboutir à la normale le 31 janvier :

Mx = 13 Mn = 9 Io = 5

Donc, chez ce malade, élévation progressive et parallèle de la Mx et de la Mn traduisant une amélioration correspondante (fig. 1).

En résumé, chez ce malade, l'étude des valeurs oscillométriques, en liaison avec la clinique, a permis : 1° De confirmer, en donnant la *mesure* de l'importance de l'hémorragie, la gravité de l'état clinique; 2° de penser, qu'au point de vue du pronostic, il y avait intérêt à retarder l'intervention; 3° de s'assurer, à cette fin, qu'il n'y avait pas indication opératoire immédiate, la Mn non seulement ne présentant pas une chute croissante, mais, au contraire, s'élevant peu à peu; de s'assurer pour la même raison, qu'il n'y avait pas de danger immédiat à surseoir à l'intervention, malgré le mélæna des premiers jours, celui-ci influençant peu la tension artérielle; 4° de contrôler l'efficacité du traitement jusqu'à possibilité de l'intervention.

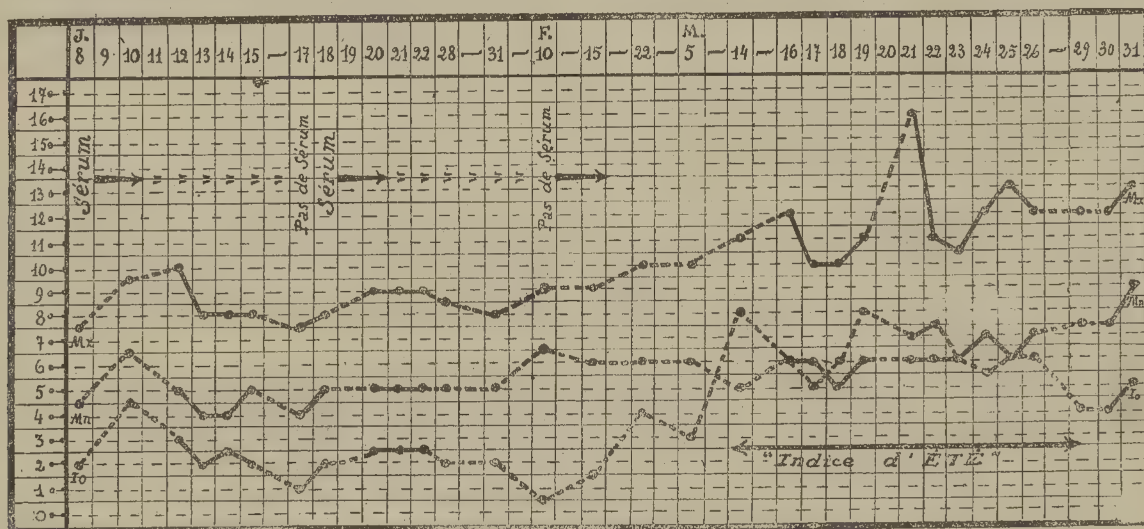


FIG. 1. — *Ulcère de l'estomac. Hématémèse.* — Courbes évolutives des valeurs oscillométriques.

Dans d'autres cas, à l'hémorragie vient s'ajouter le traumatisme. Mais, l'oscillomètre permet de faire la part de ce qui revient à l'un ou à l'autre en particulier, lorsqu'il montre que, la douleur étant supprimée, la pression continue à baisser : signe que l'hémorragie continue.

OBS. II (Jeanneney). — Hémothorax par plaie de guerre. Plaie du côté droit par éclat d'obus au niveau de la 9e côte, sur la ligne mamelonnaire. Le projectile est repéré radioscopiquement dans la paroi postérieure de l'aisselle sous le grand dorsal. Dyspnée. Pâleur. Le pouls passe de 100 à 120 en deux heures, malgré morphine et huile camphrée. En même temps, chute des valeurs oscillométriques (fig. 2).

On décide d'intervenir : sous chloroforme, ablation rapide du projectile qui est logé dans les muscles, hors du thorax

(1) Ch. RICHET, BRODIN et SAINT-GIRONS. De la quantité du sang mesurée par les hématies, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1919, t. XVIII.

(2) ZUNZ et GOVAERTZ. Recherche sur le collapsus circulatoire posthémorragique, *Arch. intern. de physiol.*, 30 nov. 1921.

(3) ROUX-BERGER et VIGNES. Le shock, *Progrès méd.*, 8 fév. 1918.

(4) BALARD. La tension artérielle minima, élément de pronostic des hémorragies graves dans la grossesse, *C. R. de la Soc. d'obst., de gyn. et de pédiat. de Bordeaux*, juillet 1914; — *Arch. d'obst. et de gyn.*, déc. 1914.

(5) BLECHMANN. Sur le choc, *Paris méd.*, 13 juillet 1918.

(1) MOULINIER. Sur les états d'hypotension artérielle. La tension artérielle minima juste suffisante, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 30 mai 1919.

dont il est sorti par un espace intercostal. Nettoyage. Vérification du trajet. Fermeture de la plèvre. Débridement de l'orifice d'entrée. La 9e côte, fracturée, est régularisée. L'intercostale déchirée, saignotte dans la plèvre : on évacue 300 grammes de liquide hématique. Hémostase de la paroi. Un point sur le poumon.

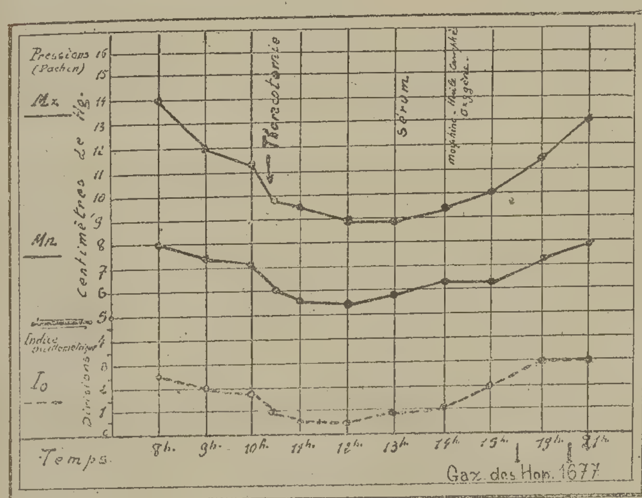


Fig. 2. — *Plaie de poitrine.* — La chute des valeurs Mx, Mn et Io indique, avec les signes cliniques, l'augmentation de l'hémothorax : intervention; déséquilibre opératoire. Les valeurs se relèvent progressivement grâce au traitement médical efficace, puisque l'hémostase est réalisée.

L'après-midi, état général très inquiétant : sérum, morphine, huile camphrée, oxygène. Le blessé est un peu mieux, à la contre visite ; puis, dans la nuit, les valeurs oscillométriques s'élèvent. Le lendemain, elles ont à peu près leur taux pré-opératoire. Suites satisfaisantes.

L'indication d'opérer a été posée ici par le fait de l'hémorragie persistante, caractérisée par un abaissement de Mn et Mx, tandis que la percussion révèle une matité croissante et que l'état général s'assombrit. Noter, sur la courbe, la chute au moment de la thoracotomie : c'est qu'ici, comme Quénu (1) l'a montré pour l'abdomen, il y avait hémorragie « contenue », et que, dans ces cas, « l'ouverture d'une cavité renfermant une grande quantité de sang détermine une chute rapide de la pression ». Mais, pour le thorax, cette chute n'est pas si rapide qu'elle doive faire priver le blessé d'une opération hémostatique qui s'impose : P. Duval (2), Duvergey, Blechmann, Richard, Depage l'ont vérifié à l'oscillomètre et ceci a contribué à l'extension de la chirurgie thoracique.

Dans les plaies de guerre, à la *diminution de la masse sanguine* s'ajoutent, pour amener l'hypotension, d'autres facteurs, en particulier la dépression antérieure due aux fatigues, aux émotions, à la dépense nerveuse excessive du combattant, au froid, etc. (Clovis Vincent, 1918). Aussi, arrive-t-on à des pressions extraordinairement basses : Sencert (3) rencontre des Mx de 6 à 8 cm. Hg; Bosquette et Moulonguet de 5 à 5 1/2; Clovis Vincent a noté après une forte hémorragie de l'axillaire : Mx = 5, Mn = 2 : la mort est survenue deux heures plus tard ; une rupture de la mésentérique avec Mx = 6 1/2 et mort en six heures. Ces blessés, présentant du fait de leur hémorragie, « cause la plus fréquente et la plus directe d'hypotension » (Quénu), une chute notable de la pression artérielle, vont réagir contre cette hypotension par une vaso-constriction *compensatrice* et par des systoles plus rapides et plus vigoureuses. Mais, si la thérapeutique ne vient pas à son secours, cet effort ne se poursuivra pas : à plus forte raison si d'autres causes d'hypotension s'ajoutent à l'hémorragie : épuisement par fatigue et par douleur, l'hémorragie n'est plus « compensée » [Delaunay (1)]; le sujet d'hémorragique devient « choqué » (2). Chez ces blessés, la Mn est basse, mais la P V est encore bonne, et, si l'hémostase est faite à temps, l'injection de sérum, la transfusion peuvent faire remonter la pression. Le *choc hémorragique* est, en somme, une des variétés les plus curables du choc ; Ducastaing (3), nous-mêmes, avons vu guérir des blessés dont le pouls était resté inexistant pendant plusieurs heures. L'un de nous a montré la valeur, en pareil cas, des constatations oscillométriques ; si les oscillations de l'extrémité persistent et tendent à s'accroître, on doit espérer un changement favorable. Celui-ci se produit souvent à l'improviste : le pouls devient plus fort, la Mx s'élève au-dessus de 10, le blessé urine, s'endort et guérit.

Telles sont les hypotensions suraiguës par diminution de la masse sanguine. Mais, il en est de plus complexes et de plus graves dans lesquelles l'hémorragie ne tient pas la première place, mais s'associe à l'insuffisance cardiaque et aux troubles vaso-moteurs pour créer cette si grave complication des grands traumatismes : le choc. Inhibition brutale, commotion générale suivant immédiatement le trauma, ou plus souvent intoxication complexe tardive — soit choc nerveux, soit choc toxique (Quénu, Delbet, Duval) — l'hypotension en constitue le signe le plus constant et même pour beaucoup d'expérimentateurs représente le seul critère de ce « syndrome hypotensif » (Quénu), de cet état de *collapsus circulatoire* (Govaertz et Zunz). Comme dans le choc hémorragique, l'*insuffisance circulatoire* est toujours notoire : les téguments sont blêmes, les muqueuses livides, les extrémités refroidies et bleuâtres, les artères donnent au doigt la sensation de vacuité ; le mince filet de sang qui les tend à intervalles précipités est aisément dépressible ; la pointe du cœur donne un contact faible, mou, parfois intermi-tent. « L'examen de la tension artérielle de ces blessés est d'une importance comparable à la recherche du signe de Babinski dans les affections nerveuses » (Blechmann). La Mn s'est abaissée, la Mx faiblit, la P V se rétrécit et devient inférieure à 2 ; l'indice décroît également et tombe au-dessous de 1, traduisant l'insuffisance cardiaque ; de plus, il est irrégulier, et l'un de nous a montré que l'inégalité d'amplitude des oscillations est un signe très précoce de ce choc. Moulinier a montré qu'en prenant la pression artérielle d'un membre élevé au-dessus du plan du lit, on observe un abaissement extrême de Mx, Mn et Io, traduisant l'insuffisance cardiaque et vaso-motrice. Parfois même,

(1) Quénu. Sur l'hypotension artérielle d'origine traumatique et son traitement, *Revue de chir.*, 1921, n° 4.

(2) P. Duval. *Les Plaies de guerre du poumon*, 1917, Paris, Masson.

(3) Sencert. *Les Blessures des vaisseaux*, Coll. Horizon, 1916.

(1) Delaunay. Du mécanisme des troubles circulatoires dans le choc, *Lyon chir.*, 1918.

(2) Jeanneney. Théories pathogéniques du choc traumatique, *Progrès méd.*, 10 sept. 1921.

(3) Ducastaing. Les blessures des vaisseaux dans une ambulance chirurgicale de l'avant, *Th. de Paris*, 1917-1918.

Mn s'élève et Mx ne répond pas à cette augmentation des résistances : le blessé devient un asystolique. Marion, Moreau et Benhamou ont insisté à juste titre sur ces données et classé ainsi les choqués en des catégories peut-être un peu artificielles, mais incontestablement utiles au point de vue du pronostic. Dans ces cas, le sérum, pas plus que la transfusion ne modifie la tension artérielle : ces blessés sont vraiment *intoxiqués*, c'est le grand mérite de l'Ecole française de l'avoir établi (Quénu, Pierre Delbet). Les examens de laboratoire prouvent que ce sont des azotémiques (P. Duval et Grigaut, Gosset), des acidémiques (Cannon, Wertheimer, Clogue et Didier), et les expériences le confirment (Pierre Delbet et Fiessinger, Cannon et Bayliss, Tu Ick). Seule, la suppression du foyer toxique peut guérir ces blessés, alors que l'hémostase et la transfusion suffisaient à guérir les hémorragiques (avant la phase d'intoxication anémique).

Dans ce groupe d'*hypotensions suraiguës d'origine complexe,* il faut faire entrer les grands infectés. Ainsi, les septicémiques par gangrène gazeuse et infections anaérobies que Vallée et Bazy considèrent comme les plus communs des choqués de guerre (choc infectieux) et les septicémies péritonéales; les phénomènes toxiques de la péritonite avaient à ce point frappé Delbet que, dès 1894, il avait établi leur parenté avec ceux du choc par écrasement. Et Lecène écrivait, à leur sujet, avant la guerre, « la septicémie péritonéale aiguë peut donner des accidents en tous points comparables au choc ».

Les intoxications par les anesthésiques (chloroforme chez les hépatiques et les surrénaux) peuvent avoir les mêmes conséquences. Il n'est pas jusqu'au *choc anaphylactique* et au *choc protéique* que l'on rencontre parfois déterminés par les injections d'*albumines étrangères :* l'hypotension en est avec la crise hémoclasique de Widal, une manifestation constante et aisément constatable : certains procédés de séro et de vaccinothérapie entraînent ces phénomènes : il était bon de le rappeler.

L'*hypotension* suraiguë entraîne des *troubles de l'irrigation des centres*; elle détermine également une *stase des toxines et des déchets tissulaires* que le courant sanguin est impuissant à balayer. Il en résulte une nouvelle cause d'accroissement de l'hypotension, qui en entraîne une autre : le cœur, battant à vide et s'intoxiquant de plus en plus, s'épuise et cède. Pour toutes ces raisons, elle constitue un syndrome des plus graves, contre lequel il faudra très rapidement adopter une ligne de conduite. Celle-ci sera envisagée ultérieurement dans une vue d'ensemble.

Hypotensions subaiguës transitoires. — Elles se rencontrent dans de nombreux états.

Nous signalerons tout d'abord certains états anémiques post-hémorragiques. En voici quelques observations.

Obs. III (Duvergey. Soc. de gynéc. et d'obst., 1920). — F. Marie, cinquante-deux ans. Fibromes multiples de l'utérus avec polype du col : pyosalpynx; ovarite scléro-kystique. Hémorragies incoercibles. La malade est exsangue : hémoglobine 35 p. 100; hématies : 1.400.000, avec 1 p. 100 d'hématies nucléées. La tension artérielle était après traitement hypertenseur et au moment de l'intervention :

Mx = 12 Mn = 6

Intervention le 7 novembre 1920 : hystérectomie sub-totale sous rachi-anesthésie (technique du professeur agrégé Duvergey).

Le 15 décembre, l'examen du sang décelait : hémoglobine 50 à 60 p. 100; hématies : 3.060.000. La malade quittait le service trois jours plus tard, guérie, sa tension était remontée à 16-8.

Obs. IV (Tauzin). — *Métrorragie post abortum.* — Elisabeth M..., trente-cinq ans, a fait une métrorragie postabortum le 23 décembre 1920. A partir du 7 janvier, les courbes évolutives des valeurs oscillométriques sont les suivantes (fig. 3) :

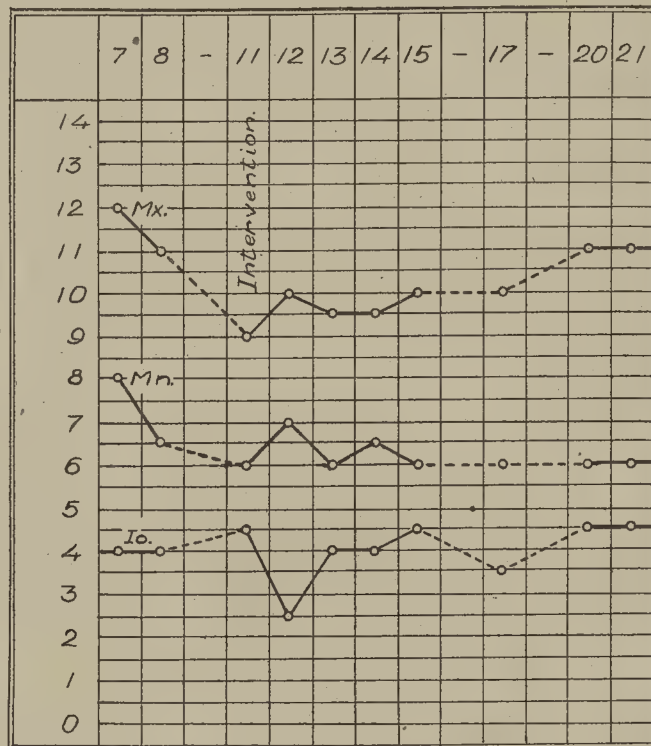


Fig. 3. — *Métrorragie post abortum.*

Cette malade était une hypotendue grave, mais compensée. Le pronostic était plutôt favorable de ce chef. L'intervention était du reste la seule thérapeutique rationnelle.

Jusqu'au moment du curettage, cette malade était l'objet d'un traitement hypertenseur (sérum adrénaliné), insuffisant puisqu'on voyait baisser chez elle et Mx et Mn. On voit ensuite la vaso-constriction postopératoire (Mx et Mn = + 3 Io = —). On voit enfin après l'hémostase, la Mx s'élever peu à peu, et la Mn rester stationnaire. C'est qu'à la suite de l'intervention, cette malade n'a subi aucun traitement hypertenseur. Le soin a été laissé à son organisme d'y suppléer par ses propres moyens, et la malade a quitté le service encore cliniquement très anémiée et avec une Mn basse.

A côté des hémorragies, il faut placer les *toxémies d'origine infectieuse* comme cause de la chute de la pression. A beaucoup d'infections, on pourrait appliquer la règle de Gibson pour la pneumonie : « Aussi longtemps que la Mx exprimée en millimètres de mercure est supérieure au nombre des pulsations par minute, le pronostic est favorable. » Ainsi, au cours des complications chirurgicales de la fièvre typhoïde et de la paratyphoïde, en particulier dans ces états traînants avec abcès multiples, on observe de l'hypotension. Il en est de même dans l'érysipèle, dans l'infection puerpérale, et dans tous ces cas, l'on se trouve bien de l'administration

d'adrénaline et de tonicardiaques. Les complications viscérales des infections, en particulier les localisations hépatiques sont également hypotensives.

Obs. V (Villar et Jeanneney). — *Pleurésie purulente.* — Ch. Léandre, trente-neuf ans. Le 18 décembre 1920, début de pneumonie lobaire gauche avec pleurésie purulente concomitante.

Mx = 14 Mn = 9 Io = 2

Traitement médical. Le 24 décembre.

Mx = 12 Mn = 7 Io = 1,3

Les valeurs oscillométriques, en accord avec les signes généraux, indiquent une aggravation de la maladie.

Sous-anesthésie locale, malade assise : pleurotomie. Irrigation discontinue au Dakin.

Dès le treizième jour, exercices respiratoires.

Le vingtième jour, le pus étant stérile, on ferme la poche sous-anesthésie locale.

Le trente-quatrième jour, la malade quitte l'hôpital en bon état.

Mx = 14 Mn = 8

Cette malade fut opérée par l'un de nous alors qu'on pouvait penser que des adhérences étaient apparues et avant que la tension artérielle ne traduise un état général trop défectueux.

Obs. VI. — *Appendicite aiguë.* — Antoine F..., dix-sept ans. Appendicite. Début par crise appendiculaire ayant cédé tout d'abord à l'application de glace. Au septième jour, ascension thermique, accélération du pouls, signes de suppuration péri-appendiculaire. Opération le 16 mars 1921 (Lefèvre). Incision de Roux : volumineux abcès péri-appendiculaire rétrocæcal datant de trois jours. Pus abondant, odeur fétide. Débris sphacéliques.

Les valeurs oscillométriques sont les suivantes :

Avant l'intervention, le 16 mars 1921 :

Mx = 11 Mn = 6,5 Io = 2

Leur amélioration suit rapidement l'intervention; on a, six heures après :

Mx = 12,5 Mn = 8 Io = 2

Et vingt-quatre heures après :

Mx = 13 Mn = 9 Io = 2,5

Enfin, quarante-huit heures après :

Mx = 12,5 Mn = 8 Io = 2,5

Ce relèvement rapide de la tension artérielle indique bien l'origine de son abaissement, dont la gravité est en rapport avec celle du processus infectieux.

En dehors des infections, la résorption de toxines peut aussi amener l'hypotension : c'est ce que l'on peut observer chez les brûlés.

Obs. VII (Tauzin). — Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, présentant une brûlure du deuxième degré, des deux fesses et de la face postéro-interne des deux cuisses, avec 0g08 d'albumine par litre d'urine. A partir du cinquième jour après l'accident, les courbes évolutives des valeurs oscillométriques de cette malade sont les suivantes (fig. 4) :

Elles montrent une hypotension manifeste, assez accentuée, compensée, au début. Puis, avec la guérison, on voit des valeurs de Mx et Mn normales.

L'intoxication par le chloroforme peut laisser après elle un syndrome hypoépinéphrique.

Obs. VIII (Sergent). — *Hypo-épinéphrie postopératoire.* — Un de mes petits malades, opéré à mon insu pour une pointe de hernie, me fut amené deux mois après : il restait très fatigué, très anémié des suites de son opération. Un examen complet ne me révéla aucun signe de lésion viscérale grave, mais seulement, en outre de l'asthénie et de l'anémie, une pression artérielle extrêmement faible et une ligne blanche manifeste. Je prescrivis l'extrait surrénal total et les accidents ne tardèrent pas à s'atténuer. Je crois qu'il s'est agi, dans ce cas, d'insuffisance surrénale lente, produite par des lésions subaiguës dues au chloroforme.

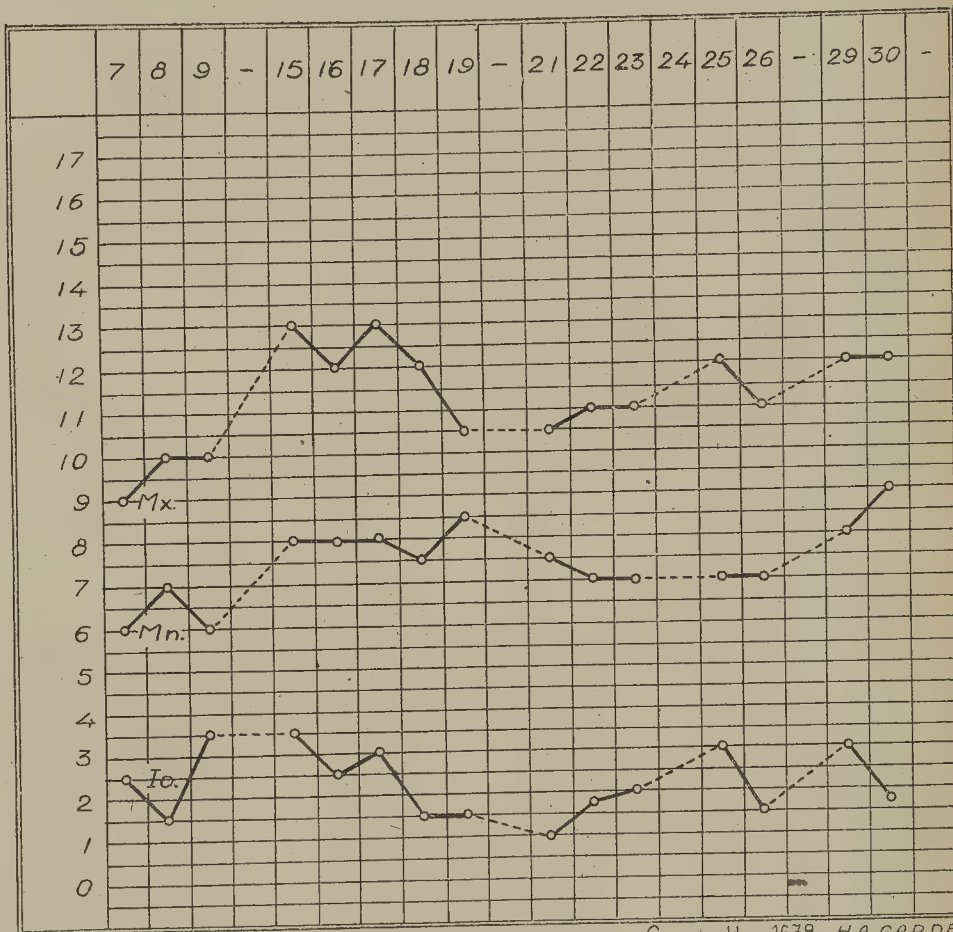


Fig. 4. — *Brûlures du deuxième degré des deux fesses et de la face postérieure des cuisses.*

Les convalescents, les surmenés sont des hypotendus, soit par insuffisance surrénale subaiguë (Sergent et Léon Bernard), soit par intoxication et déficience du myocarde. Aussi, chez ces sujets, un traumatisme, une infection, une opération sont beaucoup plus graves.

Hypotensions chroniques. — Les hypotensions chroniques ne relèvent pas d'autres causes. Ainsi, on trouve des sujets présentant de petites hémorragies répétées, cancéreux en particulier, dont la pression, a, en dehors de la cachexie, des raisons de s'abaisser. De même, les infections prolongées, lorsqu'elles n'entraînent pas une déficience nette des émonctoires, se compliquent d'hypotension. A

ce point de vue, il faut mentionner l'hypotension si connue des tuberculeux pulmonaires (Marfan, 1891) ou chirurgicaux, chez lesquels la pression artérielle a une valeur pronostique appréciable. Chez beaucoup de malades, enfin, elle révèle un syndrome d'insuffisance surrénale à marche lente dont il faudra rechercher avec soin les signes (Sergent, *Gaz. des hôpit.*, 4 juillet 1909).

Il y a cependant quelques sujets, chez lesquels l'hypotension est habituelle, normale. Ce sont, en général, des sujets grêles, à développement somatique imparfait, et très souvent des cardiaques (insuffisance mitrale). D'autres, jeunes filles « hyposphyxiques » (Martinet), neurasthéniques, à circulation déficiente, avec insuffisance veineuse et *varices* vivent sans que leur hypotension paraisse les gêner, ou révèle un caractère morbide. Ce sont des hypotendus d'habitude, des hypotendus constitutionnels. « Et cependant, un sujet de cet ordre que je connais depuis très longtemps, avec une Mx de 9 1/2, a présenté plusieurs syncopes, espacées, il est vrai, de quelques années; un autre a succombé par anurie à la suite d'une intervention sur le gros intestin, qui avait parfaitement réussi. La constatation d'une semblable hypotension permanente n'est peut-être pas dépourvue de toute signification » (Heitz).

Tels sont les différents types d'hypotendus que le chirurgien est appelé à rencontrer.

*
* *

En pratique, lorsque au cours de l'examen d'un malade, l'oscillomètre nous aura révélé son hypotension, quelles questions allons-nous poser? Elles seront de trois ordres : diagnostiques, pronostiques, et thérapeutiques.

Diagnostic. — L'AFFECTION PRÉSENTÉE PAR LE MALADE EST-ELLE LA CAUSE DE L'HYPOTENSION? — Le fait a son importance, puisqu'il entraîne d'ordinaire une décision opératoire. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'une hémorragie, la lésion vasculaire est si nettement en cause que la question ne se pose pas. De même, chez les intoxiqués (hernie étranglée), chez les cachectiques, si bien que, lorsque l'on constate une hypotension, on doit toujours en rechercher la cause dans quelque lésion qui aurait pu passer inaperçue.

L'HYPOTENSION EST-ELLE LA CAUSE DE LA MALADIE? — L'hypotension, on le sait, détermine des troubles graves. On peut donc, quoiqu'elle soit le plus souvent secondaire et symptomatique d'une affection, la considérer comme point de départ de certains troubles. Il est des phénomènes nerveux liés à l'hypotension : syncope, et quelquefois, crises épileptiformes, que l'on combat par des injections sériques destinées à augmenter la pression (Leriche). Il y a encore des troubles circulatoires imputables à l'hypotension : telle la fréquence des varices chez les hypotendus; certains œdèmes de cachectiques sont ainsi liés à la disparition de la « vis à tergo », et même certaines hémorragies que l'on met à tort sur le compte de lésions locales et dont la digitale a raison (hémoptysies, hémorragies utérines chez des insuffisants mitraux). Il paraît enfin logique de rattacher à une chute de pression, les troubles de nutrition qui surviennent chez certains sujets. Ainsi, si l'on fait baisser la tension d'un scléreux chez lequel le sang circulait déjà avec peine, l'hypotension relative ainsi déclanchée pourra déterminer soit une insuffisance fonctionnelle du rein, soit des accidents circulatoires dans le membre inférieur, tels que la gangrène. Ce sont ces « hypotensions déguisées » parfois si trompeuses, et sur lesquelles l'un de nous a insisté qu'il ne faudra pas ignorer. Tel cet ancien hypertendu qui présente une forte hématémèse et dont la tension, si l'on n'y prête attention, semble celle de tout le monde; tel au contraire, cet ancien hypotendu chez lequel une intoxication fait son œuvre, azotémique chez lequel la pression remonte jusqu'à un taux normal, alors que cette tension normale est en réalité un « complexe » résultant d'une hypotension habituelle sur laquelle est venue se greffer une hypertension secondaire.

Enfin, L'AFFECTION ET L'HYPOTENSION SONT SIMULTANÉES, MAIS INDÉPENDANTES L'UNE DE L'AUTRE. — Le cas se rencontre encore très fréquemment. Il faut bien savoir débrouiller ces malades, car, chez eux, l'hypotension peut être le signe d'une affection cardiaque en voie de décompensation, ou, d'une insuffisance surrénale latente. Cependant, l'analyse d'urine n'a rien révélé, les examens de laboratoire sont négatifs; mais, que survienne le heurt de l'opération ou de l'anesthésie, le malade succombera. Ce sont là des malades qu'il faut préparer avec soin, même les hypotendus constitutionnels chez lesquels l'hypotension n'est « essentielle » qu'en apparence.

*
* *

Pronostic. — La constatation de l'hypotension a, de tous temps, été pour le chirurgien la cause de préoccupations. Elle traduit, en effet, un état général insuffisant. Le *pronostic* d'une hypotension ne peut se faire sur la simple étude du chiffre représentatif de la valeur de la tension artérielle, sauf quand celle-ci est vraiment très bonne. Le mieux est d'établir des courbes, de quart d'heure en quart d'heure, dans les formes suraiguës, ou d'heure en heure. La constatation d'un relèvement progressif et parallèle des valeurs est toujours un signe favorable. La guerre a montré qu'une P V au-dessous de 2 avec un petit indice était d'un fâcheux pronostic. Renaut a établi pour le choc quelques règles qui peuvent, à l'occasion, être utiles. Mais, il est bon de le répéter, le pronostic se fera davantage sur les données cliniques associées aux examens spéciaux que sur les valeurs oscillométriques seules.

*
* *

Traitement. — Il y aurait un long chapitre à écrire sur la *conduite à tenir* en présence de malades hypotendus. Pour le traitement de l'hypotension en général, et celui de l'hémorragie et du choc en particulier, Quénu a donné de très importants conseils. S'il y a diminution de la masse sanguine (chute de Mn surtout), on s'efforcera de suppléer à cette diminution par l'injection, selon la gravité de l'hypotension mesurée à l'oscillomètre, soit de sérum physiologique, soit de sérum gommé, soit surtout par la transfusion du sang. Au contraire, et cette distinction est capitale, si l'on soupçonne l'insuffisance cardiaque (chute de Mn, mais, surtout, de Mx et de P V), il faudra tonifier le cœur avec prudence sans encombrer le torrent circulatoire de sérum quel qu'il soit, jusqu'au moment où l'intervention, qui supprimera le foyer toxique, sera possible. Pour lutter contre la déficience des centres vaso-moteurs (variabilité de l'indice), on s'efforcera de relever ce tonus par tous

les moyens (opothérapie polyglandulaire, chaleur).

Le traitement étiologique véritable sera l'*intervention* qui supprimera la cause toxique, infectieuse ou hémorragique. Ceci nous amène à remarquer que l'intervention était jusqu'en 1917 absolument contre-indiquée dans tous les états traumatiques d'hypotension considérés comme choc nerveux : l'école française a montré que cette manière de voir devait être en grande partie révisée.

Il est, en effet, des hypotendus que l'on doit opérer : on doit intervenir chez les hémorragiques qui continuent de saigner, chez les toxémiques et les septicémiques, chez les choqués autres que les choqués nerveux, chez les cachectiques de dénutrition; on peut intervenir dans les cas d'hypotension légère ou fallacieuse, ou croissante, ou compensée. Sauf les indications plus haut énoncées, on devra s'abstenir dans les cas d'hypotension grave, ou déguisée, ou décompensée, ou non croissante. On devra surseoir à l'intervention chez les hémorragiques qui ne saignent plus, chez les choqués nerveux, chez les insuffisants glandulaires (surtout surrénaliens), chez les intoxiqués ou infectés chroniques.

D'autres questions se posent encore : celle de l'*anesthésie* entre autres. Mais, tout le monde sait aujourd'hui que le chloroforme devrait être rejeté, que la rachianesthésie, si l'on n'y veille est hypotensive, sauf à très faibles doses, que le chlorure d'éthyle ou l'éther, ou mieux encore, l'anesthésie locale ou régionale doivent être employés selon les habitudes de chacun et les indications de chaque cas.

* * *

L'hypotension doit donc être connue du chirurgien, pour qu'elle puisse être correctement traitée; puisque, dans un cas elle indique l'opération, dans l'autre elle la contre-indique; puisque dans un cas, elle nécessite l'emploi de sérum, dans l'autre de toni-cardiaques seuls.

Nos instruments modernes d'exploration aident à préciser notre diagnostic et notre conduite. Mais, il n'est pour interpréter leurs résultats si bon instrument que le *bon sens* et l'*esprit clinique*.

Envisagé ainsi, le problème posé par l'apparition d'un syndrome d'hypotension ne peut qu'être utilement résolu pour le malade.

ACTUALITÉS

JENNER

Tandis que s'achèvent les pieuses cérémonies du centenaire de la naissance de PASTEUR, une autre commémoration s'impose : celle du centenaire de la mort de JENNER, car, si JENNER ne fut pas au même degré que PASTEUR un savant de génie, il n'en demeure pas moins, lui aussi digne de notre profonde reconnaissance, pour avoir mis entre nos mains un sûr moyen de protection contre les dangers de la variole. Bien que le titre d'inventeur de la vaccination antivariolique lui ait été contesté, nous allons voir cependant qu'il fut réellement le premier à transformer, par l'observation et l'expérimentation, un phénomène fortuit auquel les médecins de son temps refusaient de croire, en un procédé régulier, que nous avons simplement complété et perfectionné. Et c'est, croyons-nous honorer la mémoire du médecin anglais que d'attester, une fois de plus, les mérites qu'il s'est légitimement acquis.

Edward JENNER est né le 17 mai 1749 à Berkeley (Comté de Glocester), où il mourut le 26 janvier 1823. Ayant, très jeune, perdu son père et élevé par son frère Stephen, il montra de bonne heure un attrait particulier pour l'histoire naturelle et, au moment de faire choix d'une profession, se décida pour la médecine. Après avoir commencé ses études, avec LUDLOW à Sadsbury, où il entendit une femme affirmer qu'elle ne craignait pas la variole parce qu'elle avait attrapé la picote (cow-pox) d'une vache, il se rendit à Londres. C'est là qu'il fit la connaissance de John HUNTER, son compatriote, qui devint son maître et son ami. JENNER ne manqua pas de lui rappeler les paroles de la femme de Sodsbury. Le fait qu'une atteinte de cow-pox empêche l'homme de contracter la variole était depuis longtemps connue du peuple en Angleterre, mais les médecins, comme il est arrivé plus d'une fois, n'y attachaient aucune importance et aucun, à part SUTTON et FEWSTER (1768), n'avait pris la peine de contrôler son exactitude. HUNTER accueillit favorablement les propos de son élève, mais il lui conseilla, au lieu de discourir, d'observer et d'expérimenter. Ce conseil ne fut pas perdu; avant de se livrer aux recherches dont il s'était déjà tracé le programme, JENNER, pendant quelques années, se livra à l'histoire naturelle; il eut ainsi, en 1771, à classer les collections rapportées par le capitaine COOK de son premier voyage autour du monde. Ces détails, peu connus, ne sont pas inutiles ici, attendu qu'ils montrent de quelle manière il fut initié par son maître, à la fois chirurgien, anatomiste et naturaliste, à la pratique de la méthode scientifique.

Rentré enfin à Berkeley, et tout en continuant de s'occuper d'histoire naturelle, JENNER commença d'exercer la médecine et avec un succès rapide. A cette époque, en Angleterre, la seule méthode utilisée pour tempérer les ravages de la variole était la *variolisation*, c'est-à-dire l'inoculation à une personne du pus desséché de la pustule d'une variole bénigne. Quand l'opération réussissait, elle ne donnait lieu qu'à une maladie sans gravité et qui ne laissait pas de marques. Malheureusement la méthode, rarement appliquée, n'était pas sans de sérieux inconvénients, car la variole ainsi inoculée restait contagieuse et devenait, chez ceux qui l'attrapaient, extrêmement grave. JENNER était cependant très partisan de la variolisation et il s'offrait à varioliser toutes les personnes qu'il rencontrait. Il s'inocula d'ailleurs lui-même et manqua en mourir. Au cours de ces campagnes, « je ne fus pas peu surpris, raconta-t-il lui-même (1), de rencontrer un certain nombre de personnes en qui l'opération échouait toujours, quelque précaution que je prisse pour la faire réussir. Cette observation s'étant répétée, j'en recherchai la cause : je considérai la position des rebelles et je m'aperçus qu'ils étaient tous employés dans les fermes à traire les vaches ». Cette constatation, rapprochée des dires de la femme de Sadsbury et de tout ce qu'il avait appris au sujet des traditions populaires, lui donna la première idée de la *vaccine*, ou, en d'autres termes, de l'emploi systématique de la lymphe du cow-pox chez l'homme dans le but de le rendre ultérieurement réfractaire, au moyen d'une affection bénigne, à la variole.

(1) D'après l'*Eloge de Jenner*, par J.-B. BOUSQUET.

L'idée appartient-elle en propre à JENNER? C'est de quoi on a longuement discuté. Il semble, en effet, que la vaccine ait été connue depuis très longtemps en Chine, aux Indes, en Perse, et jusque dans les Andes, d'après HUMBOLDT. Mieux encore, on a affirmé que SUTTON et FEWSTER avaient reconnu, dès 1768, ces propriétés protectrices de l'inoculation de cow-pox, et que, en 1781, RABAUT-POMMIER, de Montpellier, en avait entretenu un médecin anglais, PEW, qui se serait chargé d'en parler à son ami JENNER et de l'engager à faire des expériences dans cette voie. Tout cela est possible, mais tout aussi se bornait à des observations empiriques ou à de vagues racontars. En réalité, ce qui appartient à JENNER, ce qui consacre son mérite et sa gloire c'est qu'il chercha à contrôler rigoureusement ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans la tradition, et à établir une relation positive entre l'inoculation de cow-pox et la préservation variolique. Ses recherches l'amenèrent ainsi à constater que toutes les pustules observées chez les vaches ne donnent pas une lymphe jouissant des mêmes propriétés et ne peuvent pas par conséquent posséder le même pouvoir protecteur, mais que aussi, toutes les vraies picotes paraissent capables de créer la protection; poussé par cette conviction, il se risqua, en 1789, et sans résultat d'ailleurs, à inoculer son fils successivement avec la picote du porc (swine-pox) et ensuite avec la variole humaine, événement que consacre le monument de MONTEVERDE, à l'hospice de Gênes.

Quelque encourageants que fussent les résultats, JENNER ne les jugea pas suffisants; pendant sept ans encore, il observa, compara, expérimenta. Enfin, le 14 mai 1796, il inocula à un enfant de huit ans, James PHIPPS, le virus des pustules d'une femme, Sarah NELMES, atteinte de cow-pox et constata l'apparition de boutons au niveau de la piqûre, phénomène qu'il observait pour la première fois : deux mois plus tard, il inoculait la variole à l'enfant. On peut imaginer les angoisses par lesquelles il passa pendant les quelques jours qui suivirent, en se rappelant celles qu'éprouva PASTEUR quand il vaccina contre la rage ses premiers malades, MEISTER et JUPILLE. Pour l'un comme pour l'autre, l'expérience fut heureuse et concluante et JENNER put affirmer que la variole était désormais une maladie aisément et sûrement évitable grâce à une intervention insignifiante. En 1798, il rendit publique sa découverte dans son bref et célèbre ouvrage : *Recherches sur les causes et les effets de la vaccine de la variole*, lequel fut suivi, à de brefs intervalles de plusieurs autres livres traitant du même sujet.

La vaccination jennérienne reçut un excellent accueil, malgré que ses détracteurs obstinés prétendissent maintenant, après avoir d'abord nié la vaccine, qu'elle avait été connue et pratiquée de tout temps. WOODVILLE l'introduisit en France en 1800 et LA ROCHEFOUCAULD-LIANCOURT et HUSSON fondèrent une société pour sa propagation; elle eut également de chauds partisans en Italie, en Suède et en Allemagne, et chacun pouvait constater que, sous son influence, les ravages de la variole allaient s'atténuant. Pourtant vers la fin de sa vie, JENNER éprouva quelques déboires. Il avait toujours soutenu que la vaccination confère une préservation définitive contre la variole. Or, dans les premières années du XIXe siècle, on s'aperçut que les vaccinés n'étaient pas absolument à l'abri de la variole et qu'ils pouvaient parfois la contracter de nouveau, au moins sous une forme bénigne. Il fallut donc bien reconnaître que l'immunité vaccinale n'est pas définitive et qu'elle s'épuise au bout de quelques années. C'est à partir de ce moment qu'on reconnut la nécessité des revaccinations dont la pratique est actuellement devenue générale.

JENNER, le succès de sa méthode désormais assuré, vécut paisiblement à Berkeley s'adonnant de nouveau à des études d'histoire naturelle. Il avait reçu d'ailleurs les plus grands témoignages de l'admiration universelle; il appartenait à la Société royale de Londres, à l'Institut de France et à presque toutes les sociétés savantes de l'Europe; en 1814, Alexandre de Russie voulut le voir et, comme d'autres souverains, le combla de cadeaux. Napoléon lui témoigna une estime particulière puisque, à sa simple demande, il rendit la liberté à deux Anglais d'importance, prisonniers en France. Cependant, ainsi que le signale le docteur H. BOUQUET, on ne le décora d'aucun ordre. En revanche, le Parlement britannique lui vota, en 1802, une récompense nationale de 10.000 livres, et une autre de 20.000 livres en 1807. C'est seulement plus tard (1857) qu'on lui éleva une statue dans Trafalgar-Square.

Scientifiquement parlant, JENNER ne saurait être comparé à notre PASTEUR; il n'a ni eu les idées générales, ni accompli les découvertes successives qui assurent l'incomparable gloire du savant français; dressé par HUNTER, il n'a pu que tirer, de constatations populaires négligées, tout ce qu'elles renfermaient d'exact et en a déduit un procédé prophylactique de la plus grande valeur. Ce sont les services qu'il a ainsi rendus aux hommes qui doivent entraîner notre éternelle reconnaissance et justifier les honneurs que nous rendons à sa mémoire. Pour les mesurer, ces services, à travers les perfectionnements introduits successivement dans le procédé primitif, il suffit de rappeler que, avant JENNER, la variole frappait plus de 90 p. 100 des habitants, tandis que, aujourd'hui, elle en atteint à peine 2 p. 100 et que, si nous étions moins négligents, si la vaccination et les revaccinations étaient rendues partout obligatoires, cette affreuse maladie disparaîtrait de la surface de la terre. Inclinons-nous devant celui qui a épargné tant de vies humaines et honorons en lui un autre grand bienfaiteur de la pauvre humanité.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1923)

Nouvelles expériences sur le phénomène de Broca et Sulzer (ondulations de fatigue). — M. Emile HAAS.

Importance des sels ammoniacaux organiques dans la production de la pyocyanine par le bacille pyocyanique. — MM. A. GORIS et A. LIOT.

Sur quelques actions du thorium X sur les diastases et les microbes. — J. P. HAVERSENQ, L. JALOUSTRE et E. MAURIN.

Variations de l'excitabilité neuro-musculaire sous l'influence de la suppression et du rétablissement de la circulation d'un membre chez l'homme. — MM. G. BOURGUIGNON et H. LAUGIER ont observé pendant la compression, avec stase comme avec anémie, une véritable *curarisation*. Après la décompression, il se produit une augmentation considé-

rable de la chronaxie du nerf et du muscle, avec contraction lente comme dans le syndrome de la « réaction de dégénérescence ». Les modifications reversibles du nerf et du muscle dans la compression, se répercutent à distance par voie réflexe, comme le font les lésions. Toutes les modifications observées sont réversibles rapidement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1923)

Le centenaire de Jenner. — Nos lecteurs trouveront en première page le compte rendu de la célébration du centenaire de Jenner. Voici, pour le compléter, l'allocution prononcée par M. CHAUFFARD, président de l'Académie :

« Il y a un mois, l'Académie de médecine célébrait, en une séance solennelle, le centième anniversaire de la naissance de Pasteur; aujourd'hui, elle veut rendre le même hommage à Edward Jenner, mort le 26 janvier 1823. Pasteur, Jenner! heureux rapprochement de dates, qui nous permet d'associer dans un même sentiment d'infinie reconnaissance les noms immortels de ces deux grands bienfaiteurs de l'humanité!

Tout a déjà été dit ici sur l'œuvre de Pasteur et sur les conséquences illimitées qui la prolongent chaque jour. La part de Jenner est sans doute plus restreinte, et il ne s'est attaqué qu'à une maladie, la variole, mais cette maladie était une des plus redoutables parmi celles qui décimaient alors les populations, et Jenner en a triomphé si complètement, que la variole est aujourd'hui une maladie presque éteinte, que l'on ne voit reparaître de temps en temps que sous la forme de cas isolés, dus seulement à l'incurie humaine quand nous négligeons de faire le petit effort nécessaire pour nous en préserver. Pendant les longues années de la Grande Guerre, l'armée française n'a compté, je crois, que deux à trois cas de variole, et cette immunité à peu près totale, c'est à Jenner que nous la devons.

L'œuvre de Jenner a donc été complète et définitive d'emblée, on ne lui a ajouté que des perfectionnements de détail d'ordre pratique, et vous verrez, d'après les exposés qui vont vous être faits par de plus compétents que moi, qu'elle ne relève pas de l'empirisme, mais de l'observation clairvoyante et du raisonnement scientifique.

Pour se rendre compte de ce qu'était la variole au XVIIe et au XVIIIe siècle, il suffit de rappeler la longue série de deuils successifs dont elle a frappé la descendance de Louis XIV. Tout le cours de notre histoire nationale en a subi les contrecoups.

C'est au commencement du XVIIIe siècle que la lutte contre la variole est entreprise par une méthode nouvelle, et qui commence ce que l'on pourrait appeler la *période préjennérienne* de la prophylaxie variolique.

De temps immémorial, on pratiquait dans la région du Caucase, en Georgie, en Circassie, la *variolisation préventive* et la méthode fut importée en Turquie par deux opératrices célèbres, connues dans l'histoire sous les noms populaire de la *vieille de Philippopoli* et de la *Thessalienne*. C'est alors que Lady Worthley Montagu, femme de l'ambassadeur d'Angleterre à Constantinople, eut connaissance de ces faits, et apprit de la Thessalienne la pratique de la variolisation. Cette opératrice, désireuse de s'assurer le concours bienveillant des prêtres grecs, pratiquait ses inoculations en croix, une au front, une au menton, une à chaque aisselle, et une sur la poitrine. Lady Montagu, convaincue par les faits dont elle était le témoin, n'hésita pas à faire inoculer son fils âgé de trois ans, et voici les curieux détails que, dans une de ses lettres à une amie, elle donne sur la technique de la petite opération. « A propos de maladies, écrit-elle, je vais vous dire une chose qui vous fera désirer d'être à Constantinople : la petite vérole, ce mal si cruel, si commun parmi nous, n'y est nullement dangereux, par l'insertion de l'*inoculation*, c'est ainsi qu'on l'appelle.

« C'est le métier de quelques femmes âgées qui se consacrent à faire ces sortes d'opérations dans l'automne, vers le mois de septembre, lorsque les grandes chaleurs sont passées.

« On s'envoie demander les uns aux autres, si quelqu'un de la famille veut se donner la petite vérole, on arrange cela comme une partie. Quand on est rassemblé, et pour l'ordinaire quinze ou seize ensemble, ces vieilles femmes arrivent, avec une écaille de noix pleine de matière variolique de la meilleure qualité, et vous demandent où vous préférez qu'elles vous ouvrent la veine. Alors elles piquent l'endroit que vous leur indiquez avec une grande aiguille, cela ne fait pas plus de mal qu'une légère égratignure; elles introduisent dans le petit vaisseau, toute la matière qu'elles peuvent fixer sur la pointe de l'aiguille; après cela elles bandent cette petite plaie, en observant de la couvrir d'un fragment de coquille creuse; elles répètent cette opération à quatre ou cinq endroits différents. »

Ainsi se pratiquait, à Constantinople, la variolisation, et les suites en étaient très bénignes : huit jours d'incubation, deux à trois jours de petite maladie, et une guérison sans cicatrices; la mortalité était considérée comme nulle, aussi ajoute Lady Montagu : « l'ambassadeur de France disait, fort plaisamment, qu'on prend ici la petite vérole pour faire diversion, comme ailleurs on prend les eaux ».

Deux ans plus tard, en 1718, Lady Montagu rentre en Angleterre et se dévoue à la cause de la variolisation. En 1721, elle fait inoculer publiquement sa fille, en présence des médecins de la Cour. La princesse de Galles fait faire des expériences de contrôle sur sept prisonniers et sur cinq enfants pauvres, le succès est complet, et dès lors la partie est gagnée en Angleterre on y variolise en grand.

C'est ainsi que par son initiative intelligente et courageuse, Lady Montagu a mérité la gloire de rester pour la postérité le *précurseur de Jenner* dans la lutte antivariolique.

En France, la variolisation, connue à Montpellier dès 1717, eut quelque peine à se répandre, malgré l'appui que lui apporta Voltaire dans la XIe de ses *Lettres philosophiques*. Cependant on peut citer, parmi les variolisés de marque : Turgot, le fils et la fille du duc d'Orléans, Louis XVI et toute la famille royale. En 1754, la Faculté de médecine de Paris avait déclaré que la pratique de la variolisation pouvait être tolérée, froid assentiment, mais qui, au moins, n'était pas un refus.

La variolisation était à coup sûr un grand progrès, mais elle était passible d'une grave objection. Si, en effet, au point de vue individuel, elle constituait une excellente méthode de prophylaxie, au point de vue social elle créait un danger de plus et mettait la collectivité en état d'*anaphylaxie* au sens étymologique du mot. Chaque variolisé devenait un foyer de contagion, et, au lieu de s'éteindre, la maladie ne pouvait qu'être ainsi entretenue et propagée. Seule, la méthode qu'allait apporter Jenner pourra permettre de protéger à la fois l'individu et la collectivité.

L'histoire de la vaccine va vous être exposée, et je voudrais seulement, en terminant, vous dire ce qu'était, en Jenner, le médecin et l'homme.

Jenner avait commencé ses études médicales à l'hôpital Saint-Georges, sous la direction du célèbre John Hunter, avec qui il entretint toujours des relations très suivies. En 1773, il retourne à Berkeley et y exerce la chirurgie et la pharmacie jusqu'en 1792. Il se marie alors et s'établit à Cheltenham où il pratique la médecine avec le titre de docteur de l'Université de Saint-André. En 1796, il découvre la vaccine, publie son premier ouvrage sur ce sujet en 1798, et réside dès lors à Londres pour s'y consacrer à des expériences et à des démonstrations sur la vaccine.

Mais ce serait ne pas connaître pleinement Jenner que de ne voir en lui que le vaccinateur. De nombreuses publications de physiologie, relatives à l'appareil électrique de la torpille, à l'hibernation et aux diverses fonctions des animaux hibernants, au mouvement musculaire, à la température des animaux et des végétaux, à l'appareil auditif des poissons, etc., montrent à la fois l'étendue de ses connaissances et la curiosité toujours en éveil de son esprit scientifique. Homme de haute culture, le domaine des joies artistiques ne lui était pas fermé, et il était grand amateur de musique et de poésie.

Mais tout cela s'efface dans le rayonnement de son admirable découverte, et c'est elle maintenant qui va vous être exposée. »

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 25 janvier. — Questions données : « Oreillons. — Signes et évolution de l'ulcère du duodénum sans le diagnostic. »

MM. Olry, 17; Bidoire, 12; Bascouret, 15 1/2; Mlle Cros, 16; MM. Prévost (Félix), 10; Maduro, 18 1/2; Ebrard, 18; Desprairies, 16 1/2; Lejard et Breger, 17 1/2.

Séance du 26 janvier. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la poliomyélite aiguë. — Anatomie pathologique, signes et diagnostic des ruptures traumatiques de l'urètre. »

MM. Widiez, 11; Baillis, 12; Lemière, 16; Renault, 15 1/2; Jacquet, 19; Bourgeois (Jean), 13; Derocque, 18; Ghouillat-Hour et Boyer, 14; Dessaint, 17 1/2.

Séance du 28 janvier. — Questions données : « Formes cliniques de la gangrène pulmonaire. — Signes et diagnostic des rétrécissements de l'œsophage. »

MM. Martin (Henri), 17; Delafontaine, 15; Willot, 11 1/2; de Peretti della Rocca, 16 1/2; Boltansky, 12 1/2; Le Blay, 12; Couturat, 11 1/2; Samsoen, 16 1/2; Fleury, 14; Seligman (Pierre), 16.

— Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1923-1924. — *Rectification.* — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1923-1924, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 février 1923) : internes et internes provisoires, le samedi 10 février, à 14 h.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1923) : ceux de 8e et 7e années (militaires), de 6e, de 5e et de 4e années (externes ayant concouru en 1910, 1911, 1912, 1913, 1920 (concours militaire), le vendredi 16 février, à 14 h.; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1920) [1er concours], le samedi 17 février, à 14 h.; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1920) [2e concours], le lundi 19 février, à 14 h.; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1921), le mercredi 21 février, à 14 h.; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1922), le vendredi 23 février, à 14 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1923 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 12 mars 1923, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 5 février au samedi 24 février inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 18 octobre 1923, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Angers. — Un concours s'ouvrira, le 30 avril 1923, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe

du Service de santé, aura lieu le lundi 19 février 1923, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Organisation du Service de santé dans un corps expéditionnaire », par M. le médecin principal de 1re classe Visbecq, médecin chef de la Section technique du Service de santé au ministère de la Guerre.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le 1er févirer, à 16 h., grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Les impulsions génitales. Dipsomanie. Dromomanie. »

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Henri Le Gall (de Marseille), Max Norden, Ivan Moricand (de Paris), Yver (de Flers).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE. — LE PROJET DE LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE *(Vote unanime de l'Assemblée générale : 5.150 voix)*. — En harmonie avec ses décisions antérieures, le Conseil d'administration de la Fédération a voté, dans sa séance du 20 décembre dernier, l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration de la Fédération, résolu à s'opposer à tout projet de loi d'assurance qui, comme le projet Vincent, établirait sous quelque forme que ce soit, un tarif forfaitaire des honoraires médicaux, déclare ne pouvoir se rallier qu'à un projet respectant la dignité professionnelle médicale, sauvegardant l'indépendance des médecins n'entravant pas les progrès de la médecine française, et assurant :

1° Le respect du secret professionnel.

2° Le libre choix absolu du médecin.

3° La rémunération à la visite et au tarif moyen de la clientèle ordinaire.

4° Le paiement des honoraires médicaux intégralement et directement par le malade.

5° La limitation du bénéfice de la loi aux personnes peu aisées. »

En conséquence, sur la proposition du Conseil d'administration, dans une assemblée générale extraordinaire tenue au petit amphithéâtre de la Faculté, le 22 décembre à 20 h. 3/4, les groupements professionnels médicaux de la Fédération ont décidé, *à l'unanimité* (*5.150 voix exprimées*), de soumettre le texte de l'engagement ci-dessous à la signature de tous les médecins de la région parisienne :

« En raison du rôle capital que les Sociétés de secours mutuels paraissent devoir jouer dans l'organisation future des assurances sociales.

Je soussigné, docteur en médecine, m'engage sur l'honneur, par solidarité confraternelle, à ne continuer ou à ne consentir à être médecin de *Sociétés de secours mutuels ou de Caisse d'assurance sociale* que si les soins donnés aux mutualistes ou aux assurés sont rémunérés, à la visite, selon le tarif moyen de la clientèle ordinaire, si le paiement des honoraires médicaux est fait directemeut et intégralement par le malade, et si les principes du libre choix du médecin, et du respect du secret professionnel sont rigoureusement respectés.

Cet engagement ne deviendra valable que si le referendum organisé par la Fédération corporative des médecins de la région parisienne réunit 80 p. 100 des signatures des médecins exerçant dans cette région. »

Si l'on rapproche de cette décision prise à l'unanimité le récent choix des médecins des Commissions tripartites (application de l'art. 64 de la loi des pensions) fait à l'unanimité des 4.000 voix exprimées, on voit que, grâce aux efforts de la Fédération, et de tous les groupements professionnels qui la constituent, un vent d'union souffle dans le Corps médical organisé de la région parisienne.

Le secrétaire général de la Fédération,
CAMILLE LIAN.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI TENDANT A SURSEOIR AUX EXPULSIONS DE LOCATAIRES

(PROMULGATION 1er JANVIER 1923)

Malgré les affirmations qui ont été produites lors de la discussion qui a précédé la loi du 31 mars 1922, une nouvelle loi concernant locataires et propriétaires vient d'être votée. La crise du logement continue et elle continuera encore longtemps vraisemblablement : le défaut de constructions nouvelles en est un des motifs les plus sérieux. Il faut bien reconnaître qu'il n'est pas tentant de construire actuellement, en raison de la cherté des matériaux et de la main-d'œuvre. La Ville de Paris paraît vouloir sérieusement tenter d'atténuer la crise dont il s'agit en élevant de nouvelles maisons; mais que de difficultés naissent quand il s'agit de mettre le projet sur pied! D'autre part, la Ville peut envisager la construction de nouveaux édifices, car finalement ce sera le contribuable parisien qui paiera; et on ne le consulte guère. Mais, en ce qui concerne le simple particulier, c'est son propre argent qui est en jeu; et vraiment on ne peut lui faire grief de son peu d'empressement, surtout qu'une loi est en préparation pour limiter la liberté du propriétaire dans la fixation de l'augmentation des loyers.

En attendant, on a craint pour le 1er janvier 1923 de trop nombreuses expulsions, mettant sans abri beaucoup de familles. La loi nouvelle, qui a été promulguée le 1er janvier 1923, dispose dans son article 1er tout d'abord :

« Dans les localités où pour les personnes visées au paragraphe 2 de l'article 7 de la loi du 31 mars 1922, le juge de paix, lorsque le prix annuel du loyer en cours ne dépasse pas 1.000 francs, ou le juge des référés, lorsque le prix ne dépasse pas 8.000 francs, peut ordonner qu'il sera sursis, sous forme d'un délai de grâce, à l'expulsion des locataires des locaux d'habitation ou de locaux commerciaux lorsque ceux-ci sont attenants aux locaux d'habitation ou situés dans le même immeuble, sauf le droit d'occupation du propriétaire dans les conditions prévues aux articles 4 et 13 de la loi du 31 mars 1922. »

Donc, le sursis qui peut être accordé n'est qu'une faculté pour le juge, soit le juge de paix, soit le juge des référés. *Le sursis à accorder ne peut dépasser le 1er juillet 1923.* De plus, la décision rendue par l'un ou l'autre juge *n'est pas susceptible de recours.*

La loi renvoie, pour son application, à la loi du 31 mars 1922, d'abord en ce qui concerne les personnes bénéficiant de la loi nouvelle : ce sont celles visées au paragraphe 2 de l'article 7, c'est-à-dire locataires, cessionnaires ou sous-locataires, réfugiés des départements dévastés, sous réserve pour ces derniers de produire certaines justifications.

Elle applique, en second lieu, les articles 4 à 13 de la loi du 31 mars pour déterminer les conditions du sursis accordé; *le droit d'occupation du propriétaire reste intact.* Elle spécifie que les locataires, appelés à bénéficier de la disposition nouvelle, devront avoir satisfait à leurs obligations et accepter les conditions de prix ou d'occupation fixées par le juge sur les bases de la loi du 31 mars 1922.

Une dernière disposition est à remarquer : lorsque les locaux auront été loués à un nouveau locataire, celui-ci devra être appelé devant le juge de paix ou le juge des référés, à la requête du propriétaire. Ce n'est plus, comme dans la loi du 31 mars 1922, à la requête de la partie la plus diligente ; c'est en tout état de cause le propriétaire qui doit prendre l'initiative et par conséquent faire l'avance des frais.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ORTHOPÉDIE. — CHIRURGIE INFANTILE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

RACHIS

Les fractures du rachis. (S. Kleinberg. *Journ. of bone and Joint Surgery*. janv. 1922.) — L'auteur rapporte sept observations et, en se basant sur elles, montre la difficulté du diagnostic des fractures sans signes médullaires.

Pour lui le diagnostic sera basé sur :

1° La notion du traumatisme dans lequel le dos aura subi une violence directe ou indirecte.

2° Une douleur localisée, persistantè du rachis, de la faiblesse du dos, des douleurs le long des nerfs rachidiens de la région, troubles de la sensibilité ou des réflexes.

3° Une sensibilité localisée du rachis, aplatissement ou angulation du rachis, limitation de la mobilité.

Dans les cas minimes, la lésion est souvent méconnue et le malade regardé comme un simulateur ou un neurasthénique.

Il faut faire une radio de profil après purgation du malade et compression du ventre par un ballon.

La radio montre deux types de fractures : fracture par tassement d'un corps vertébral, fracture avec déplacement des fragments.

Le traitement consiste dans un corset plâtré, mais il faut savoir que la consolidation demande au moins deux ans. C'est pourquoi il propose comme traitement radical, la greffe osseuse.

Dans le cas de compression médullaire, la laminectomie est indiquée.

Le traitement opératoire de la scoliose. (A. Mackenzie Forbes [de Montréal].) — Forbes décrivit, en juin 1911, une méthode de traitement de la scoliose basée uniquement sur la dérotation vertébrale. Il renonça complètement, dès 1914, au traitement non sanglant de la scoliose dans les cas avec déformation osseuse. On ne peut superposer une courbure physiologique de sens inverse à la courbure pathologique chez de tels malades. « Le moins ne peut guérir le plus ». Il est d'avis de recourir au traitement chirurgical dans la scoliose grave.

Selon lui, les scolioses graves reconnaissent trois causes principales : 1° l'obliquité de la 5e lombaire (anomalies démontrées par Adams) ; 2° la perte des moyens de soutien (poliomyélite) ; 3° des vertèbres cunéiformes d'origine congénitale.

Pour remédier au premier défaut, il propose de faire une laparotomie, d'enlever une portion du disque entre la 5e lombaire et le sacrum, et d'y insérer un greffon en forme de coin. Il n'a jamais pratiqué l'opération. C'est un projet.

Pour les deux autres cas, il conseille, après redressement au maximum du rachis, de l'enraidir.

Il rejette les opérations de Hibbs, Albee, insuffisantes et emploie une technique décrite par lui (voir *Journ. of orthop. Surgery*, sept. 1920, p. 510) et qui consiste après dénudation des lames et apophyses épineuses dorsales et lombaires à les briser en fragments qu'on entrecroise. Plâtre pendant six mois.

Il a pratiqué dix fois l'opération et malgré sa gravité, n'a eu qu'un décès de pneumonie et se montre satisfait des résultats, tant au point de vue de la fixation de la réduction, que de l'amélioration de l'état général.

Les opérations ankylosantes dans le traitement du mal de Pott chez l'adulte. *IVe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie*, Paris, 6 oct. 1922. (E. Estor : rapporteur. Voir *Analyse in Gaz. des hôpit.*, 17 et 19 oct. 1922, n° 81, p. 1301.)

Quelques considérations sur l'ostéosynthèse dans le mal de Pott. L'enquête américaine et les résultats tardifs de 16 cas personnels. (J. Calvé et M. Galland [de Berck]. *Journ. de chir.*, n° 6, déc. 1922, p. 565, 583, 4 fig.)

Les opérations ankylosantes dans le mal de Pott continuent à avoir une mauvaise presse. Les résultats de l'enquête américaine sur les résultats éloignés faite en 1921 (voir *Gaz. des hôpit.*, 4-6 avril 1922, n° 27, p. 427) ont été désastreux. Calvé et Galland sont encore plus sévères.

Dans un article de la *Revue de chirurgie* de mai 1920, les deux auteurs concluaient : N'opérez pas l'enfant; n'opérez que l'adulte et seulement lorsqu'il sera parvenu à la période de guérison.

Ils ont opéré seize malades dans ces conditions et nous apportent leurs résultats.

Sur 16 cas, 2 augmentations de gibbosité, 2 reprises d'abcès, 1 fistulisation et mort par tuberculose pulmonaire, 4 localisations tuberculeuses nouvelles.

Treize cas heureux dont 2 avec persistance de douleurs radiculaires. Et il s'agit de cas opérés en bon état, guéris et la plupart des opérés ont porté pendant au moins deux ans après l'opération un corset de celluloïde.

Ils concluent : la méthode a fait faillite chez l'enfant. Chez l'adulte en évolution, elle est insuffisante et non orthopédique. Elle n'est pas de toute sécurité chez l'adulte dit guéri, car elle ne permet pas à coup sûr d'éviter les récidives intrafocales.

Cf. — Mort par shock à la suite de greffe pour mal de Pott. (Nové-Josserand. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 24 oct. 1922, p. 1069.)

La greffe osseuse dans le mal de Pott. (M. Imbert. *Soc. de chir. de Marseille*, 4 déc. 1922, 11 obs.)

La synostose vertébrale opératoire comme traitement du mal de Pott. (A. D. Radulesco. *Revue d'orthop.*, n° 4, juillet 1922, p. 305.)

Hypertrophie osseuse dans le mal de Pott (R. B. Cofield. *Journ. of bone and Joint Surgery*, vol. IV, n° 2, avril 1922, p. 332.) — On considère que la tuberculose osseuse fermée est uniquement destructive, à sa période d'activité (ulcérations). A la période de cicatrisation, il se forme un cal uniquement fibreux et aucune ossification exubérante. Il n'en est pas de même dans les foyers fistuleux, il se produit des périostoses volumineuses par ostéomyélite secondaire.

Ceci est parfaitement exact chez l'enfant. Mais, il n'en est pas toujours ainsi chez l'adulte : et chez lui, dans la tuberculose fermée, on peut parfois voir la production de véritables ostéophytes.

R. C. Cofield examinant en série 100 maux de Pott a trouvé dans 10 cas des ossifications sous formes de becs osseux, de ponts latéraux jetés d'ene vertèbre à l'autre latéralement ou en avant du rachis.

Il s'agissait toujours d'adultes. Tous ont eu un Wassermann négatif; 6 ont présenté des abcès froids ; 2 inoculations de pus ont été positives ; 5 étaient, en même temps, tuberculeux pulmonaires.

Dans tous les cas, il s'agissait de la région lombaire. L'auteur pense que ces faits, sauf quatre cas cités par W. C. Campbell (*Journ. Amer. med. Assoc.*, Aug. 19, 1916. p. 572), ne sont signalés encore nulle part.

Nous nous permettons de remarquer que Cappelle, dans sa thèse sur le mal de Pott de l'adulte (Paris 1921) cite trois de ces cas dont un avec autopsie, que nous-même, dans un travail en collaboration avec Jaubert, sur les spondylites et périspondylites infectieuses (*Revue de chir.*, juillet-août 1919), citons un cas de mal de Pott lombaire fermé avec périostoses, et montrons que certaines périspondylites ankylosantes de l'adulte associées ou non avec des arthrites ankylosantes des grandes articulations, allant jusqu'à la spondylose rhizomélique de Pierre Marie doivent être attribuées à la tuberculose du rachis.

Syringomyélie à début par cyphoscoliose juvénile, apparition tardive des accidents confirmatifs. (Ch. Foix et E. Fatou. *Revue de neurol.*, janv. 1922, p. 28-37, 8 fig.) — Observation I. — Il s'agit d'un homme qui depuis l'âge de quatorze ans présente une cyphoscoliose à convexité droite. A partir de l'âge de vingt-deux ans il présente du dérobement de la jambe droite. A partir de vingt-huit ans apparaissent des symptômes syringomyélites nets (douleurs, troubles moteurs, urinaires, sensitifs) à prédominance unilatérale droite. A trente-cinq ans il présente une énorme cyphoscoliose droite avec volumineuse gibbosité.

Obs. II. — Début par une cyphoscoliose dorsale droite à l'âge de quinze ans, qui a acquis à l'âge actuel cinquante ans, un grand développement Le malade a passé dans différents services considéré seulement comme un tousseur. C'est la recherche méthodique de la syringomyélie qui a permis de trouver chez lui le signe de Babinski et une dissociation caractéristique de la sensibilité de tout le côté droit.

Ces deux faits démontrent que la syringomyélie peut débuter longtemps avant l'apparition des autres accidents par une cyphoscoliose identique à celle des adolescents. Les auteurs pensent que le siège dorsal, l'unilatéralité de la syringomyélie permettent de dire que c'est bien elle qui est cause de la scoliose Dans les deux cas la convexité de la scoliose est tournée du côté malade. « Tout se passe comme si l'état parétique et dystrophique des muscles vertébraux du côté malade entraînait le déséquilibre des forces dont résulterait la déviation vertébrale ». La radiographie n'a pas montré de lésions vertébrales susceptibles d'expliquer la déformation.

Enfin ces faits permettant de montrer le début précoce d'une syringomyélite tardive, sont un argument de plus en faveur de l'origine congénitale de certaines syringomyélies.

Discussion (p 65). M. H. Claude, cite un cas analogue. Homme de cinquante-neuf ans avec signes certains et récents, syringomyélie présentant une cyphoscoliose qui aurait débuté vers l'âge de vingt ans.

M. H. Dufour rappelle qu'en 1897 il a rapporté à la Société anatomique le cas d'un spina bifida ayant vécu jusqu'à cinq ans, sans aucun trouble de la motilité et sensibilité, et qui présentait une syringomyélie avec néoformation épendymaire étendue du bulbe au sacrum. L'évolution peut donc rester latente.

Cf. — Spina bifida et syringomyélie combinées. Le syndrome hydromyélique épendymaire et arachnoïdien. (M. Klippel et A. Feil. *Presse méd.*, 7 déc. 1921, n° 98, p. 971.)

Syringomyélie et spina bifida occulta. (A. Léri. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 21 juil. 1922.)

Les signes précoces du cancer du rachis. (Ed. D. Oppenheimer. *Journ. of bone and joint Surgery*, avril 1922, vol. IV, n° 2, p. 342.) — Les corps vertébraux sont souvent le siège de métastases cancéreuses, mais le diagnostic en est, au moins au début, très difficile. En effet, la lésion ne donne pas de symptômes tant qu'il n'a pas dépassé les limites de la substance osseuse. La radiographie elle-même reste longtemps négative ou douteuse.

L'auteur nous apporte 32 observations et de leur étude il tire les renseignements suivants : à une période avancée il se manifeste de deux manières. Le plus souvent une gibbosité aiguë, brusque, avec des douleurs radiculaires intenses, plus rarement, ces symptômes d'invasion des racines existent sans gibbosité, ce qui est caractéristique du cancer vertébral, ou d'une tumeur primitive des méninges.

Au début, les symptômes sont beaucoup plus variables. L'auteur attache une grosse importance aux caractères de la douleur : violentes névralgies, continues, surtout bilatérale et de distribution segmentaire, non influencées par la thérapeutique oréinaire, ne disparaissant pas par le sommeil, et caractère très important non soulagées par l'immobilisation, pouvant même être *aggravées* par le port d'un corset qui empêche sans doute le malade de prendre une attitude antalgique.

Avant l'apparition de ces douleurs, déjà tardives, l'auteur pense que le diagnostic peut être suspecté.

Il signale comme très précoces d'irrégularité de la ligne des apophyses épineuses soit verticalement (recul léger d'une apophyse épineuse), soit latéralement (déplacement en baïonnette, ou légère torsion du rachis).

La radiographie du rachis est le plus souvent négative ou douteuse. Mais il faut faire des radiographies d'autres os (fémur, humérus, crâne), qui peuvent montrer des foyers cancéreux nets, sur huit cas à radiographies négatives on a trouvé trois fois d'autres métastases osseuses.

Enfin la notion du foyer primitif est capitale (cancer du sein, de l'estomac, etc), mais celui-ci peut avoir passé inaperçu ne donnant lieu à aucun symptôme jusqu'à la mort. C'est ce qui s'est produit six fois sur trente-deux malades. L'autopsie a montré des cancers méconnus (1 fois du sein, 2 de la thyroïde, 1 poumon, 2 prostate). Il faut rechercher systématiquement ces foyers primitifs possibles.

Cancer vertébral avec compression radiculo-médullaire. Diagnostic radiographique. (J. Sicard, J. Forestier, et J. Lermoyez. *Bull. et mém de la Soc. méd. des hôpit de Paris*, séance du 16 juin 1922.) — Le cancer du rachis est rarement primitif, presque toujours secondaire à un néoplasme, souvent du sein. Il se traduit par des caractères douloureux transitoires à la période de début, suivie souvent d'une accalmie, puis à la période d'état par des douleurs, des symptômes d'envahissement médullo-radiculaires, une gibbosité ou inflexion vertébrale, des signes cytologiques du liquide céphalo-rachidien.

Mais l'auteur montre que en dehors de la notion d'existence d'un foyer antérieur de cancer (cancer primitif, ou foyer de cancer méconnue), le diagnostic avec un mal de Pott est souvent très difficile et les symptômes énumérés plus haut sont communs aux deux affections.

Par contre il montre que l'aspect radiologique est très différent. Dans le mal de Pott, à la période de destruction, l'altération et même la disparition du disque intervertébral est la règle. Dans le cancer vertébral au contraire leur vertèbre s'affaisse, se détruit, avec intégrité absolue des disques sus et sous-jacents. Chez trois malades atteintes de cancer vertébral la radiographie de profil reproduisant nettement cette disposition.

Les syndromes lombo-ischialgiques d'origine vertébrale. Leur entité morphologique, radiologique et clinique. (Mario Bertolotti [Turin], *Revue de neurol.*, août 1922, p. 1112-1125, 11 fig.). — Il y a vingt ans on ignorait encore l'origine osseuse si fréquente de la névralgie sciatique. La radiographie a permis d'établir l'existence de cette origine de beaucoup de sciatiques dites idiopathiques et les travaux du professeur de Turin ont été pour beaucoup dans ce progrès. Il proclame aujourd'hui : « au moins quatre-vingts fois sur cent l'origine vertébrale d'une symptomatologie douloureuse ischialgique ».

En dehors du mal de Pott lombo-sacré, on peut reconnaître trois altérations osseuses de la 24e vertèbre présacrée pouvant donner lieu au syndrome douloureux.

1° *Ossification ligamenteuse ou pseudo-sacralisation.* — Cette ossification est à tort confondue en France (Ledouble) avec la sacralisation vraie. M. Lupo dans un article de la *Chir. des organi di movimento* d'octobre 1921 (voir analyse, *Gaz. des hôpit.*, 4 et 6 avril 1922, p 423) qui a étudié la sacralisation chez l'enfant démontre qu'il n'y a aucun rapport entre les deux affections, que la sacralisation véritable est une altération morphologique remontant à la période embryonnaire, portant non seulement sur les apophyses transverses mais

sur toute la vertèbre et qui dès l'enfance a atteint son aspect définitif. La calcification des ligaments ilio-lombaires et sacro-iliaques, d'ordinaire partielle, progressive, d'ordinaire rhumatismale, existe et peut donner naissance à un syndrome douloureux (BABINSKI. *Revue de neurol.*, 1903, p. 645. LÉRI. *Presse méd.*, 22 févr. 1922.)

2° *Lombo-arthrite chronique.* — Le rhumatisme chronique peut entraîner des lésions osseuses : ostéophytes en pont au niveau des disques intervertébraux, destruction des articulations sacro-lombaires entraînant, soit le glissement vertébral (spondylolisthésis) ou plus souvent le tassement vertébral.

L'abaissement des apophyses transverses amène leur projection sur les ailerons iliaques simulant la sacralisation. Apparence fausse que déjoue une radio, faite en oblique.

Quant au contact des apophyses transverses avec l'os iliaque (contact osseux de Richards), c'est encore le plus souvent une apparence radiographique. Il peut cependant se produire. mais il faut qu'il y ait un redressement en haut et en avant du sacrum, il y a aplatissement « enfoncement du plateau sacré entre les ailes iliaques ». Ce contact, qui peut être douloureux, n'a rien à voir avec la sacralisation vraie.

3° *Sacralisation vraie.* — Elle comporte une entité morphologique et une entité clinique.

La première est constituée non seulement par l'hypertrophie des apophyses transverses, mais par une tendance du corps et des articulations à se fusionner avec le sacrum, par une transformation de la facette auriculaire sacro-iliaque, la 5e lombaire prenant part à sa constitution, enfin par une situation et conformation vicieuse du plateau sacré. C'est à cette situation défectueuse du point de support du rachis qu'est due la scoliose associée, et la cyphose lombaire (dos plat) qui, l'une ou l'autre, accompagnent, dit l'auteur, toujours la sacralisation vraie. La différenciation caudale de la 5e lombaire a donc un retentissement très étendu sur la charpente du rachis entier.

Quant à l'association de troubles moteurs et sensitifs dus à la sacralisation vraie l'auteur ne les croit pas plus discutables que ceux qui sont sous la dépendance d'une côte cervicale, que tout le monde admet maintenant.

Cf. — Sacralisation vraie de la 5e lombaire et algies sciatiques. (ZIMMERN, LAURET et René WEILL. *Presse méd.*, n° 65, 16 août 1922.)

La 5e vertèbre lombaire et ses variations. (A. LÉRI. *Presse méd.*, n° 15, 22 fév. 1922.)

Le syndrome lombaire. (G. ROTTENSTEIN. *Marseille méd.*, 1er oct. 1922.)

La 5e vertèbre lombaire. Etude anatomique (rapports) et radiologique. (J. CATTALORDA. *Marseille méd.*, 15 avril 1922, p. 382, 394, 5 fig.)

Déformations du bassin osseux et sacralisation de la 5e vertèbre lombaire. (A. DELATTRE. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 15 oct. 1922, p. 253, 260, 1 fig.)

A propos d'un cas de sacralisation douloureuse de la 5e lombaire. (PAPON. *Th. de Montpellier*, 1921-1922, n° 24.)

Contribution à l'étude de la sacralisation de la 5e vertèbre lombaire. (GIRAUD. *Th. de Montpellier*, 1221-1922, n° 116.)

Note sur la sacralisation de la 5e lombaire. (C. T. H. HOLLAND. *Journ. of bone and Joint Surgery*, avril 1922, p. 215, 219.

BASSIN

Bassins sacro-coxalgiques à type oblique ovalaire. (FRUHINSHOLZ. *Revue méd. de l'Est*, 15 juin 1922, p. 104.) — On sait que la coxalgie occasionne souvent à un bassin oblique ovalaire typique (thèse Chalochet, Paris 1901), mais la déformation est rarement assez marquée pour donner lieu à des difficultés obstétricales. Il n'en est pas de même dans le bassin sacro-coxalgique, bien plus déformé. M. Fruhinsholz en apporte deux exemples.

Premier cas : Femme chez laquelle la lésion reconnue antérieurement avait motivé déjà deux césariennes.

Une troisième intervention haute donna naissance à un enfant bien constitué. Deuxième cas : Méconnu, ne s'est révélé qu'à la dernière période du travail. On ne pouvait plus intervenir par voie haute et on fut obligé de pratiquer la basiotripsie.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Sur un cas de lésions du plexus brachial supérieur (paralysie de Erb) consécutives à une opération de torticolis. (ENGEL. *Arch. f. orthop. u. Unfall chirurg.*, vol. XX, 1922, p. 61.) — Enfant de huit ans, opéré de torticolis droit, par résection d'un morceau de sterno-cléido-mastoïdien au point de bifurcation. Suspension de la tête avec la mentonnière de Glisson et traction en bas du bras pendant l'anesthésie générale. Pose d'un plâtre. Trois semaines après l'ablation du plâtre, on constate une paralysie type Duchenne-Erb : deltoïde, biceps, long supinateur. Avec réaction de dégénérescence.

La bibliographie montre deux cas semblables. Dans ces cas, il y a eu pose de minerve avec redressement exagéré. L'auteur a recherché sur le cadavre, après section du sterno-cléido-mastoïdien, la position d'hypercorrection amène une élongation des 5e et 6e paires sur les apophyses transverses des vertèbres sous-jacentes.

Sur l'étiologie de la paralysie obstétricale. (Dr A. GIUSEPPE. *Archivio di orthopedia*, vol. XXXVIII, fasc. 1, 1922, p. 41, 82, 17 fig.) — L'auteur rapporte onze observations de nouveau-nés présentant l'aspect clinique de la paralysie obstétricale. Il montre qu'il ne faut pas toujours attribuer à la paralysie partielle du plexus brachial l'attitude observée.

Dans certains cas, il s'agit de décollement épiphysaire huméral, plus rarement il y a une paralysie congénitale non obstétricale, parfois il y a en même temps lésion osseuse et nerveuse. Parfois aussi présence de scoliose ou surélévation congénitale de l'omoplate. La luxation de l'épaule, quand elle est observée, est toujours secondaire à la paralysie.

A propos de ces cas, l'auteur fait une revue générale et donne une bibliographie très complète de la question.

Contribution à l'étude de l'ostéo-arthrite syphilitique héréditaire tardive de l'épaule. (G. MIGINIAC et E. CADENAT. *Revue d'orthop.*, n° 2, mars 1922, p. 105.) — A propos d'une observation personnelle, les auteurs ont recherché les cas semblables déjà publiés et n'en ont trouvé que 8 qu'ils résument. Ils décrivent l'affection d'après ces 9 observations.

Cf. — Deux nouvelles observations d'arthropathie hérédo-syphilitique de l'épaule. (TRIDON et MIGINIAC. *Revue d'orthop.*, n° 4, juillet 1922, p. 367.)

Essai de systématisation de quelques malformations congénitales du squelette antibrachial. (DELATTRE. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 8 janv. 1922, p. 25-33.) — De l'étude critique des observations suffisamment complètes de radius curvus et de luxation congénitale du radius, il ressort qu'il y a dans tous les cas arrêt de développement du cubitus, plus marqué dans le second cas. La brièveté congénitale ou acquise (fracture vicieusement consolidée) d'un des os de l'avant-bras amène l'incurvation ou la luxation de l'autre os. Dans l'arrêt de développement du cubitus, le radius s'incurve vers le bas et devient ainsi de même longueur que son congénère. Il en résulte une série de déformations secondaires (diastasis, déviation de la main, orientation carpienne). Si la brièveté du cubitus est trop étendue, trop précoce, l'accommodation radiale ne se produit pas, et la tête radiale se luxe par en bas. Le radius paraît trop long, en réalité, dans son ensemble, l'avant-bras est raccourci et dévié en valgus.

Certains cas de cubitus varus et cubitus valgus n'ont d'autre cause que l'inégalité de développement ou de longueur des deux os de l'avant-bras. Enfin, au membre inférieur, l'absence partielle ou totale de péroné s'accompagne d'une inflexion du tibia telle qu'on l'a dénommée à tort « fracture intra-utérine de la jambe ».

Radius curvus bilatéral. (Ch. MATHIEU et JOSEPH. *Revue méd. de l'Est*, 15 sept. 1922, p. 586.)

Radius curvus ou maladie de Madelung. (M. FRŒLICH. *Id.*, p. 586.587.)

MM. MATHIEU et JOSEPH ont observé chez une jeune fille de seize ans une maladie de Madelung avec épaississement

considérable de l'os à sa partie moyenne rappelant un cal soufflé. Ils pensent à une infection atténuée du cartilage de conjugaison.

M. Frœlich pense que la maladie de Madelung à l'avant-bras est l'équivalent de la maladie de Volkmann au cou-de-pied, déviation du pied en valgus résultant par le raccourcissement du péroné. Mais ces affections ne sont pas toujours congénitales. Elles sont parfois acquises : syphilis, tuberculose, ostéomyélite atténuée.

Le traitement consiste à rendre aux deux os de l'avant-bras une longueur égale. Mais si l'opération est faite avant la fin de la croissance, on peut voir la difformité se reproduire. M. Frœlich l'a vu deux fois.

Cf. — Radius curvus ou maladie de Duplay-Madelung. (Max Poissonnier. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1er janv. 1922, p. 7-16, 13 fig.)

Maladie de Madelung. Résection des deux os de l'avant-bras sans suture osseuse. (Soubeyran [de Montpellier]. *Paris méd.*, 10 juin 1922, n° 23.)

La « main plate » (manus planus) : sa correction indispensable au bon fonctionnement de la main. (J. E. Goldthwait. *Journ. of bone and joint surgery*, juillet 1922, p. 469-480, 11 fig.) — La main est normalement concave transversalement et antéropostérieurement. L'arche transversale étant plus accentuée sur la deuxième rangée du carpe que sur la première. La fonction des doigts dépend à un considérable degré de cette disposition.

Quand la main est bien cambrée, lorsqu'on ferme les doigts et le pouce, les doigts convergent vers le centre de la main. Cette convergence du sommet des doigts est indispensable pour l'usage délicat de la main.

Or, de même qu'il y a un pied plat, il y a une main plate.

Dans la main plate, en flexion, le pouce est incapable de toucher le sommet des doigts ou la paume de la main. Les doigts, en flexion, ne convergent pas vers le centre de la main et restent écartés en éventail.

De plus, les tendons des muscles longs, les fléchisseurs, glissent dans la gouttière du carpe, tiraillent leur gaine. Il y a une douleur « à la base du pouce ».

L'aspect de la main plate est caractéristique sur une radiographie. Tandis que sur la main cambrée l'ombre du carpe est plus étroite que celle des os de l'avant-bras et que les métacarpiens sont rapprochés, l'articulation du premier métacarpien avec le trapèze transversale, sur la main plate le carpe est large; les métacarpiens écartés en éventail, l'articulation trapézo-métacarpienne très oblique

Les causes de la main plate sont l'affaiblissement du tonus musculaire et ligamenteux, suite parfois d'immobilisation de la main.

Le traitement consiste en mobilisation, exercices et port d'un bracelet correcteur simple imaginé par l'auteur.

MEMBRE INFÉRIEUR

Les rapports statiques entre le pied et le genou dans le membre paralytique. Arrêt osseux tibio-astragalien. (V. Putti. *Chir. degli organi di movimento*, avril 1922, vol. VI, fasc. 2, p. 125.) — L'auteur rappelle que les trois segments du membre inférieur, cuisse, jambe, pied, sont dans la station debout en équilibre instable maintenu par la contraction musculaire. Dans le membre ballant paralytique il s'effondre : la hanche se fléchit en avant, le genou en arrière, le pied en flexion dorsale. On ne peut obtenir la stabilité d'un membre entièrement paralysé que dans l'hyperextension de la hanche et du genou par résistance de leurs ligaments. Mais cette hyperextension du genou nécessite un cou-de-pied stable, bloqué en équinisme léger (110 environ). Putti montre les dispositifs qu'on a pris dans les membres artificiels pour arriver à obtenir le même angle, et la stabilité du membre inférieur en hyperextension.

Chez le paralytique, pour fixer le pied ballant en équinisme léger, on a le choix entre la triple arthrodèse (tibiotarsienne, sous-astragalienne, médio-tarsienne), opération simple et de résultat certain, mais supprimant tous les mouvements du pied, et la ténodèse postérieure (fixation du tendon d'Achille et au besoin tibial postérieur et fléchisseur des orteils dans le tibia), opération qui laisse des mouvements de flexion plantaire au pied, ne bloquant que la flexion dorsale, mais qui, d'après Putti lui-même, longtemps son défenseur, tient mal.

Putti propose un troisième procédé fort élégant. Il consiste à créer dans la poulie astragalienne, à la hauteur voulue pour avoir verrouiller le pied à 110 degrés d'extension, un butoir osseux. Ce butoir est un greffon pris sur la face interne du tibia.

L'opération est naturellement complétée par les arthrodèses (médiotarsienne, sous-astragalienne), les transplantations tendineuses, ténodèses que nécessiteraient la variété de déviation du pied.

En deux ans et demi Putti a pratiqué six fois l'opération et s'en montre très satisfait. Le transplant osseux, loin de se résorber sous la poussée du poids du corps, subit un accroissement fonctionnel avec le temps.

L'avantage du procédé sur la triple arthrodèse est de laisser une certaine étendue de mouvement à la tibio-tarsienne, ce qui rend la marche plus souple.

Les ostéites tuberculeuses juxta-coxales, d'après vingt observations recueillies à l'hôpital maritime de Berck. (Mlle M. Chauveau. *Th. de Paris*, 1922; A. Legrand, édit.)

Evolution et traitement des lésions tuberculeuses juxta-articulaires, trente-quatre observations recueillies dans le service de M. Nové-Josserand. (M. Yovanovitch. *Th. de Lyon*, 1922.)

Ces très consciencieux travaux qui reprennent en entier la question des ostéites tuberculeuses juxta-articulaires ne nous apprennent pas grand'chose de nouveau quant à leur symptomatologie fixée par les travaux antérieurs de Ménard (*Revue d'orthopédie*, 1894-1895), de Gangolphe (*Lyon méd.*, 1896), de Lance (*Revue d'orthopédie*, 1901) et de Bonnel (*Th. de Paris*, 1901).

Pour le traitement, l'opinion a évolué dans un sens moins radicalement interventionniste.

Pour Ménard et les auteurs ci-dessus toutes les fois qu'on pouvait intervenir sans courir le risque de causer un dommage articulaire trop sérieux, on devait le faire. L'évidement complet du foyer était considéré dans bien des cas comme le seul moyen d'empêcher la propagation articulaire.

Actuellement on discute les indications opératoires. M. Yovanovitch nous dit : « Certaines lésions tuberculeuses juxta-articulaires sont susceptibles de guérir sans intervention, même quand elles sont suppurées. L'évidement du foyer permet *quelquefois* de guérir sans qu'il se produise d'arthrite. Il peut aussi provoquer la régression des lésions articulaires même accentuées. Mais ces résultats ne sont pas constants et on peut voir des arthrites à forme grave se développer même après les interventions méthodiques et complètes. »

Dans quel cas faut-il donc intervenir? Voici ce que répond Mlle Chauveau :

L'intervention « pratiquée à un stade trop précoce ne fait que diffuser, propager la lésion et en augmente ainsi l'étendue sans en abréger la durée ».

L'aspect radiographique « commande ou ajourne l'intervention, laquelle ne devra être pratiquée qu'au stade de caverne, qu'il y ait ou non un séquestre, et limitée par un contour très net ».

Si la caverne évolue sans abcès, ce qui est rare, on peut, sous le contrôle d'une surveillance et un traitement orthopédique strict, ne pas intervenir, sauf s'il y a un séquestre; dans ce cas il faut aller enlever le séquestre.

S'il y a abcès ou fistule, avec ou sans séquestre, il y a intérêt à opérer pour abréger la durée de l'affection.

La méthode de Davis pour la réduction des luxations congénitales de la hanche. (W. Y. Merrill. *Journ. of bone and joint surgery*, oct. 1922, p. 805-813, 9 fig.) — En 1903, Davis, orthopédiste de Philadelphie aujourd'hui disparu, publia en divers journaux sa technique pour le traitement des luxations de la hanche. Assez couramment employée par les orthopédistes de Philadelphie et de la région, elle présente quelques particularités.

Tout d'abord l'auteur bannissait toute manœuvre brutale.

La réduction se faisait bien plutôt par appui direct, pression dans l'axe du col, que par une manœuvre de levier.

L'enfant étant couché à plat ventre sur une table, au bord, de manière que le membre à réduire pende dans le vide, il réduisait en trois temps.

Premier temps : abaissement de la tête; un aide fléchit la hanche, amenant le genou vers l'aisselle, puis faisant de la rotation interne, pendant que l'opérateur, ses deux paumes appuyées sur le grand trochanter, le pousse en bas vers l'ischion.

Deuxième temps : quand la tête est abaissée, l'aide fait de l'abduction du membre et tourne alternativement la cuisse en dehors et en dedans. L'opérateur presse sur le grand trochanter, poussant la tête en avant devant l'ouverture du cotyle.

Troisième temps : l'aide fait de la rotation externe et de l'hyperextension; la tête rentre dans le cotyle.

L'enfant est mis en plâtre dans une position variant avec les conditions de stabilité de la réduction en général en flexion, abduction, rotation interne. Cette position est maintenue *jusqu'à ce que la radiographie montre la reconstruction osseuse* du toit du cotyle capable de maintenir la tête. Au bout de quelques semaines le plâtre est remplacé par un appareil de celluloïd et métal, articulé, qui permet des mouvements limités de rotation et d'abduction.

Il est fâcheux que l'auteur n'ait pu nous donner les résultats obtenus par Davis avec cette technique qui, au moins pour les cas âgés, peut présenter un réel intérêt.

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche tel que le pratique le professeur Denucé à Bordeaux (France). (Z. B. Adams [Boston]. *Journ. of bone and Joint Surgery*, juillet 1922, p. 523-537.)

Discussion. — R. A. Hibbs (Chicago), E.-W. Ryerson (Chicago), W. Truslow (New-York), J. T. Rugh (Philadelphie), J. P. Lord (Omaha), R. Sayre (New-York), A.-H Freiberg (Cincinnati), R. B. Orgood (Boston), P. W. Roberts (New-York), Campbell (Memphis), J. J. Nutt (New-York), P. W. Nathan (New-York), W. S. Baer (Baltimore), Ch. A. Parker (Chicago), V. P. Gibney (New-York), Z. B. Adams (Boston).

Il est rare de voir une méthode française exposée, prônée, discutée et comme l'énumération ci-dessus le montre, amplement discutée à l'étranger.

L'auteur, Adams (de Boston), est un orthopédiste connu en Amérique. Il avoue, comme il l'a déclaré, il y a deux ans, dans une communication, comme la Commission d'études nommée l'an dernier pour étudier les résultats des réductions de luxation dans les grandes cliniques américaines l'a prouvé (voir *Gaz. des hôpit.*, 4 et 6 avril 1022, n° 17, p. 421) que les résultats obtenus en Amérique sont médiocres. La lecture de la thèse de E. Papin (thèse de Bordeaux, 1921) exposant la technique et les résultats du professeur Denucé l'a tellement convaincu de notre supériorité sur ce point, qu'il n'a pas hésité à traverser l'eau pour venir l'étudier sur place. De retour, il pratiqua lui-même la méthode et l'exposa brièvement à ses compatriotes. Nous renvoyons au travail de Papin, beaucoup plus complet, pour la description de la méthode.

De la longue et confuse discussion qui a suivi cette communication, ce qui semble avoir le plus frappé les orthopédistes américains, c'est tout d'abord le nombre incomparablement plus grand des luxations congénitales, chez nous qu'aux Etats-Unis. Là-bas, les Noirs n'en présentent pas; à New-York, pour un territoire de 15 millions d habitants, à l'Orthopedic Hospital, on ne réduit guère plus de 70 luxations congénitales par an (Hibbs).

Tous les orthopédistes avouent en voir très peu.

Ensuite les orthopédistes américains semblent encore faire marcher leurs opérés dans le plâtre, dans le but d'enfoncer la tête dans le cotyle et de creuser celui-ci, pratique néfaste qui ne peut qu'amener des déformations de la tête, et ne sert à rien, la radiographie montrant que le cotyle se reconstitue aussi bien sur le malade couché. Ils semblent étonnés que le professeur Denucé laisse écouler onze à treize mois entre le moment de la réduction et la reprise de la marche.

Ils ignorent la rupture manuelle douce, progressive des adducteurs précédant la réduction, et semblent mettre sa possibilité en doute dans les cas âgés (Lord, R. Sayre, W. Truslow).

Ils avouent que, prenant modèle sur Lorenz, ils ont employé des méthodes de force pour leurs réductions (Nathan, Freiberg, W. S. Baer) et ne conçoivent pas encore très bien comment on peut réduire sans emploi de force, avec une grande douceur comme le préconise Denucé. Hibbs préconise toujours l'emploi de la réduction avec une « machine ».

Certains trouvent que le rôle très important que tiennent les soins après la sortie du plâtre (sable chaud, héliothérapie, bains hypersalés chauds, mobilisation active) qui joue un grand rôle dans la technique de M. Denucé, leur semble impossible à réaliser autre part que dans des services spécialement aménagés, et ils n'ont pas assez de luxés pour pouvoir le faire (W. Nathan). Enfin, il y a le clan des sceptiques : Gibney, Parker, Nathan, et surtout Freiberg, qui ne voient guère de différence entre ce qu'on leur montre et ce qu'ils font. Et Freiberg ajoute même : « Je suis plutôt satisfait du résultat de l'exhibition des radiographies, car elles me montrent qu'il y a d'aussi mauvaises têtes fémorales en France (après la réduction) que nous en avons en ce pays. Et je ne vois pas non plus un plus grand degré de perfection dans les résultats finaux que nous les observons, en général, dans ce pays-ci. » M. Freiberg heureusement exagère un peu, l'enquête américaine de 1921, l'a prouvé.

Rapport du Comité pour la recherche de la meilleure méthode de traitement pour la luxation congénitale de la hanche. (J. E. Goldshwait (Boston), Z. B. Adams de Forest P. Willard.) — Comme suite au rapport fait à l'Association l'an dernier (voir *Gaz. des hôpit.*, 4 et 6 avril 1922, n° 27, p. 421), les rapporteurs, après examen de nombreux malades, croient devoir apporter les recommandations suivantes : n'user que de méthodes de réduction douces, bannir toute méthode de force pouvant amener un dommage de la tête fémorale ou des tissus, ne pas se servir de machines. Enfin, il leur semble que les meilleurs résultats ont été obtenus par la méthode de Ridlon (exposée tout au long dans le numéro de *The Journ. of orthopædic chir.*, vol. III, n° 8, août 1921) ou la méthode de Dénucé (de Bordeaux).

La reconstitution du cotyle après la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. (Bargellini [Milan]. *XIIIe Congrès de la Société italienne d'orthopédie*, Florence, 20 oct. 1922.) — En se basant sur l'examen radiographique de 500 luxations congénitales de la hanche traitées par la méthode de Paci-Lorenz, l'auteur affirma que la reconstitution du cotyle est déjà marquée à la fin de la période d'immobilisation dans 45 p. 100 des cas et que l'augmentation de profondeur du fond est uniquement le résultat de la prolifération osseuse marginale; la seule condition favorisant cette précoce reconstitution semble la reposition concentrique asociée à un pouvoir ostéogénétique qui peut varier avec les individus.

Cf. — Réduction à ciel ouvert d'une vieille luxation de la hanche. (M. A. Bernstein. *Journ. of bone and joint Surgery*, juillet 1922, p. 481, 491, 5 fig.)

Implantation osseuse fémoro-cotyloïdienne dans la luxation irréductible de la hanche. (Pr D. Maragliano. *Chirurgia degli organi di movimento*, fév. 1922, p. 92, 96, 3 fig.) — L'auteur a proposé et a pratiqué avec succès dans un cas de luxation congénitale unilatérale très marquée et irréductible, de donner un point d'appui cotyloïdien au fémur, au moyen d'un greffon traversant la diaphyse fémorale et s'implantant dans le cotyle. Le résultat a été très bon.

Sur la luxation traumatique de la hanche chez l'enfant. (Dr G. Roello. *Chirurgia degli organi di movimento*, avril 1922, p. 119.) — La luxation traumatique de la hanche chez l'enfant est extrêmement rare — on a été jusqu'à nier son authenticité. L'auteur en apporte deux observations indiscutables.

Transplantation du moyen fessier dans la coxa vara. (V. Veau et Lamy *Bull. de la Soc. de pédiat.*, n° 7, oct. 1922, p. 286, 290.) — Chez un adolescent de quatorze ans et demi,

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pathologie médicale, par le docteur M. JOURNÉ. 1 vol. de 1.200 p. environ. — Prix, cartonné : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

atteint de coxa vara gauche très marquée avec boiterie très forte résultant de l'insuffisance du moyen fessier, les auteurs ont pratiqué la section de l'insertion osseuse du moyen fessier et, avivant la diaphyse fémorale, et mettant le membre en abduction forcée, ils ont réinséré le coin osseux aussi bas que possible sur la diaphyse, au contact du vaste externe. Plâtre, trois mois.

Actuellement, deux ans après l'intervention. Amélioration considérable de la force du membre, boiterie presque nulle.

La coxa valga congénitale n'est pas une entité morbide. — VAN NECK. *Arch. franco-belges de chir.*, févr. 1922, n° 5, p. 469 à 486, 18 fig.) — L'auteur a observé un cas de coxa valga congénitale. Il en rapproche les cinq autres cas publiés (Drehman trois cas, David, Preiser), et démontre que dans ces cas il s'agit de paralysies congénitales plus ou moins étendues, mais le redressement du col fémoral n'est qu'une déformation secondaire comme on l'observe dans la myatonie congénitale ou la poliomyélite.

Les arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'enfant. (*IVe Congrès annuel de la Soc. franç. d'orthop.* Rapporteur : E. SORREL (de Berck). Voir analyse, *Gaz. des hôpit.*, 17 et 19 oct. 1922, n° 81, p. 1303-1305.)

L'ostéochondrite déformante juvénile de la hanche. (Numéro spécial des *Arch. franco-belges de chir.*, avril 1922, n° 7, p. 585-671, 119 fig. dont 28 pl. hors texte.)

Ce numéro spécial comprend des articles de A. LEGG (Boston), J. CALVÉ (Berck), H. WALDENSTROM (Stockholm), G. NOVÉ-JOSSERAND (Lyon), L. TAVERNIER (Lyon), E. SORREL (Berck), G. ROTTENSTEIN (Marseille), P. GUIBAL (Beziers), J. MOREAU (Bruxelles), M. VAN NECK (Bruxelles), F. DELCROIX (Ostende), DELCHEF (Bruxelles). Il est impossible d'en donner une analyse complète. Nous nous bornerons à dire l'état actuel de la question d'après leur lecture.

L'accord est complet sur les caractères cliniques de l'affection. Elle débute exceptionnellement de manière aiguë (J. Moreau), le plus souvent très insidieusement, ou même sans aucun symptôme, sa particularité essentielle consiste dans la disproportion entre des signes cliniques très minimes (légère boiterie, légère limitation de certains mouvements) et les déformations radiographiques constatées.

Sur celles-ci pas de discussion non plus. L'affection peut survenir sur des hanches absolument normales. On a pu avoir des images radiographiques avant le début de l'affection (Waldenstrom, Calvé, Sorrel, Helfdam Sundt). Les lésions portent surtout sur l'épiphyse, et évoluent en trois stades (Broca, Nové-Josserand) : 1° aplatissement en calotte de l'épiphyse; 2° stade de raréfaction en îlots, pouvant aller à la disparition complète du noyau épiphysaire (Pugh); 3° stade de réparation.

Le cotyle peut présenter des lésions (Nové-Josserand, Waldenstrom, Mouchet), et le col y participe souvent dans la région juxta-épiphysaire.

A la période aiguë on a noté parfois un écartement de la tête du fond du cotyle, attribué à la présence d'un épanchement articulaire (Mouchet, Sorrel).

F. Delcroix montre par des calques radiographiques qu'il s'agit là d'une simple apparence radiographique, le côté sain ou malade qui bascule vers la plaque donne une image où la tête s'éloigne du fond du cotyle.

Comment se termine la maladie. Dans certains cas par la restitutio ad integrum (Calvé, Legg, Mérine, Mouchet, Waldenstrom). Mais dans d'autres il persiste une déformation permanente de la tête fémorale (Waldenstrom, Perthes, Lance, Andrieu et Cappelle), qui peut entraîner des poussées d'arthrite avec déformations considérable et ankylose (Ely, Tavernier, Lance, Andrieu et Cappelle). Ces déformations osseuses ont été retrouvées chez des adultes ayant souffert un peu de la hanche dans l'enfance, et qui à l'occasion d'un surmenage (service militaire) se sont mis à souffrir tardivement de la hanche (Legg, Tavernier, Lance, Andrieu et Cappelle, Beaugard, Roussy, Caillod et Cornil). Quelle est la nature de l'affection. Ici le désaccord est complet, ce qui tient à ce que l'on est encore réduit aux hypothèses.

Legg soutient toujours l'origine traumatique des lésions. Calot, Delitala, défendent l'origine congénitale qui est réputée en particulier dans l'article de M. Nové-Josserand. On voit l'ostéochondrite débuter après la réduction de luxations congénitale; on la voit sur des hanches très bien réduites (Broca, Rottenstein, Brands, Nové-Josserand, Calvé), on ne la voit guère dans les subluxations de la hanche. Il semble que la grande majorité des auteurs se rallie à l'origine infectieuse, le traumatisme, quand il existe, ne jouant que le rôle de cause déterminante (F. Delcroix), mais la nature de cette infection peut être très variable. Waldenstrom a vu un cas nettement tuberculeux (inoculation des produits de curettage), Calvé, Broca, Mérine (deux cas) ont vu des cas consécutifs à la varicelle.

P.-W. Roberts, Lance, Cappelle et Andrieu invoquent l'hérédo-syphilis.

Moreau, Kidner invoquent l'ostéomyélite atténnée; Freiberg, une infection d'origine amygdalienne. Calvé, Sorrel, Delcroix croient aussi à une infection d'origine variable.

Halfdau Sundt invoque des troubles des glandes endocrines.

Enfin certains auteurs (Nové-Josserand, Tavernier) conçoivent une maladie unique de la hanche se manifestant selon le siège des lésions ou l'âge du malade par l'ostéochondrite (enfants), la coxavara (adolescents), l'arthrite déformante (adultes).

Enfin d'autres conçoivent une parenté entre l'ostéochondrite et la scaphoïdite tarsienne de Kohler (Nové-Josserand et Fouyoud-Buyat, Mouchet, Feutelais, Waldenstrom), l'épiphysite du calcanéum, la maladie de Schlatter (épiphysite de l'apophyse antérieure du tibia), et la coxa vara dite congénitale (Waldenstrom).

Heureusement, et c'est là le point essentiel, on s'entend sur le traitement : tout appareillage est inutile et même nuisible. Quelques jours à quelques semaines de repos suffisent à assurer la guérison.

Cf. — Ostéochondrite de la hanche. Constatations opératoires dans deux cas. (VIGNARD. *Soc. de chir. de Lyon*, 15 juin 1922.)

Coxa-plana et ostéite tuberculeuse du col du fémur. (D. Mario CAMURATI. *La chirurgia degli organi di movimento*, nov. 1922, p. 685-688, 5 fig.)

Sur un cas d'arthrite déformante juvénile de la hanche. (YVERNAULT. *Revue d'orthop.*, mars 1922, p. 139.)

Formes atypiques de l'ostéochondrite de la hanche. (NOVÉ-JOSSERAND. *Revue d'orthop.*, n° 3, mai 1922, p. 193.)

Une malformation congénitale de la hanche compliquée d'arthrite déformante juvénile. (Ed. ORTSCHEIT. *Revue d'orthop.*, n° 4, juil. 1922, p. 353.)

Traitement des fractures du col du fémur. *XIIIe Congrès de la Société italienne d'orthopédie*, Florence (B. ROSSI et M. BORGHI, rapporteurs, 20 oct. 1922.) — Après une étude complète des variétés anatomo-pathologiques, les auteurs exposent les diverses méthodes de traitement. Ils condamnent l'absolutisme de Delbet et de son école qui posent en axiome l'impossibilité d'une consolidation osseuse sans ostéosynthèse opératoire dans les fractures cervicales vraies.

Pour les rapporteurs, l'âge très avancé, l'état de grave dépression, les cardiopathies, affections pulmonaires chroniques graves les affections urinaires, du système nerveux sont des contre-indications à toute opération. Dans ces cas, sans discussion, il faut appliquer les méthodes non sanglantes.

Plus le trait de fracture est éloigné de la tête fémorale, plus les méthodes non sanglantes donnent de chance de consolidation osseuse.

Dans les fractures récentes, le vissage est indiqué dans les décapitations et fractures juxtacapitales avec soixante-dix ans comme limite maxima. Dans les fractures transcervicales, on doit d'abord tenter le traitement non sanglant. En cas d'insuccès ostéosynthèse avec transplantation d'un greffon vivant.

L'ostéosynthèse peut encore être prise en considération chez des sujets jeunes ou chez ceux qui, par leur condition sociale, veulent être guéris rapidement.

Comme méthode de traitement non sanglant, les rapporteurs préconisent la méthode déambulatoire dans un appareil plâtré en abduction fait sous traction. Comme méthode sanglante,

à la méthode d'Albee (ostéosynthèse intraarticulaire), ils préfèrent celle de Delbet (vissage sans arthrotomie).

Comme matériel de synthèse ils proclament la supériorité du greffon vivant.

Dans les fractures extracapsulaires (cervico-trochantériennes, bitrochantériennes, trochantéro-diaphysaires, la consolidation osseuse spontanée constitue la règle, aussi le traitement non sanglant doit-il être la règle et le traitement sanglant l'exception. On emploiera la méthode déambulatoire en appareil plâtré fait sous traction réductrice.

L'engrènement doit être considéré comme la cause première de la déviation du col. Aussi doit-il être détruit, pour obtenir le redressement, sauf chez les sujets très âgés, ne pouvant pas supporter l'appareil plâtré.

Pour les pseudarthroses, les rapporteurs déclarent que les méthodes d'ostéosynthèse avec la technique la plus perfectionnée, n'obtiennent que des résultats très modestes et discrets quant à la fonction.

Discussion. — Putti et Valtancoli (Bologne) apportent les résultats de 164 cas traités à l'institut Rizzoli; 12,4 p. 100 sont observés avant trente ans. Dans l'ensemble, il y autant de fractures cervicales vraies (50,9 p. 100) que de cervico-trochantériennes (49,1 p. 100), mais la fracture cervicale vraie est plus fréquente dans l'enfance et jusqu'à soixante ans; après soixante ans, on rencontre surtout la cervico-trochantérienne.

Vingt-neuf cas seulement ont été opérés. On a employé soit la vis métallique, l'os de bœuf armé d'une vis métallique, ou un greffon d'os vivant. Sur les 29 cas, il y a eu 12 bons résultats (réduction de raccourcissement, consolidation, conservation des mouvements, indolence); 14 cas ont eu des résultats non satisfaisants, 3 résultats inconnus.

Delitala (Venise) a observé, en deux ans, 56 fractures du col qu'il a traités de manière différente, selon l'âge, l'état général, les variétés anatomiques.

Les fractures cervico-trochantériennes et sous-capitales, chez les enfants et les adultes, peuvent guérir dans un plâtre à la Whitmann, si l'on a fait le désengrènement des fragments et obtenu la réduction. Si l'affrontement n'a pas été obtenu, il vaut mieux opérer.

Chez les sujets âgés dans la fracture sous-capitale, la terminaison est la règle, quelle que soit la méthode de traitement employée.

Pour que le traitement sanglant soit efficace, il faut obtenir l'affrontement osseux, le libérer de l'interposition de la capsule, et que la fixation soit régulière. On peut rarement obtenir ces conditions sans arthrotomie.

Aux vis métalliques ou d'os mort qui portent un élément de raréfaction osseuse, il préfère les greffons vivants en conservant leur périoste.

Delfino (Genève) préconise le traitement non sanglant au-dessous de soixante ans et le traitement sanglant chez le vieillard. Il rapporte trois cas opérés avec succès (greffon vivant) par le professeur Maragliano.

Pieri (Rome) rapporte trois cas de fractures transversales : un cas récent, trente-deux ans, appareil plâtré de Withman, guérison. Un cas ancien (trois mois), soixante ans, greffon péronier, résultat médiocre, par déviation de la cheville. Une pseudarthrose datant de vingt-neuf mois, trente-huit ans, enchevillement avec greffon fait avec arthrotomie, résultat excellent.

Solieri (Forli), de sa propre expérience et de la discussion actuelle, conclut que le traitement sanglant, à cause de l'imperfection de la technique ne donne pas des résultats supérieurs au traitement non sanglant, il faut tendre à améliorer la technique du manuel opératoire.

Résultats du traitement non sanglant dans les fractures du col du fémur. (P. Barbarin, A. Trèves et H. Judet. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 17 nov. et 15 déc. 1922, t. XIV, nos 15 et 17, p. 455-460 et 531-547.) — Le traitement des fractures du col du fémur reste à l'ordre du jour. Alors que les chirurgiens s'efforcent de perfectionner le traitement sanglant les orthopédistes s'efforcent d'établir les indications du traitement non sanglant et d'en améliorer les résultats. Où en est la question? La récente discussion de la Société des chirurgiens de Paris va nous aider à répondre.

Pour les pseudarthroses suites de fractures tout le monde est d accord, l'enchevillement seul peut donner espoir d'améliorer l'état fonctionnel déplorable de ces malades.

Pour les fractures récentes le traitement sanglant est-il indispensable dans tous les cas?

Nous avons déjà défendu (voir Lance. Le traitement des fractures du col du fémur, *Gaz. des hôpit.*, 15 et 17 mars 1921, n° 22) cette opinion qu'il présentait des contre-indications et souvent des impossibilités matérielles et qu'il fallait bien faire place au traitement orthopédique.

P. Barbarin admet que le traitement sanglant est contre-indiqué dans les fractures récentes : 1° chez les malades très âgés ou ceux dont l'état général, l'état de raréfaction osseuse du col ne permettent pas d'envisager l'opération; 2° chez ceux qui refusent toute intervention.

De plus, dit Judet, les fractures extracapsulaires (ou cervico-trochantériennes) « guérissent à tout coup et par tous les procédés ». L'acte opératoire n'est donc pas indispensable chez elles.

Restent les deux variétés de fractures cervicales vraies : les fractures transcervicales et les fractures sous-capitales ou par décapitation du col.

MM. Delbet et Basset déclarent qu'ils n'ont pas connaissance qu'une fracture cervicale vraie traitée par une méthode non sanglante ait jamais guéri par un cal osseux. Cette affirmation, vraie peut-être il y a quelques années, ne l'est certainement plus aujourd'hui. J'en connais quelques observations certaines. Barbarin, Trèves nous en apportent chacun une observation vérifiée par la radiographie et H. Judet, deux cas.

En voici donc quatre observations indéniables, et il est prouvé qu'on peut obtenir une guérison anatomique et fonctionnelle excellente dans une fracture transcervicale, sans opération sanglante.

Pour la fracture par décapitation le traitement non sanglant n'a donné jusqu'ici comme résultat que des pseudarthroses. Est-il beaucoup plus brillant par le vissage. Le petit fragment constitué par la tête décalcifiée et mobile est-il bien favorable à une coaptation exacte et serrée par une vis, condition de la réussite de l'opération? Jusqu'ici les résultats n'ont pas été très brillants dans cette variété de fracture du col. H. Judet nous dit qu'il espère, par une coaptation plus exacte, arriver à des résultats meilleurs. Attendons les résultats qu'il nous promet.

Les résultats des méthodes non sanglantes se sont améliorés considérablement depuis que R. Whitman (de New-York) a montré que la bonne coaptation des fragments du col exigeait la mise du fémur en abduction et rotation interne forcées maintenues dans un plâtre. Nous avons décrit en détail cette méthode (*Gaz. des hôpit.*, 10 août 1911, n° 90). C'est la méthode de Whitman qu'ont employée Barbarin et Trèves; H Judet a modifié un peu la technique de Whitman et on trouvera sa technique très rationnelle dans les *Bulletins et mémoires de la Société des chirurgiens de Paris*, 18 fév. 1921, ou dans le beau livre de Judet (*Traité des fractures des membres*, 2e édition, p. 315).

Cette méthode est simple; l'application du plâtre se fait sans anesthésie ou avec une simple piqûre de morphine, dès que le plâtre est sec, on peut asseoir le malade dans son lit, dans un fauteuil, le coucher sur le côté, etc.; bref le mobiliser, éviter la congestion pulmonaire et les escarres de décubitus.

C'est un progrès incontestable sur l'extention continue au lit qui ne doit plus maintenant être employée pour le traitement des fractures du col du fémur.

Les amputations des membres en vue de la prothèse. Deuxième question mise à l'ordre du jour de la séance extraordinaire de la Société belge de chirurgie, Liége, 17 juin 1922. (Martin et Neumann, rapporteurs. *Ann. de la Soc. belge de chir.*, juin-juillet 1922, p. 187-209.) — Très important travail. Du fait du nombre considérable d'amputés dus à la guerre, est née la nécessité de réduire au maximum la perte de fonction des mutilés, d'où progrès de la prothèse des amputés basés sur des conceptions nouvelles.

Dans l'étude des amputations des membres l'élément fonctionnel doit dominer toute la technique chirurgicale.

1° *Choix du niveau d'amputation.* — **Après l'étendue des**

lésions motivant l'acte opératoire les obligations de la prothèse imposent ce siège.

Le moignon-levier le plus long sera le meilleur pour autant qu'il ne constitue pas un obstacle à l'emplacement des articulations artificielles appelées à suppléer les articulations naturelles détruites.

Membre inférieur. — Les opérations les plus mutilantes sont la désarticulation interilio-abdominale, désarticulation de hanche et l'amputation intertrochantérienne, qui sont comparables au point de vue fonctionnel.

Le lieu d'élection de l'amputation de cuisse est le tiers inférieur, 8 à 10 centimètres au-dessus de l'interligne du genou.

L'amputation au tiers moyen est bonne. Au tiers supérieur encore assez bonne, mais au-dessus, à 8 centimètres au-dessous du bord inférieur de la symphyse, sauf chez quelques sujets très vigoureux, le résultat équivaut une désarticulation de hanche. Quand on ampute une cuisse au tiers moyen, la question la plus importante est la longueur du moignon; tout doit être mis en œuvre pour se rapprocher le plus du lieu d'élection; l'étoffage du moignon passe au second plan.

Au-dessous du lieu d'élection, le moignon trop long ne laisse pas la place d'une articulation dans l'appareil de prothèse : l'amputation trans-condylienne, sus-condylienne, la désarticulation du genou sont à rejeter.

La désarticulation du genou, simple, rapide, peut être faite dans des traumatismes graves, comme premier temps d'une amputation de cuisse.

La désarticulation du genou, les amputations de Gritti et de Sabanaïef auraient l'avantage de procurer un appui terminal, avantage théorique : les auteurs n'ont pas connaissance d'un seul cas qui ait pu réellement supporter un appui terminal même partiel.

Les amputations de cuisse au-dessous du lieu d'élection sont à rejeter.

Le lieu d'élection de l'amputation de jambe n'est plus ce qu'enseignait Farabeuf, le tiers supérieur, mais le tiers inférieur, 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire.

L'amputation au tiers moyen est une bonne opération, et au tiers supérieur une opération encore utile. Il conviendra de garder au levier osseux le maximum de longueur possible.

On peut conserver un moignon de jambe tant qu'il restera 2 centimètres de tibia au-dessous de la tubérosité antérieure. Une section portant plus haut ne laisse plus l'insertion des muscles moteurs du moignon. Il est préférable de faire une amputation basse de cuisse.

Si on est obligé de faire une amputation haute du tibia mais que le péroné soit intact, on peut le sectionner seulement en un lieu se rapprochant du lieu d'élection et constituer un moignon de jambe avec le péroné seul. Le résultat fonctionnel est bon.

L'amputation transmalléolaire, la désarticulation tibio-tarsienne, le Syme sont de mauvaises opérations. Elles ne laissent pas un espace suffisant entre le moignon et le pied pour interposer une pièce de résistance, pour situer un dispositif articulaire bien placé, pour faire un appareil léger (bois) et esthétique.

L'amputation de Pirogoff est une très mauvaise opération. On vante l'appui terminal obtenu et la marche sans aucun appareillage. Il en est ainsi très rarement. Le moignon est trop long pour pouvoir mettre comme appareil de prothèse un pied autre que le « pied d'éléphant ». Toutes les prothèses utilisées sont médiocres. La mutilation est supérieure à l'amputation de jambe au tiers inférieur.

Le Chopart est passible des mêmes inconvénients. Il est exceptionnel qu'il donne un appui terminal et conserve la mobilité de la tibio-tarsienne. En plus il présente la bascule bien connue du calcanéum qui pique du nez en avant.

Cette bascule est inévitable disent les auteurs parce que le poids du corps, transmis par l'astragale, oblige l'arc antérieur de la voûte du pied raccourci à prendre contact avec le sol.

La désarticulation de Lisfranc est une opération qui est meilleure à condition d'être bien faite (bonne cicatrice), qu'on veille au maintien de la mobilité articulaire. L'appareillage est simple, commode, peu coûteux. Il faut donc insister sur les soins post-opératoires

La transmétatarsienne est encore meilleure et d'autant plus que la section des métatarsiens se rapproche plus des orteils.

Membre supérieur. — Les règles sont différentes de celles du membre inférieur. Tout doit être sacrifié aux qualités de préhension, fonctions de deux facteurs : longueur du levier, conservation de la puissance musculaire du moignon.

Cette seconde donnée est faite en vue de la cinématisation possible du moignon (méthode de Vanghetti) encore peu répandue et dont l'utilité est contestée.

Les auteurs déclarent que cela tient à ce que l'appareillage des moignons cinématisés n'a pas encore été étudié avec assez de persévérance. Ils croient au grand avenir de la méthode quand elle aura une prothèse appropriée.

La désarticulation de l'épaule ou interscapulo-thoracique, ne comportent jusqu'ici qu'une prothèse nulle ou de parade.

L'amputation du bras sera d'autant meilleure que le bras de levier sera plus long même aux dépens de l'étoffage du moignon.

Il faut préférer à la désarticulation de l'épaule l'amputation très haute : certains amputés tirent grand avantage d'un moignon de bras de 5 centimètres au-dessous du tendon du grand pectoral.

La désarticulation du coude ne présente pas d'avantage orthopédique sur l'amputation basse du bras. Le point d'appui sur la saillie humérale inférieure est peu utilisable et nécessite un appareillage compliqué. Mais les deux opérations donnent de très bons résultats

A l'avant-bras il faut toujours amputer le plus près possible du poignet L'amputation basse permet de conserver la pronation-supination, et, avec des tendons longs, la cinématisation du moignon.

L'amputation très haute d'avant-bras (aux environs de l'insertion inférieure du biceps) ne présente d'avantages sur la désarticulation du coude que si l'on a l'intention de cinématiser les muscles du bout de moignon d'avant-bras.

La désarticulation du poignet rejetée par certains comme inférieure pour la prothèse à l'amputation basse d'avant-bras, est une bonne opération si on mobilise de bonne heure l'articulation radio-cubitale pour conserver la pronation-supination.

Dans les amputations partielles de la main, il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'opérations secondaires ayant pour but de lui rendre une préhension limitée (conservation d'une pince). A ce point de vue, la conservation, à tout prix, du pouce s'impose.

2° *Technique de l'amputation.* — L'acte opératoire avait été jusqu'à ce jour dirigé par les trois règles suivantes : α. Le choix de la technique à employer dépend du niveau choisi pour l'amputation; β. L'amputation se pratique en tissu sain. γ. Un moignon doit être bien étoffé à son extrémité.

Ces trois notions ne sont plus d'application régulière.

La technique s'inspire de la nature de la lésion et des nécessités orthopédiques locales. Il n'est pas toujours nécessaire d'amputer en tissu sain : on ne redoute plus les amputations en deux temps, si cette attitude présente une nécessité orthopédique. L'étoffage de l'extrémité du moignon se justifiait par l'emploi de l'appui terminal, et la notion que la valeur de la cicatrice dépendait de l'étoffage.

Or, la prothèse n'emploie pas l'appui terminal dans l'amputation, dans la continuité des membres, elle ne l'utilise que dans les désarticulations ou amputations à la racine des membres.

La valeur du moignon ne tient pas à son matelassage, mais à la solidité, l'indolence, la mobilité de la peau saine sur le moignon, toutes conditions réalisées dans l'évolution aseptique de la plaie. Le muscle de matelassage disparaît dans l'atrophie consécutive du moignon.

Classiquement, on distingue trois méthodes d'amputations : circulaire, à deux grands lambeaux égaux, à deux lambeaux inégaux. Aucune n'est bonne orthopédiquement. La meilleure méthode est l'amputation à deux petits lambeaux égaux (méthode d'Anten). Les lambeaux doivent être juste assez longs pour pouvoir affronter la peau sans tirer.

La cicatrice est linéaire, soit antéropostérieure, ce qui est préférable, soit transversale.

La section osseuse ne doit jamais laisser une arête (tibia), il faut toujours à la pince-gouge ou à la rape douce, obtenir une surface arrondie. On recouvrira la terminaison osseuse par un plan musculo-aponévrotique, assurant le glissement de la peau. La cicatrice devra être terminale pour toutes les





Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. E. SERGENT, L. BABONNEIX et L. RIBADEAU-DUMAS. Tome XIII : *Reins et organes génitaux urinaires*, par MM. BRAULT, COTTET, MICHON, H. LEMAIRE, LOUSTE et HAZARD. Un vol. in-8. — Prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

amputations dans la continuité du membre, périphérique pour les désarticulations ou amputations à la racine du membre.

Il ne faut jamais sacrifier de la longueur de l'os pour opérer en tissu sain, ou se ménager des lambeaux. On parera la plaie et après hémostase et excision des tissus nerveux, on laissera la plaie ouverte.

Dès que la désinfection sera absolue (méthode de Carrel ou autre) on fera une fermeture secondaire avec retouche aussi économique que possible.

Le pansement de la plaie ne doit jamais gêner les mouvements de l'articulation sus-jacente à l'amputation qui doit rester libre.

3° *Traitement postopératoire.* — α. Dans la phase précicatricielle. Le membre doit être placé en extension complète, et non calé par des coussins augmentant la tendance à la flexion. Dès le lendemain, on doit mobiliser activement le moignon. Cette mobilisation n'est pas douloureuse.

β. Dans la phase postcicatricielle, on doit procéder à l'appareillage précoce et provisoire des moignons d'amputation. On peut appareiller même avant la cicatrisation complète.

Conclusions. — La guérison complète des amputés demande la collaboration étroite du chirurgien et de l'orthopédiste. Les grandes formations sanitaires officielles et privées devraient posséder un service orthopédique, au moins pour le traitement orthopédique des moignons et leur appareillage précoce. Il serait désirable que ces établissements soient en relation constante avec une institution capable de confectionner les appareils de prothèse définitifs, rationnels et scientifiques.

Discussion. — MM. Willems et Paridaens défendent l'amputation de Chopart. Ils en citent des cas heureux, supérieurs comme rendement à une amputation de jambe.

M. Paridaens ne croit pas que la bascule du calcanéum soit inévitable dans le Chopart et due à l'interruption de la voûte du pied, sans cela il se verrait dans tous les Chopart. Or, certains ne l'ont pas. Il pense simplement qu'il s'agit là d'un équinisme acquis au lit, sur des pieds non maintenus en bonne position.

Cf. — Sur l'appareillage et la marche précoce dans les amputations de membre inférieur. (Ph. D. Wilson. *Journ. of bone and Joint Surgery*, avril 1922, p. 224 à 247, 21 fig.)

Sur le traitement opératoire du pied creux. — (Professeur I. Scalone. *La chirurgia degli organi di movimento*, fév. 1922, p. 83-91, 7 fig.) — L'auteur propose de faire une résection cunéiforme à base supérieure du dos du pied (surtout scaphoïde) et d'insérer entre l'avant-pied et l'arrière-pied, le coin osseux retourné : la base étant inférieure. Il a pratiqué une fois l'opération avec succès.

Nous ferons remarquer que cette opération n'est autre que celle que F. Albee a proposée pour tous les pieds bots avec déformations osseuses, méthode employée avec succès dans de nombreux cas par M. Ombrédanne depuis deux ans environ (voir Opération d'Albee pour pieds bots invétérés. Ombrédanne. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, n° 6, juin 1922, p. 245.)

Pathogénie et traitement des difformités du gros orteil. (*IVe Réunion annuelle de la Soc. franç. d'orthop.*, Paris, 6 oct. 1922. Rapport : Mouchet. Discussion. Voir analyse in *Gaz. des hôpit.*, 17 et 19 oct. 1922, n° 81, p. 1302.)

Cf. — Etude anatomique sur l'hallux valgus (R. Massart. *Bull. et Mém. Soc. anat.*, fév. 1922, p. 75-84, 10 fig.)

Hallux valgus bilatéral traité par ostéotomie cunéiforme externe de la base du premier métatarsien. E. Sorrel. *Soc. anat.*, 8 avril 1922.)

Le syndrome métatarso-phalangien de Köhler. — D. O. Alberti. *La chirurgia degli organi di movimento*, oct. 1922, p. 569-603, 12 fig.) — En 1915, puis en 1920 (Congrès allemand de Radiologie). Köhler a signalé une lésion non décrite de l'articulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil. Quelques observations rares ont été publiées depuis en Allemagne seulement (Fromme, Unger, S. Weil, deux cas, Engelmann, six cas, Kirner, Fisher). Alberti ne croit pas que cette affection soit aussi rare qu'on pourrait le supposer, car en examinant les radiographies de l'hôpital majeur de Milan, a pu en trouver six cas. Il donne les observations des six malades.

Au total la maladie consiste en ceci :

Elle a été observée entre dix et quarante-sept ans (mais surtout entre douze et dix-huit ans) aussi bien chez l'homme que chez la femme, et surtout dans les professions demandant la station debout prolongée.

On ne relève chez eux aucun antécédent net. Le début, insidieux, consiste en une douleur de l'avant-pied, au niveau de la base du deuxième orteil, surtout dans la station debout et vers le soir. Les mouvements sont parfois accompagnés de craquements. La lésion peut être révélée par un traumatisme. L'examen montre au niveau de la deuxième articulation métatarso-phalangienne une légère tuméfaction, avec rougeur de la peau au dos du pied, et chaleur. La pression est douloureuse.

Dans les cas anciens, il y a raccourcissement du deuxième orteil.

La radiographie présente un aspect typique.

Le col du deuxième métatarsien est épaissie, la surface articulaire de la tête est aplatie puis à la longue devient irrégulière, avec des ostéophytes et s'aplatit de plus en plus.

Elle présente des zones de raréfaction et de condensation très irrégulières.

La phalange n'est pas altérée au début, tardivement elle s'aplatit et devient irrégulière. Certains cas restent indéfiniment latents, bénins. D'autres guérissent spontanément. D'autres, rebelles, arrivent à rendre la marche difficile. Dans ces cas on peut être amené à pratiquer la résection articulaire.

La pathogénie de l'affection reste très discutée. On a invoqué le traumatisme, différentes inflammations, le rachitisme, causes toxiques, diathésiques, glandes à sécrétion interne. On a enfin rapproché les lésions de celles de l'ostéochondrite de la hanche ce qui n'explique pas grand chose.

CONGRÈS

VIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. (Londres, 17-20 juillet 1923.) — Sous le haut patronage de S. M. le Roi Georges V et la présidence de sir William Macewen C. B. F. R. S.

Lundi 16 juillet, à 14 h. : Réunion du Comité international.

Mardi 17 juillet, à 11 h. : Séance inaugurale sous la présidence d'honneur de S. A. R. le Prince de Galles; — à 14 h. : Rapports et discussions sur la chirurgie des glandes endocrines.

Mercredi 18 juillet, à 9 h. 30 : Rapports et discussions sur l'arthroplastie; — à 14 h. : Opérations dans différents hôpitaux ; — à 17 h. : Démonstrations de pièces anatomiques par le professeur sir Arthur Keith au Hunterian Museum.

Jeudi 19 juillet, à 9 h. 30 : Rapports et discussions sur les résultats éloignés des interventions pour traumatismes des nerfs; — à 11 h. 30 : Assemblée générale; — à 14 h. : Opérations dans les hôpitaux.

Vendredi 20 juillet, à 9 h. 30 : Rapports et discussions sur la sérothérapie et le shock; — à 14 h. : Opérations dans les hôpitaux. Démonstrations des procédés de vaccinothérapie par le professeur sir Almroth Wright, à St. Mary's Hospital.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La date d'ouverture est définitivement fixée au 7 octobre 1923 (du 7 au 14), 70 rapports et communications sont actuellement inscrits.

Il est à souhaiter que la France, qui a eu l'initiative du Congrès de pathologie comparée, en 1912, soit largement représentée à à Rome. Médecins, vétérinaires, botanistes, biologistes, sont donc invités à envoyer leur adhésion à M. le professeur Ed. Perroncito, président du Congrès, 40, corso Valentino, à Turin.

Secrétaire du Comité français : Ch. Grollet.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, COMPLICATIONS & DIAGNOSTIC

DE LA

FIÈVRE SCARLATINE[1]

VII. **Appareil respiratoire.** — Nous avons vu que l'angine précoce n'est jamais diphtérique; elle ne se complique jamais de croup.

Dans l'angine tardive, la diphtérie laryngée est fréquente : œdème de la glotte, bronchite, congestion et œdème pulmonaires relèvent plus souvent de la néphrite scarlatineuse. Enfin, la pleurésie que l'on voit au cours de la scarlatine est le plus souvent séreuse, plus rarement purulente.

Rechutes et récidives. — 1. Les *fausses rechutes* sont caractérisées par des érythèmes variés, parfois d'aspect morbilliforme.

2. La *rechute* est caractérisée par l'apparition au cours de la convalescence d'un syndrome clinique, plus ou moins analogue à celui du début.

3. La *récidive* est constituée par une seconde atteinte semblable, alors que la première est complètement guérie.

VIII. **Complications surrénales.** — Elles ont été étudiées par Moizard, Sergent, Ribadeau-Dumas, Hutinel. Au cours des scarlatines malignes, hypertoxiques, on peut voir survenir des signes d'insuffisance surrénale : un accident brutal, du collapsus, la mort subite. Parfois c'est une asthénie très marquée. La tension maxima tombe à 7. La tachycardie est accusée, les extrémités sont froides et cyanosées. La raie blanche est constatée. En même temps on peut noter des érythèmes, des ulcérations de la gorge, des douleurs abdominales, une septicémie à streptocoques. L'ensemble constitue le syndrome malin que l'on attribue à une insuffisance surrénale aiguë. Ce syndrome malin a d'ailleurs été retrouvé aussi dans toutes les maladies infectieuses, comme la diphtérie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde. Les formes foudroyantes, ataxo-adynamiques, hémorragiques de la scarlatine, la mort subite ont été attribuées aux lésions surrénales. Mais il ne faut pas oublier non plus dans ces cas l'importance des lésions hépatiques ou myocardiques.

PRONOSTIC. — La gravité de la scarlatine dépend du terrain et du milieu ainsi que de l'épidémie. Les adultes sont sujets aux formes graves. En général, les complications sont plus graves que la scarlatine elle-même Nous avons vu la gravité des complications cardio-rénales, des angines, des associations avec la rougeole et la diphtérie. La mort brusque peut être observée, ainsi que la mort par insuffisance surrénale aiguë.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic positif de la scarlatine est posé dès la période d'invasion grâce aux trois ordres de symptômes suivants : la fièvre avec tachycardie, les troubles gastro-intestinaux et les signes amygdalo-pharyngés.

Un début brutal marqué par de la fièvre, un frisson, des signes gastro-intestinaux peuvent faire penser à une pneumonie, une méningite, un érysipèle, une fièvre typhoïde, une variole. Seul un examen complet du malade, qui permet de découvrir les symptômes propres à chacune de ces maladies, peut faire poser le diagnostic exact : point de côté, frisson, rash, rachialgie intense, céphalée, contracture rachidienne.

La grippe a un début brutal; elle donne presque immédiatement de la courbature, des douleurs dans la tête, le rachis, les membres, un abattement profond.

Le diagnostic se pose dès le début aussi avec toutes les angines : on pensera toujours à la scarlatine en présence d'une affection à début brusque marqué par de la fièvre et des symptômes pharyngiens accompagnés de troubles gastro-intestinaux. La scarlatine est trop souvent méconnue, aussi en présence de toute angine, faut-il penser à la possibilité d'une scarlatine. L'examen suivi de la langue doit donner des résultats importants.

Les *éruptions* sont parfois difficiles à préciser, à cause de la fréquence des érythèmes scarlatiniformes :

L'éruption de la *rougeole* survient chez un enfant atteint de catarrhe oculo-pharyngé. Les premières tâches apparaissent derrière les oreilles, sur le front, le cou, le visage. Ce sont des petites tâches rouges, maculées, qui deviennent plus grandes, plus nombreuses, se réunissent en grappe et couvrent la face, le cou, la poitrine, puis les bras et les jambes. La peau donne au toucher la sensation de velours très fin. L'éruption de la face pâlit déjà quand elle apparaît au niveau des membres inférieurs.

La *rubéole* débute souvent aussi par la face. L'exanthème s'étend avec une grande rapidité à tout le corps. L'éruption consiste en macules roses, de petites dimensions, rondes ou ovales, surélevées légèrement. Les tâches sont discrètes, mais elles peuvent devenir confluentes.

En général, on remarque le peu de gravité des phénomènes généraux, des adénopathies, la rougeur moins intense du pharynx, l'absence de modifications de la langue.

La *quatrième maladie* (Dukes) est une fièvre qui a le même exanthème que la scarlatine et la bénignité de la rubéole. L'éruption est nettement scarlatineuse, les amygdales sont rouges, la langue saburrale, la fièvre tombe rapidement.

La *variole* débute à la face, au front, autour des yeux, pour gagner le tronc et les membres. Ce sont des macules qui deviennent rapidement des papules, des saillies arrondies, aréolées de rouge. Les vésicules évoluent vers l'ombilication. Les signes généraux, la rachialgie sont intenses.

Les *éruptions médicamenteuses* peuvent simuler la scarlatine; elles sont dues à la belladone, l'antipyrine, la quinine, le chloral. Elles apparaissent sans fièvre, sans symptômes bucco-pharyngés.

Les éruptions provoquées par le mercure peuvent provoquer un érythème scarlatiniforme avec des symptômes généraux et locaux : début avec fièvre, céphalée, sécheresse de la bouche; l'éruption apparaît aux aines, au ventre. C'est un granité éruptif sur des placards cramoisis. Il y a toujours un prurit intense. La desquamation survient rapidement et ressemble à celle de la scarlatine. La salivation existe toujours et doit attirer l'attention.

L'éruption scarlatiniforme, qui apparaît à la suite d'une injection de sérum antidiphtérique, a été décrite par Marfan sous le nom de scarlatinoïde métadiphtérique. Elle ne peut être distinguée que par les circonstances dans lesquelles elle survient.

Les érythèmes toxi-infectieux sont secondaires à diverses infections. Mais l'éruption n'est pas précédée par les symptômes qui marquent la période d'invasion de la scarlatine.

L'*érythème scarlatiniforme desquamatif* (dermatite exfoliatrice récidivante) a comme caractère la discordance entre le peu de gravité des signes généraux et l'intensité de l'éruption. Il ne s'accompagne pas du syndrome bucoo-pharyngé de la scarlatine. La desquamation est précoce, apparaissant alors que l'éruption est dans son plein développement.

Les faits décrits sous le nom de *scarlatine puerpérale* et de *scarlatine chirurgicale* doivent être rangés dans le groupe des érythèmes toxi-infectieux. Une accouchée ou un blessé peuvent contracter la scarlatine mais ils en présentent alors tous les symptômes : énanthème pharyngé et angine. L'inoculation de la scarlatine à point de départ génital ou chirurgical n'est plus admise. Il ne reste donc plus que la scarlatine survenant chez une accouchée ou un blessé.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 1, p. 14; n° 3, p. 46; n° 5, p. 78, et n° 7, p. 110.

Précis de parasitologie, par Brumpt. Un vol. de 1216 pages. — Paris, Masson et Cie.

Ophthalmologie tropicale, par Elliot. Traduction française, par les docteurs Coutela et Morras. Un vol. de 362 pages. — Paris, Masson et Cie.

L'Opothérapie du praticien, par L. Lematte. Un vol. de 239 pages. — Paris, Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 29 janvier. — Questions données : « Diagnostic et complications de la coqueluche. — Signes et complications des calculs du rein sans le diagnostic. »

MM. Layni, 19 1/2; de Vadder, 14; Delalande, 11; Hambuger, 18; Seligmann (Emile), 12 1/2; Mayer (Charles), 16; Mauvoisin, 15; Ripert, 16; Maziot, 19; Lydet, 17.

Séance du 30 janvier. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de l'asthme. — Diagnostic du cancer du sein. »

MM. Garcin, 17 1/2; Bariéty, 16 1/2; Lepaumier, 17; Durand (Paul), 14 1/2; Morlaas, 16; Barret, 15 1/2; Constant, 13 1/2; Lamy, 15; Marty, 16; Gérard (Lionel), 9.

Séance du 31 janvier. — Questions données : « Diagnostic du croup. — Complications des fractures des côtes. »

MM. Coffin, 18; Leboucher, 17; Pascal, 12 1/2; Moussoir, 13 1/2; Hudelo, 15; Mlle Wolff, 11; MM. Barbaro, 16; Lévy (Jean), 11 1/2; Poullet, 16; Moraux, 13.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le lundi 26 février 1923 s'ouvrira à la Préfecture de police un concours pour l'admission à deux places d'interne titulaire en pharmacie à occuper, le 16 mars 1923, à la Maison départementale de Nanterre, ainsi que pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 16 mars 1923 au 15 mars 1924, à des places d'interne provisoire.

Les candidats ayant à accomplir le service militaire à partir de la date du concours doivent en faire la déclaration au moment de leur inscription. S'ils sont admis aux places d'interne titulaire, la date de leur entrée en fonctions sera reportée au 16 mars qui suivra leur libération.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès à présent à la Préfecture de police (bureau du personnel). Il sera clos le 10 février 1923, à 16 heures.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Jacquet, médecin de l'Assistance médicale et de la gendarmerie.

Ministère des pensions. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Penet, secrétaire de l'Union nationale des combattants.

Ministère de la Marine. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Vialet.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un décret en date du 20 janvier 1923 porte que le laboratoire du Conseil supérieur d'hygiène publique de France sera dénommé, à l'avenir, laboratoire du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Tout en demeurant affecté aux examens et contrôles demandés par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, ce laboratoire est utilisé par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, pour toutes études, recherches ou analyses intéressant l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, etc., qu'il croit devoir lui confier.

Un arrêté du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales fixera, en conséquence, les attributions nouvelles de ce laboratoire et les conditions de son fonctionnement.

GUERRE. — Par décret, en date du 12 janvier 1923, sont promus dans le cadre des officiers du Service de santé de réserve et de l'armée territoriale :

(Réserve.) *Au grade de médecin-major de 2e classe.* — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Altenbach, Salomon, Sevestre, Pellissier, Bailly, Mercier, Papin, Chassaing, Le Mière, Lesueur, Vignes, Lévy, Reymond, Reinflet, Moure, François, Rafinesque, Rembert, Beix, Jalabert, Pujos, Geslin, Petit, Benoist, Bernard, Six, Pène, Renaut.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe Dupoux, Charpentier, Guillaumin, Colombet.

(Armée territoriale.) *Au grade de médecin principal de*

2e *classe*. — MM. les médecins-majors de 1re classe Lapointe, Duval, Couvelaire, Guyot, Régnier.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Abd el Nour, Heitz, Monod, Pédeprade, Cruchet, Hautant, Mocquot, Baudet, Guillain, Roux dit Roux-Berger, Descomps, Lœper, Labbé, Baumgartner, Trouvé, Bouchet, Pautrier.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Duvillier, Phélip, Dubuisson, Genevrier, Jolivet, Corsy, Belsouiller, Brau-Tapie, Folliasson, Lebovici, Duhot, Tixier, Moncany, Troisier, Lasnier, Bilbault, Castets, Etchevers, Crop, Tapie, Petit, Lelongt, Dubreuil, Moinson, Delagenière, Bonnin, Castelain, Périneau, Martignon, Berniolle, Petit, Lévi-Valensin, Gomand, Foucart, Girod, Bayle, Fourdinier, Bourlier, Rokéach, Bardon, Garban, Morand, Bazin, Legenne, Gaudeau, Hébert de la Rousselières, Beltzer, Monges, Lacoste, Riss.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — MM. les pharmaciens-majors de 2e classe Faucon, Bouty.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de 2e classe Lenoir, Jurain, Legeay, Rolland.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Des médailles d'honneur et des mentions honorables sont accordées aux personnes ci-après désignées qui se sont particulièrement distinguées par leur dévouement au cours de diverses épidémies en Algérie :

Médaille d'or. — M. le docteur Crinquant (de Tébessa).

Médaille de vermeil. — M. le médecin-major de 2e classe Baque.

Médailles d'argent. — M. le médecin de colonisation Meinard.

MM. les médecins-majors de 2e classe Cheneby, Dienot, Laban.

M. le médecin aide-major de 1re classe Tramini.

Médailles de bronze. — MM. les médecins-majors de 2e classe Fontaine, Lauzières.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le lundi 5 février, à 10 h., amphithéâtre de l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), sur « Les anxiétés symptomatiques », et le jeudi 8 février, à 16 h., grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Les impulsions diverses. »

REVUE DES THÈSES

Le diagnostic de localisation des ulcères gastriques et duodénaux [étude clinique et radiologique (1)], par le docteur Pierre VASSELLE, ancien externe des hôpitaux.

Le diagnostic de localisation des ulcères gastriques et duodénaux reste une question toute d'actualité, et les travaux du XXIXe Congrès de chirurgie, ainsi que ceux du dernier Congrès de médecine ont encore montré toute l'attention qu'on lui porte. Les procédés d'investigation, destinés à préciser l'existence et le siège d'un ulcus, sont nombreux : interrogatoire du malade et étude des signes fonctionnels, examen physique, examen radiologique et recherches de laboratoire. Suivant les époques, on a donné une valeur diagnostique absolue aux divers procédés d'investigation ; et si, autrefois, nous avons vu laisser la première place à l'étude du chimisme gastrique, on accorde aujourd'hui une foi trop absolue en la radiologie et particulièrement en la radiographie en séries. Les faits et l'étude attentive des malades sont là pour nous apprendre à rester, avant tout, des médecins. La clinique conserve toujours la première place, mais elle serait en défaut si elle ne savait pas s'appuyer sur des méthodes précises complémentaires, et comme le dit si excellemment notre ami Vasselle, « la radiologie reste inséparable de la clinique, qui lui prépare la voie et juge en dernier ressort ». De même, l'examen du suc gastrique, le tubage duodénal, la recherche des hémorragies occultes gardent toute leur valeur dans les mains de ceux qui savent s'en servir.

1° Parmi les SIGNES CLINIQUES, l'horaire de la *douleur* permet de présumer le siège de l'ulcus : une douleur demi-tardive fait soupçonner l'ulcus de la petite courbure, une douleur tardive est en faveur d'une lésion pylorique, et une douleur ultratardive en faveur d'une affection duodénale. Le *vomissement* tardif indique une lésion pylorique. L'*hématémèse* indique plutôt une lésion gastrique, alors que le *mélæna* abondant d'emblée est surtout un signe d'ulcère duodénal.

Pour l'auteur, la *douleur provoquée*, à gauche de la ligne médiane, répond à une lésion gastrique, et si elle siège à droite, elle doit faire penser à un ulcère duodénal.

2° Les SIGNES RADIOLOGIQUES peuvent être classés en signes indirects et signes directs :

a. Les *signes indirects* n'ont de valeur que groupés ensemble et comparés aux signes cliniques ; l'hypotonie localisée prépylorique est souvent le signe d'une lésion pylorique ; tandis que l'hypertonie réflexe a été rattachée à un ulcus duodénal récent.

De même pour l'hyperkinésie réflexe, qui est en faveur de l'ulcère duodénal, alors que l'hypokinésie ou le péristaltisme intermittent doit faire soupçonner un obstacle pylorique.

L'évacuation retardée peut se voir aussi bien au cours des ulcus juxtapyloriques que des ulcères de la petite courbure.

Parmi les spasmes gastriques enfin, c'est le médiogastrique qui a le plus de valeur ; il relève, en général, d'un ulcère de la petite courbure.

b. Les *signes directs* ont une valeur plus grande encore ; mais si leur présence permet souvent d'affirmer le siège d'une lésion, on ne saurait attendre leur venue pour poser un diagnostic. D'ailleurs, la constatation d'une biloculation organique, d'un bas-fond gastrique en demi-lune, d'un duodénum en tuyau indiquent une déformation gastrique ou duodénale sans en préciser la nature. La clinique et le chimisme reprennent tous leurs droits encore ici. Seule l'image diverticulaire est un signe de quasi-certitude.

La thèse de Vasselle donne une juste valeur aux divers procédés d'investigation dont nous disposons à l'heure actuelle pour diagnostiquer les ulcères et chercher à en préciser le siège. Aussi, est-ce pour nous une tâche agréable de féliciter l'auteur de ce travail sérieux et plein de bon sens.

ED. ANTOINE.

(1) *Th. de Paris*, 1922, Arnette, éditeur.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 5 FÉVRIER AU 10 FÉVRIER 1923)

THÈSES

Mardi 6 février. — Jury : MM. Chauffard, président ; Claude, Sergent et Fiessinger. — M. GALPÉRINE (Georges). Complications hépatiques et rénales au cours du l'ulcère gastrique. — M. CHARBONNIER (J.). Etude sur l'intoxication des ouvrières perlières. — M. PÉRIN (Léon). La grosse vérole au XVIe siècle. — M. ALAJOUANINE (Théophile). Sur un type de paraplégie d'origine cérébrale.

Jeudi 8 février. — Jury : MM. Achard, président ; Teissier, Ménétrier et Jeannin. — M. GARDIN (Charles). Contribution à la recherche d'une sécrétion interne du pancréas. — M. CAPPONOFF (Isaac). Etude clinique de la forme méningée de l'endocardite maligne. — M. PINALIE (Maurice). Complications méningées de l'érysipèle de la face. — M. DESFORGES (Gaston). Mal perforant buccal, signe de tabes. — M. BÉRAUD (Gabriel). Etude sur l'avenir obstétrical.

REVUE GÉNÉRALE

LES ŒDÈMES PULMONAIRES
DES CARDIO-RÉNAUX

Par le docteur ANDRÉ JACQUELIN,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Les accidents broncho-pulmonaires des cardio-rénaux comprennent des manifestations nombreuses dont les unes intéressent l'arbre bronchique (bronchites hydrorrhéiques, muco-purulentes et purulentes) et dont les autres ont une origine alvéolaire : ce sont les œdèmes pulmonaires qui feront seuls l'objet de la présente étude.

Leur importance apparaît comme très grande dans le cadre des néphrites chroniques, car bien souvent se révèle par eux l'insuffisance cardiaque qui est une des plus redoutables menaces pesant sur l'avenir du brightique.

Les classiques opposaient le grand œdème aigu dit actif aux œdèmes chroniques dits passifs. Nous essaierons de montrer comment on peut rapprocher la pathogénie de ces différentes formes et comment les diverses modalités de l'insuffisance cardiaque sont à leur origine.

Nous nous limiterons à leur description clinique en insistant surtout sur les points qui en ont été récemment fixés, sur les difficultés de diagnostic qu'elles soulèvent, et surtout sur les importantes discussions de pathogénie auxquelles elles ont donné lieu dans ces dernières années.

Etude clinique. — Nous étudierons successivement le grand œdème aigu, les grands œdèmes chroniques, les œdèmes mixtes et les petits œdèmes de début.

I. Le grand œdème aigu. — Par la soudaineté de son début, par la rapidité et la gravité de son évolution, cette forme est de beaucoup la plus grave, mais il faut bien savoir qu'elle offre « à la thérapeutique l'occasion de son plus beau triomphe, qui est de ramener à la vie, grâce à ces moyens héroïques qui sont la saignée et l'injection de morphine, un malade déjà à l'agonie » (Vaquez).

Sa *fréquence* est diversement appréciée. Alors que les classiques le considèrent comme relativement fréquent, Bezançon, S.-I. de Joug et A. Jacquelin ont montré que ce type clinique est en réalité rare, et qu'il a dû être souvent confondu avec certaines crises de dyspnée paroxystique des cardio-rénaux qui offrent avec lui des analogies nombreuses, comme nous le verrons au diagnostic.

Il peut exceptionnellement survenir comme première manifestation respiratoire chez un cardio-rénal. Ordinairement quand on suit attentivement un tel malade, on le voit présenter tout d'abord de petits œdèmes pulmonaires souvent répétés qui doivent faire craindre le grand œdème.

Le *début* de ce dernier est en général annoncé par quelques *prodromes :* palpitations, dyspnée légère, angoisse particulière, douleurs précordiales pouvant prendre le caractère angineux. Ces symptômes apparaissant chez un brightique hypertendu dépendent d'une *exagération paroxystique de son hypertension* que l'on peut déceler dans les heures ou les jours précédant l'accès d'œdème aigu. Les travaux de Vaquez, Pal, Gallavardin, Amblard ont mis en évidence ces troubles tensionnels prémonitoires qui élèvent passagèrement les T. A. Mx et Mn de plusieurs centimètres de Hg.

Parfois même on note des troubles plus caractérisés d'*insuffisance cardiaque :* bruit de galop gauche, élévation de la T. A. Mn beaucoup plus marquée que celle de la T. A. Mx, ce qui diminue d'autant la T. A. différentielle, premier signe de fléchissement ventriculaire gauche. En même temps le pouls peut s'accélérer, présenter des irrégularités, parmi lesquelles l'alternance comporte une signification spécialement alarmante (Mackenzie, Gallavardin).

Quoi qu'il en soit, ces troubles passent souvent inaperçus et c'est seulement à l'occasion d'un effort, d'excès alimentaires, de la fatigue cardiaque du décubitus (P. Merklen) que brusquement survient l'accès.

Son apparition est en effet souvent *nocturne,* soit immédiatement après le coucher, soit vers le milieu de la nuit comme dans l'accès d'asthme vrai. Il est marqué par une *toux* brève, quinteuse, avec chatouillement laryngé et, plus encore, par une *angoisse dyspnéique* intense, effrayante, avec polypnée (35, 40 mouvements par minute) et orthopnée, sur laquelle a insisté P. Merklen. Pour cet auteur, l'œdème pulmonaire évolue en deux phrases : la première dyspnéique, angoissante, et la deuxième exsudative, dans laquelle l'expectoration apparaît et soulage partiellement le malade. A cette angoisse s'ajoute encore une douleur insupportable, souvent rétro-sternale, comme dans l'angine de poitrine, mais irradiant aux épaules, « comme si une chape de plomb pesait lourdement sur elles » (Vaquez).

Bientôt survient l'*expectoration* qui a la plus grande valeur diagnostique et dont les caractères ont été fixés par Bezançon et S. I. de Joug. Son abondance et son aspect frappent dès le premier examen. Le malade rejette en quelques heures plusieurs centaines de centimètres cubes, parfois un litre et plus, d'un liquide le plus souvent rosé, saumoné ou même franchement hémorragique.

Ce liquide est filant, dense, et en même temps aéré, couvert de spume. Plus rarement, les crachats ne sont pas teintés et on ne peut alors les distinguer à l'examen direct des catarrhes hydrorrhéiques décrits par Laënnec chez certains bronchitiques chroniques, ni surtout de l'expectoration hydro-muqueuse ou hydro-muco-purulente observée au cours de certaines formes d'asthme cardiaque.

Aussi faut-il rechercher les autres caractères de ces crachats. Le plus important est leur teneur élevée en albumine (2g9 à 3g3 p. 100 au lieu de 1g1 dans les bronchites aiguës) et en pratique l'albumino-réaction de Roger *plus intensément positive qu'elle ne l'est dans aucune autre affection* permet d'affirmer l'exsudation de sérosité œdémateuse.

Roger a montré que cette albumine du crachat d'œdème se différencie de celle que l'on trouve dans l'expectoration des tuberculeux et au cours des autres affections destructives du parenchyme pulmonaire. Ses caractères biologiques et physico-chimiques la rapprochent au contraire de l'albumine du sérum sanguin : elle coagule seulement à 50 degrés, et, injectée à faible dose à l'animal, n'a pas d'effets hypotenseurs.

En outre l'expectoration a une composition chimique très voisine de celle du sérum sanguin et

pouvant même varier avec celle-ci, comme l'ont établi les dosages comparatifs de Lesieur, Froment et Rochaix.

La cytologie du crachat d'œdème montre au début l'absence presque complète d'éléments cellulaires : quelques cellules alvéolaires ou bronchiques presque intactes, entraînées par la violence de la transsudation séreuse, quelques polynucléaires, des hématies.

Plus tard peuvent apparaître de grands macrophages chargés de pigment, et surtout, en cas d'infection secondaire de l'œdème, de nombreux polynucléaires. Il s'agit ordinairement d'infection pneumococcique (Caussade et Logre).

En présence de cette expectoration, il faut rechercher les *signes pulmonaires* de l'œdème aigu. L'inspection ne révèle qu'une polypnée considérable avec du tirage sus et sous-sternal. Les vibrations vocales ne sont pas sensiblement modifiées. Le son de percussion reste normal ou même tend à devenir tympanique, au moins dans les premières heures, à cause d'un emphysème aigu développé par la violence des efforts respiratoires.

Au contraire l'auscultation permet de percevoir des râles d'abord discrets, fins, ayant le caractère crépitant typique et localisés à une des bases. Puis ces râles s'étendent et surtout s'élèvent comme une « marée montante » pour submerger une zone plus ou moins vaste d'un ou des deux poumons, selon la gravité de la forme. En même temps ils prennent un timbre de plus en plus humide, et peuvent dans certains cas devenir de « véritables gargouillements », d'après Vaquez.

Ce syndrome pulmonaire joint à l'expectoration est caractéristique de l'œdème alvéolaire, mais c'est à l'examen du cœur et à la T. A. qu'il faut demander son pronostic.

En effet dans les cas d'œdème intense qui aboutissent à une mort rapide, au bout de quelques heures apparaissent des signes de plus en plus accusés de dilatation cardiaque suraiguë. Le pouls est rapide, faible, et bientôt irrégulier. La cyanose s'accentue, avec un râle trachéal brassant les mucosités que le malade est impuissant à rejeter — phase bronchoplégique de l'œdème pulmonaire — et la mort survient douze à vingt-quatre heures après le début de l'accès.

Plus souvent l'inondation séreuse est moins grave et, c'est alors que, comme l'ont montré Vaquez, Gallavardin, Amblard, l'étude de l'insuffisance cardiaque par les variations de la T. A. offre le plus d'intérêt. Dans tout accès d'œdème pulmonaire, la T. A. subit une baisse notable dès les premières heures (la T. A. est tombée par exemple dans une de nos observations, de 27/15 à 22/14). Cette chute fait suite aux phénomènes tensionnels prémonitoires mentionnés plus haut, mais c'est son évolution ultérieure qu'il est important de suivre :

1° Tantôt, en effet, la T. A. remonte rapidement au voisinage de son chiffre initial. Le pronostic est alors favorable et la disparition des troubles peut surprendre par sa rapidité, réalisant une guérison complète et parfois durable.

2° Tantôt la T. A. continue à s'effondrer. Même lorsque les symptômes cliniques paraissent s'améliorer, il faut alors craindre leur aggravation ultérieure. Après quelques jours de calme trompeur survient une reprise parfois foudroyante de l'inondation œdémateuse ou même une syncope mortelle.

3° Tantôt enfin et plus souvent la T. A. sans s'effondrer reste, après la crise, notablement audessous de son niveau antérieur.

Dans ces cas, on peut constater qu'une dilatation ventriculaire gauche survit à l'œdème pulmonaire, prouvée notamment par la persistance d'un souffle systolique d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Il semble, en outre, que, comme l'a signalé P. Merklen, l'encombrement du poumon par la sérosité d'œdème contribue à rendre irréductible l'asystolie.

On peut même voir la fièvre apparaître par suite des infections secondaires trachéo-bronchiques.

La mort survient en quelques semaines au milieu des signes habituels de la dilatation cardiaque : cyanose, dyspnée extrême, oligurie, congestion du foie et anasarque.

Formes cliniques. — Nous n'insisterons pas sur les formes diverses que peut prendre l'œdème pulmonaire aigu, selon la rapidité de son évolution. Il existe des formes *foudroyantes*, dites encore *bronchoplégiques ou suraiguës* (Huchard) où la mort se produit parfois en quelques minutes sur la voie publique (Brouardel) sans qu'aucune expectoration se soit manifestée.

C'est aussi comme une variété d'œdème pulmonaire d'intensité anormale qu'il faut considérer la forme exceptionnelle signalée par Gallavardin de « *coup de sang pulmonaire avec hémoptysies abondantes et incoercibles* et congestion hématique gélatiniforme à l'autopsie ».

Nous avons vu la possibilité de *formes prolongées.*

Les signes permettent de décrire des *formes douloureuses* se rapprochant de l'angine de poitrine et contribuant à justifier la parenté pathogénique de ces deux syndromes. Il existe des *formes hyperthermiques* par infections secondaires, ordinairement pneumococciques (Caussade et Logre) ; enfin des *formes larvées* peuvent être constituées par des accès de toux quinteuse et pénible sans expectoration, dus à une congestion laryngo-trachéo-bronchique localisée et paroxystique, équivalent mineur de l'œdème pulmonaire (Gallavardin).

Les conditions d'apparition de cette affection chez les cardio-rénaux seront surtout étudiées à la pathogénie. Néanmoins, nous mentionnerons les formes suivantes dont un certain nombre ont été récemment décrites :

1. Œdème pulmonaire apparaissant chez un cardio-rénal à la suite d'une *congestion pulmonaire,* d'une *pneumonie* et où l'expectoration abondante, aérée et sanglante, le souffle moins nettement tubaire, les râles plus nombreux que dans la pneumonie ordinaire permettent le diagnostic (P. Merklen et Pouliot).

2. Œdème pulmonaire des cardio-rénaux *tuberculeux* (Nathan) aisément confondu avec une aggravation des lésions tuberculeuses, si on ne prend pas la T. A. et si on ne dose pas l'urée sanguine. L'augmentation de la quantité des crachats, leur caractère hémoptoïque, l'abondance des râles humides sont autant de raisons de commettre cette erreur, et incitent à renforcer la suralimentation qui ne peut qu'aggraver l'état du malade (Nathan).

3. Enfin, à côté de l'œdème pulmonaire habituel des brightiques hypertendus, souvent atteints de lésions aortiques ou coronariennes, on peut observer un œdème pulmonaire par *néphrite aiguë avec dilatation cardiaque.* Ce syndrome fréquent chez l'enfant, à la suite de la scarlatine (Hutinel, Nobé-

court et Milhit) a été observé aussi chez l'adulte dans la néphrite aiguë rhumatismale avec myocardite (A. Jacquelin).

II. Les œdèmes pulmonaires chroniques. — Ils peuvent s'observer chez les cardio-rénaux avec leurs caractères habituellement constatés chez les cardiaques purs en subasystolie (râles humides bilatéraux des bases, expectoration parfois sanglante, toujours fortement albumineuse, contenant, au point de vue cytologique, de grands macrophages bourrés de pigment ferrugineux, les Hertzzellen des auteurs allemands, accidents dyspnéiques plus ou moins intenses selon les cas).

III. Les œdèmes pulmonaires mixtes. — Dans certains cas, à la suite d'une crise d'œdème aigu typique, comme nous l'avons vu, on assiste à une sédation des symptômes qui peut être attribuée, soit à une amélioration spontanée, soit au traitement mis en œuvre. Mais, cette sédation n'est qu'incomplète : le malade reste dyspnéique ; son expectoration continue, et, si on l'ausculte on trouve que les râles d'œdème persistent avec des alternatives de diminution et d'extension pouvant, à un moment donné, reproduire de nouvelles crises d'œdème aigu.

Ainsi peuvent s'intriquer chez un même cardio-rénal, les formes aiguës et chroniques de l'œdème pulmonaire.

IV. Les petits œdèmes pulmonaires ou œdèmes d'alarme. — Il nous semble important d'isoler sous ce titre des types, soit aigus, soit chroniques, caractérisés par leur minime intensité, leur diagnostic difficile et cependant très utile à poser, car de tels accidents, pour bénins qu'ils paraissent, peuvent précéder de plusieurs mois le grand œdème, dont ils indiquent l'imminence, permettant de traiter préventivement les malades qui les présentent.

Leur aspect est variable ; ce peut être celui :

1. De l'*asthme cardiaque* avec sa dyspnée à début brusque, souvent nocturne, son syndrome stéthoscopique de bronchite sibilante diffuse, son expectoration abondante, muqueuse ou muco-purulente, mais à laquelle s'ajoute une albumino-réaction positive, tandis que l'auscultation de l'une des bases révèle quelques râles fins.

2. De crises d'*angoisse paroxystique légère*, au cours desquelles le cardio-rénal rejette quelques crachats très peu nombreux, denses, jaunâtres, très riches en albumine. Si on recherche le minime foyer d'œdème qui se traduit pour ces signes, on le trouve, soit à l'une des bases, soit dans l'aisselle, soit dans la région précordiale.

3. De *catarrhes bronchitiques* chroniques des cardio-rénaux, soit du type hydrorrhéique ou plutôt hydromuqueux, soit du type hydromucopurulent, auxquels vient s'ajouter un léger œdème pulmonaire d'alarme.

4. Parfois enfin, ce dernier n'entraîne *aucune modification stéthoscopique à l'auscultation la plus minutieuse* du thorax, soit à cause de l'épaisseur de la paroi chez les gras, soit à cause d'une lame d'hydrothorax interposée entre le poumon et l'oreille, soit enfin parce que le foyer d'œdème pulmonaire est ou trop profond ou trop minime. Ce sont les *œdèmes pulmonaires latents* qui ne se révèlent qu'à un examen chimique, systématique des expectorations des cardio-rénaux par une albumino-réaction faiblement positive, et qui ordinairement ne représentent que le stade de début des différentes formes d'œdème pulmonaire.

Diagnostic. — Tels sont les symptômes des différentes formes d'œdème pulmonaire. Nous n'insisterons pas sur les éléments de leur diagnostic positif. Nous rappellerons seulement que, chez les malades obèses, ou en cas d'hydrothorax, le moyen le plus fidèle et le plus simple qu'il faut toujours utiliser chez ces malades (Bezançon et de Jong) est la recherche de l'albumino-réaction des crachats, dont la valeur est absolue, à condition bien entendu, d'éliminer les affections destructives du parenchyme pulmonaire et notamment la tuberculose (Roger).

Le diagnostic différentiel doit éliminer, en dehors des grands syndromes dyspnéiques à début brusque, dont la discrimination est exposée dans les traités classiques, l'asthme cardiaque avec bronchite simple, et l'angine de poitrine.

L'asthme cardiaque peut, par la soudaineté de son début, par la brutalité et l'intensité de son orthopnée, avec polypnée, l'abondance de son expectoration, simuler l'œdème pulmonaire. Mais lorsque l'asthme cardiaque est causé uniquement par de la bronchite simple, ce qui est fréquent, on ne perçoit à l'auscultation que des râles sibilants et ronflants rappelant ceux de l'asthmatique vrai en crise, et l'albumino-réaction de crachats est négative (Bezançon, de Jong et A. Jacquelin). Quoi qu'il en soit l'œdème pulmonaire peut s'ajouter à l'asthme cardiaque ou alterner avec lui, de même que l'angine de poitrine (1) et ces syndromes sont, en réalité, très voisins dans leurs symptômes comme ils le sont dans leur pathogénie.

Et ce qui importe surtout pour le pronostic, c'est de reconnaître les lésions organiques et surtout les troubles fonctionnels qui se trouvent à leur origine. On y parviendra en pratiquant chez chaque malade l'étude méthodique des fonctions rénales et cardiovasculaires, et l'on s'efforcera, en outre, de déterminer quelle intoxication, quelle infection chronique, ou aiguë a causé ces troubles. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 30 janvier 1923)

M. le Président annonce la mort du professeur Ceccherelli (de Naples).

Sur le ferment cancéreux. — M. Albert Robin considère que la cancérisation résulte de l'action d'un ferment protéolytique dissociant les albumines du tissu dans lequel le cancer se développe, celui-ci étant construit avec des éléments empruntés aux débris de ces albumines, par un autre ferment manquant du contrôle des catalases.

En effet, un ferment protéolytique possède pour action principale le pouvoir de transformer en azote soluble une partie de l'azote albuminoïde du tissu dans lequel ce ferment s'est développé. Donc, plus le taux de cet azote soluble sera élevé et plus croîtra son rapport à l'azote total, plus le ferment sera abondant ou actif.

(1) C'est surtout l'*angine de poitrine de décubitus* qui, d'après Vaquez, se complique le plus fréquemment de grands accès d'œdème aigu, tandis que l'*angine dite d'effort* ne donne guère lieu à cette complication. Ce dernier fait peut néanmoins s'observer.

Or, si après une autolyse de vingt-six heures, l'azote soluble n'atteint que 3g236 avec un rapport à l'azote total de 29,450 p. 100 dans le foie normal, il monte dans le foie cancéreux à 5g399 avec un rapport de 41,33 p. 100 pour les régions les plus cancérisées et à 6g622 avec un rapport de 51,78 p. 100 pour les régions relativement saines.

La protéolyse est donc très augmentée chez les néoplasiques où elle l'emporte de beaucoup sur celles de trois foies de comparaison provenant de diverses maladies et dans lesquelles l'azote soluble n'atteint que 4g706 avec un rapport de 35,92 p. 100.

Il est curieux de constater que cette augmentation porte principalement sur les régions relativement saines, ce qui peut s'expliquer par l'enrichissement relatif des régions très cancérisées en azote insoluble, ayant comme origine la formation synthétiques d'albumines spécifiques, construites au dépens de l'azote solubilisé par le ferment, dans les régions relativement saines.

L'autolyse accrue dans les régions relativement saines peut être considérée comme l'indice d'un stade de précancérisation anatomique, c'est-à-dire comme l'un des éléments du terrain cancérisable. Elle ne peut être la conséquence d'une action du cancer sur les tissus voisins, puisque ceux-ci s'autolysent plus que ceux d'où partirait l'incitation. Elle souligne la fréquence des récidives après les interventions chirurgicales ne dépassant pas les limites toujours inconnues, parmi lesquelles le ferment exerce ses ravages.

On peut encore se demander, en raison des incertitudes qui règnent sur l'étendue de la zone envahie par le ferment, si celui-ci n'est pas *totius substantisé* et si le cancer n'est pas, au moins dans certaines de ses formes, une maladie générale dont les déterminations régionales seraient provoquées par des causes locales, comme le traumatisme ou l'irritation par exemple.

M. Robin se hâte de conclure que même le ferment identifié, il resterait à déterminer, pour faire réellement du cancer une maladie primitivement générale, si ce ferment si agissant existe aussi dans l'organisme tout entier et particulièrement dans le sang où l'auteur a quelques raisons de croire à sa présence.

Cependant même cette preuve faite, il serait encore possible que le sang fût infecté par des ferments issus de foyers cancéreux déjà constitués, ce qui serait en rapport avec les théories régnantes du cancer, d'abord maladie locale. En tout cas, la conception de M. Robin confirme la nécessité des interventions chirurgicales précoces, puisque celles-ci débarrassent l'organisme des foyers fermentaires capables d'essaimer les ferments originels du cancer et de favoriser ainsi la formation de nouveaux foyers.

Traitement de la blennorragie. — M. A. Pinard présente, de la part de M. Stérian (de Bucarest), deux brochures relatives à un nouveau sérum antiblennorragique.

M. Stérian vaccine des chevaux avec du pus blennorragique sans s'inquiéter du nombre ou des espèces microbiennes associées au gonocoque et l'animal se charge d'atténuer et d'apurer ce vaccin par la défense biologique de son organisme; au bout de quelques mois, l'on obtient du cheval un sérum particulièrement agissant.

Ce sérum polymicrobien et polyvalent antigonococcique paraît avoir donné de bons résultats aussi bien dans les complications affectant l'appareil génital que dans les complications extragénitales.

Le rendement professionnel des malades de guerre. — MM. Gourdon, Dijonneau et J. Thibaudeau (de Bordeaux) ont, dans une précédente communication, établi la valeur du rendement professionnel des mutilés de guerre. Ils complètent leurs premières observations à la suite de l'examen de 1.000 autres amputés et estropiés ayant leurs lésions consolidées depuis plus de six ans, et en arrivent à cette conclusion : les mutilés de guerre sont aptes à exercer des métiers même difficiles et pénibles, leur rendement se rapproche du rendement normal à mesure que leurs lésions se consolident davantage et que se développe l'accoutumance à leurs mutilations.

Les auteurs ont étudié, par comparaison avec les mutilés, le rendement professionnel des malades de guerre. Ils ont pu établir que la différence entre leur capacité de travail et celle des mutilés est des plus sensibles : 28 p. 100 ne peuvent travailler tandis que 3 p. 100 seulement des mutilés sont improductifs. Le rendement professionnel moyen des malades qui travaillent est de 75 p. 100 du rendement normal, il est de 90 p. 100 pour les mutilés.

Il y a donc lieu de venir en aide aux malades de guerre : en élevant le taux de leurs pensions, souvent dérisoire, pour leur donner les moyens de se procurer l'alimentation et l'hygiène qui leur sont indispensables; en organisant des centres spéciaux de rééducation professionnelle où ils seraient entraînés méthodiquement, en suivant un régime médical, aux métiers convenant à leurs aptitudes; enfin, en leur réservant une partie des emplois de l'Etat, au moins égale à celle attribuée aux mutilés.

Les prières musulmanes et l'hygiène. — M. Dinquizli fait, sur ce sujet, une très intéressante communication.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 12 janvier 1923)

Action hémolytique du citrate de soude. (Présenté par M. Rist.) — M. Valassopoulos dont M. Rist annonce en même temps la mort.

Splénomégalie chronique familiale du type Gaucher. — MM. P. Harvier et Lebée présentent deux sœurs atteintes de maladie de Gaucher. La plus jeune, âgée de vingt ans, a subi la splénectomie en 1921, et la guérison se maintient depuis. Les coupes histologiques de la rate extirpée sont caractéristiques.

Sa sœur, âgée de vingt et un ans, présente actuellement une splénomégalie chronique sans hypertrophie du foie, ni adénopathies, ni lésions sanguines.

Cette observation est le premier cas publié en France de splénomégalie chronique familiale du type Gaucher. De l'étude de six autres cas relevés par eux dans la littérature étrangère, les auteurs concluent que la maladie de Gaucher est au point de vue clinique insuffisamment connue. Ils insistent sur son caractère souvent familial, son début habituel dans l'enfance ou l'adolescence, sur l'hépatomégalie et les adénopathies qui accompagnent parfois la splénomégalie, sur les hémorragies et les modifications de coloration de la peau, enfin sur les résultats de la splénectomie.

Rate typhique et parésie diaphragmatique. — M. de Lavergne (du Val-de-Grâce) montre que les complications pleuro-pulmonaires chez les typhiques peuvent provoquer une parésie de l'hémidiaphragme gauche qui se traduit cliniquement par l'inaccessibilité de la grosse rate à la palpation.

Incontinence essentielle d'urine par spina bifida occulta. Guérison par intervention. — MM. Pierre Delbet et A. Léri.

Hypothermie par lésion de la moelle cervicale. — M. S.-I. de Jong rapporte le cas d'un blessé observé pendant la guerre, atteint de plaie par balle de la région cervicale ayant provoqué une fracture des lames de la VIe et de la VIIe vertèbres cervicales avec hémorragie dure-mérienne, et ayant présenté une hypothermie à 28°8 avec pouls à 36. En quarante-huit heures la température était remontée à 40 degrés, le pouls restant à 84 jusqu'à la mort.

Cristaux de Charcot-Leyden et éosinophiles dans les crachats. — MM. S.-I. de Jong et M. Romieu montrent que si les cristaux de Charcot-Leyden échappent à l'examen des crachats fait suivant la technique hématologique de Bezançon et de Jong, c'est qu'ils doivent être recherchés sans fixation ni coloration sur une particule de l'expectoration examinée entre lame et lamelle, de préférence à l'immersion. Ils disparaissent au cours des manipulations nécessitées par la technique hématologique; leur abondance est d'autant plus grande qu'il y a plus d'éosinophiles dans les crachats; elle augmente quand les éosinophiles s'altèrent dans un crachat examiné plusieurs jours seulement après son expulsion.

Thyroïdite suppurée à bacilles paratyphiques B. — MM. Carnot et Blamoutier.

Septicémie méningococcique caractérisée par une fièvre intermittente se prolongeant cent deux jours. Détermination de la nature bactériologique après la guérison. Guérison à la suite d'une injection de pus aseptique. — M. Arnold NETTER. Un garçon de onze ans est pris, du 27 juillet au 6 novembre, d'accès fébriles séparés au début par des apyrexies de deux ou trois jours et se répétant ultérieurement toutes les vingt-quatre heures. Ces accès étaient souvent accompagnés de poussées éruptives assez discrètes d'éléments roses peu saillants indolores ne revêtant jamais le caractère pétéchial. Il n'y eut à aucun moment de signes de méningite.

Les recherches de laboratoire : ensemencement du cavum, hémoculture ne décelaient point de méningocoques. Ceux-ci étaient cependant en cause comme en ont témoigné après la guérison la mise en évidence par Césari, le 30 novembre, de la réaction de Bordet-Gengi dans le sang prélevé le 29 novembre et le 11 octobre en utilisant un mélange de méningocoques A, B, C, et la constatation par Salanier dans les mêmes sérums de l'agglutination au 25 degrés et au 40 degrés d'un méningocoque du type A alors que les méningocoques des types B et C n'étaient pas influencés.

La quinine, les métaux colloïdaux, le novarsenobenzol, l'injection de lait furent sans effet. En revanche, l'injection de pus aseptique le cent troisième jour amena une guérison définitive.

On n'a pas eu recours au sérum antiméningococcique parce que l'existence du méningocoque et a fortiori le type en cause ne pouvait être établie au cours de la maladie et que l'enfant soigné à domicile ne pouvait être surveillé comme à l'hôpital.

Le pus aseptique utilisé avait été remis par M. Bridré qui l'avait obtenu en inoculant à un cheval de l'essence de térébenthine. Ce pus était dilué dans de la solution physiologique de chlorure de sodium. La quantité contenue dans l'ampoule d'un centimètre cube était inférieure à 5 centigrammes. L'injection n'a déterminé aucune douleur et n'a été suivie d'aucune réaction appréciable.

Prix de la Société médicale des hôpitaux. — PRIX PAUL LE GENDRE (3.000 francs). — Sujet : « Etude historique, statistique et critique sur le rôle du corps médico-chirurgical français, civil et militaire, pendant la guerre 1914-1918 et les conséquences qui ont pu en découler (dommages pour les médecins, conclusions en vue de l'avenir).

Les ouvrages, imprimés ou manuscrits, devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1923.

Le prix sera attribué à la fin de décembre 1923.

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1923)

Valeur séméiologique des ictères dissociés. — MM. Et. CHABROL et Henri BÉNARD développent les conclusions suivantes :

Les techniques actuelles se prêtent mal à démontrer l'existence de l'ictère dissocié au profit des sels biliaires. Il est cependant légitime de penser qu'au début des rétentions hépatiques ou cholédociennes, la cholurie saline se manifeste avant la cholurie pigmentaire ; la grande diffusibilité des sels biliaires, le laisse entrevoir sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une perméabilité élective de la cellule du foie vis-à-vis de la bilirubine.

L'ictère dissocié au profit des pigments tend, au contraire, à apparaître au fur et à mesure que la rétention se prolonge. Cet ictère ne relève point d'une perméabilité élective de la cellule du foie vis-à-vis des sels sels biliaires : les renseignements fournis par le tubage duodénal plaident contre cette hypothèse.

C'est dans une biligénie dissociée que commandent l'interruption du cycle entéro-hépatique des sels et aussi pour une part les relations étroites de ces substances avec la cholestérine qu'il faut en chercher la raison. L'ictère dissocié n'a donc point la valeur que l'on a voulu lui accorder en séméiologie hépatique; il ne saurait être considéré comme le témoin d'une rétention dissociée dont la cellule du foie est le seul facteur responsable.

Diplopie postencéphalitique neutralisée à volonté par un strabisme divergent droit ou gauche. — MM. Clovis VINCENT et Etienne BERNARD présentent un malade qui, à la suite d'une encéphalite, présente les troubles oculaires suivants : le sujet fixe un objet, soit avec l'œil droit, soit avec l'œil gauche, en même temps qu'il laisse diverger l'œil qui ne fixe pas. Un léger effort tend à rendre symétrique l'axe de l'œil aberrant par rapport à l'axe de l'œil fixé : le sujet voit alors double. Pour faire cesser cette diplopie, il neutralise l'un des yeux en le laissant filer. Il convient d'observer que les mouvements extrinsèques de chaque globe considérés isolément sont normaux.

Cette observation met en évidence l'intensité que peut revêtir la paralysie des mouvements associés au cours de l'encéphalite, tandis qu'il existe une intégrité des mouvements moteurs d'origine nucléaire. Chez ce malade, il n'y a pas une paralysie de mouvement, mais une paralysie de fonction.

Sérothérapie du rhumathisme blennorragique. — MM. A. CLERC et J. PERROCHAUD présentent une malade de vingt et un ans entrée à l'hôpital pour arthrites gonococciques multiples avec localisations pseudo-phlegmoneuses au niveau du pouce gauche et du gros orteil droit. L'état général était mauvais, la fièvre modérée mais subcontinue. Devant l'échec des méthodes habituelles on eut recours au sérum polyvalent préparé par M. Stérian qui amena la guérison. Il en fut de même chez deux autres malades.

Arthrite de l'épaule gauche d'origine gonococcique, traitée par le sérum de Stérian. — MM. MERKLEN et MINVIELLE rapportent le cas d'une jeune femme de dix-huit ans atteinte d'une monoarthrite de l'épaule gauche avec pertes blanches jaunâtres et érythèmes des cuisses qui fut guérie complètement de son rhumatisme par cinq injections sous-cutanées de sérum de Stérian en l'espace de dix jours.

Traitement des complications gonococcique. — M. STÉRIAN présente deux malades atteintes de complications gonococciques graves traitées par son sérum et qui guérirent l'une après quatre injections de 15 centimètres cubes chacune, l'autre après six injections de 15 à 20 centimètres cubes.

M. VAQUEZ insiste sur les bons résultats qu'il a obtenus dans 4 cas, 3 ayant trait à des arthrites aiguës, 2 à des arthrites chroniques dont l'une datait de dix-huit mois.

Mort subite, au cours d'une endocardite secondaire, due à la rupture d'un anévrisme disséquant dans le péricarde (*présentation de pièces*). — MM. LAUBRY et BORDET font remarquer que l'anévrisme n'a pas eu comme point de départ les lésions végétantes des sigmoïdes aortiques, mais un processus d'aortite subaiguë surajouté.

Méningococcémie foudroyante à méningocoques B à type de cyanodermie généralisée. — MM. CLERC, PERROCHAUD et BOULANGER-PILET rapportent un cas de méningococcie à méningocoque B, dont la malignité particulière et la tendance hémorragipare se sont trouvées une fois de plus vérifiées.

Entérocolite de nature anaphylactique. — MM. LE NOIR, Ch. RICHET fils, RENARD et BARREAU.

MM. Ch. RICHET fils et MATHIEU DE FOSSEY.

Erreurs d'interprétation auxquelles expose la recherche extemporanée des agglutinines méningococciques. — MM. DOPTER, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et Et. ROUX attirent l'attention sur les erreurs d'interprétation auxquelles expose parfois la recherche de l'agglutination extemporanée appliquée à l'identification des méningocoques. A plusieurs reprises, ils ont constaté qu'un méningocoque étiqueté A par ce procédé, était en réalité en B ou un C, ainsi qu'en témoignaient, d'une part l'emploi des autres procédés, d'autre part les résultats de la sérothérapie.

Le procédé dit extemporané est infidèle, car il ne peut toujours assurer la différenciation des agglutinines spécifiques et des coagglutinines ; il doit être abandonné, car il peut donner des indications erronées sur la variété de sérum à utiliser pour lutter contre la variété du germe infectant.

Rhumatisme chronique déformant et syphilis. — MM. J. HAGUENEAU et E. BERNARD estiment qu'il y a lieu de

faire un démembrement du rhumatisme chronique déformant et de rattacher à la syphilis certains cas particuliers chez les jeunes sujets, il n'en reste pas moins vrai que la maladie de Charcot conserve une entité clinique particulière et cette affection, rien n'autorise à la rattacher à la syphilis.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1923)

Un cas d'acné iodique. — M. Jean HALLÉ présente un enfant qui, depuis le mois de novembre présente, sur les deux mains, une éruption confluente rappelant le lichen plan de Wilson.

Après une évolution active de quinze jours, l'affection décroît spontanément peu à peu.

L'auteur pense à un acné toxique comme on le voit après ingestion de brome. Ici l'iode est le seul médicament qui peut être incriminé.

Scoliose congénitale par sacralisation asymétrique de la 5e lombaire et hémivertèbre lombaire surnuméraire. — M. LANCE présente une enfant de treize ans et demi qui porte une scoliose lombaire gauche avec coudure brusque du rachis, au niveau de la 2e lombaire, sans courbure de compensation au-dessus, dos plat. La radiographie montre une sacralisation de la 5e lombaire plus élevée à droite; d'où une forte inclinaison du rachis lombaire à gauche. Au niveau de la 2e lombaire hémivertèbre surnuméraire gauche complète soudée à cette vertèbre, d'où compensation de la déviation : le rachis dorsal est rectiligne.

La déformation, bien que congénitale, ne s'est développée qu'à treize ans, au moment d'une poussée de croissance très marquée.

Phénomènes de compression du plexus brachial par une côte cervicale très peu marquée chez un enfant de neuf ans. — M. LANCE présente un enfant de neuf ans souffrant de douleurs dans l'épaule et le bras droit. Atrophie portant sur les muscles de la ceinture scapulaire, bras et surtout avant-bras. Aucun trouble trophique et de la sensibilité. La sous-clavière est soulevée en avant. Présence d'une saillie osseuse irrégulière au-dessous d'elle.

La radiographie montre une costiforme droite à la 7e cervicale, peu opaque.

L'auteur pense à une ossification, encore incomplète à cet âge, d'une côte cervicale.

L'extirpation étant contre-indiquée, il propose le traitement par la radiothérapie.

Discussion. — M. GÉNÉVRIER. Ces cas ne sont pas rares et il cite un cas analogue qu'il a pu récemment observer chez une fillette.

Les troubles mentaux dans la tétanie. — M. Henri LEMAIRE attire l'attention sur la grande fréquence des troubles mentaux dans la tétanie de la première et de la seconde enfance. Ces troubles présentent naturellement des modalités diverses selon l'âge : ce sont des obsessions, des phobies, des crises de bégaiement, des attaques de somnambulisme. Chez les enfants jeunes, entre deux et trois ans on trouve deux types : troubles de l'émotivité : colère, peur, ou des troubles de la perception : hallucinations visuelles. La colère prend des caractères pathologiques, se terminant souvent par une pâmoison ou par de l'apnée ou spasme de la glotte. La crise survient à tout propos, pour le moindre refus, elle se complique d'actes agressifs.

Les hallucinations visuelles affectent le type de zoopsie.

Les enfants atteints de tétanie sont fréquemment des hyperémotifs, ils sursautent au moindre bruit, au cours de leurs diverses crises mentales, ils présentent souvent des tics.

Enfin, ils sont souvent atteints de terreurs nocturnes.

Ces divers troubles mentaux surviennent aussi bien dans la tétanie vraie que dans les états tétanoïdes et ils sont influencés aussi favorablement que les divers signes de la tétanie par le traitement classique de cette affection ; l'association au chlorure de calcium et de l'huile de foie de morue phosphorée.

Discussion. — MM. LESNÉ, COMBY sont de l'avis de M. Lemaire. Les spasmophiles sont des nerveux, des psychopathes. Ces accidents sont améliorés, dit M. Comby, par le traitement psychique (grand air, isolement, séparation des grands-parents) et l'hydrothérapie (drap mouillé). La spasmophylie est une maladie d'évolution et tous les accidents disparaissent à la deuxième enfance. M. Lesné croit qu'il faut pousser les doses de chlorure de calcium jusqu'à 4 grammes par jour même chez des petits, on peut le faire sans danger.

M. LEMAIRE pense que la dose habituelle est 1 gramme, mais qu'il a donné jusqu'à 3 et 4 grammes.

Hémophilie. Mort par hématome de la cuisse. — MM. P. NOBÉCOURT et René MATHIEU rapportent l'histoire clinique d'un enfant âgé de onze ans, mort d'un hématome de la cuisse. Les injections de peptone de Witte, d'hémostyl, de sang maternel, n'ont exercé aucune influence appréciable sur l'évolution de cette hémophilie, qui, depuis l'âge de trois ans, se manifestait par de grosses hémorragies spontanées. Pendant les trois mois qui ont précédé la mort, le retard de la coagulation du sang a subi de fréquentes variations et s'est progressivement accentué. L'hémostase chirurgicale a été tentée par tamponnement du foyer de l'hématome, mais sans succès.

Discussion. — MM. LESNÉ, LEMAIRE, TIXIER. M. Lesné constate la faillite du traitement actuel de l'hémophilie. Il rappelle l'observation, qu'il a publiée en 1921, d'hématome sous-maxillaire avec mort par compression laryngée alors qu'il était en cours de traitement. Il cite un autre cas en cours de traitement qui fit une hématome de la cuisse, avec paralysie complète du sciatique. Incision. Mort.

M. Lemaire constate aussi l'inefficacité du traitement sur un enfant qu'il a traité par le sérum antidiphtérique et sérum frais, il a constaté que l'amélioration de la coagulation ne dure que juste pendant le temps de présence du sérum étranger dans le sang.

M. TIXIER dit que c'est un gros mot de dire que le traitement a fait faillite.

Il y a des cas qui meurent quoi qu'on fasse; mais à côté, il y a des cas très améliorés par le traitement. Il cite le cas d'un enfant qui présentait une hématome de l'aisselle, avec compression nerveuse (griffe cubitale), en deux ou trois séries d'injections de peptone, l'état était satisfaisant. Il préfère la peptone aux sérums.

Du pouvoir antiscorbutique des différents éléments du lait. — M. LESNÉ et Mlle DUBREUILH. Chez des cobayes soumis à une alimentation carencée en vitamines C, les auteurs ont recherché le pouvoir antiscorbutique des différents éléments du lait.

Le lait privé de beurre n'est pas scorbutigène, de même que le babeurre de lait acide. Le beurre et la caséine n'ont aucun pouvoir antiscorbutique. La vitamine C est donc contenue dans le mélange lactose, sels et eau. Comme le lactose pur n'est pas antiscorbutique, il faut admettre que cette vitamine est en dissolution dans l'eau du lait. C'est peut-être à cela que le babeurre doit certaines de ses qualités diététiques.

Transmission de la tuberculose maternelle au fœtus. — MM. CASSOUTE, BRAHIC et REYBAUD (de Marseille) communiquent l'observation d'une jeune femme atteinte de méningite tuberculeuse sur le point d'accoucher. On provoque l'accouchement pour sauver l'enfant. Mort de la mère, quelques heures après. L'enfant a vécu dix jours.

Le sang du cordon présentait la réaction de Besredka positive.

Discussion. — M. RIBADEAU-DUMAS rappelle que le fait de trouver la réaction de Besredka positive dans le sang du cordon a été constaté à Baudelocque dans plusieurs centaines de cas.

Elections. — Sont élus membres titulaires de la Société : MM. Debré, Huber, Milhit, Paul Mathieu, Dorlencourt, Hallez, Pierre-Louis Marie. Correspondants nationaux : Mlle Condat (Toulon), M. Bouquier (Kerpape-en-Plœmeur); membre étranger : M. Rollier (Leysin).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1923)

M. Ch. Richet, président, prononce l'éloge funèbre de Gaston Bonnier.

Effets de l'irradiation du corps thyroïde sur la conception et les produits de la conception. — M. E. Coulaud a observé que seules, des irradiations très importantes sur le corps thyroïde déterminent la stérilité chez le lapin. A ces doses, les irradiations déterminent des troubles généraux qui passent au premier plan et ce sont eux sans doute qui déterminent la stérilité.

L'étude de lapins issus de parents hypothyroïdiens montre que pendant plusieurs mois ils sont plus petits que les témoins. En outre, leur corps thyroïde est pauvre en colloïde et les surrénales sont anormalement réduites.

En irradiant le corps thyroïde d'une lapine avant la mise bas, M. E. Coulaud a vu que l'allaitement par cette femelle hypothyroïdienne suffisait à empêcher la production de la substance colloïde dans le corps thyroïde. Par contre, cette irradiation avant la mise bas n'avait aucune influence sur le volume des surrénales ou le poids de l'animal.

Répartition de la créatinine entre les globules et le plasma sanguin. — MM. E. Jeanbrau et P. Cristol (de Montpellier). Le taux de créatininémie, étudié comparativement dans les globules et dans le plasma, a donné des résultats discordants aux auteurs qui l'ont recherché. Certains ont conclu qu'il n'y avait aucune différence, d'autres que le taux est plus élevé dans les globules. Des dosages effectués comparativement sur les globules, sur le plasma et sur le sérum, ont montré à Jeanbrau et Cristol que, dans la majorité des cas, le taux de créatinine contenu dans les globules est notablement supérieur à celui qu'on constate dans le plasma ou le sérum. En pratique, il est donc préférable d'effectuer les dosages de créatinine sur le plasma ou sur le sérum privé de globules par centrifugation.

Syndrome hémoclasique et autohémothérapie. — MM. F. Moutier et J. Rachet ont basé leur étude sur vingt-huit injections de sang total à doses variables faites à trois catégories de malades : convalescents d'affections aiguës, états chroniques divers, maladies anaphylactiques. Ils ont noté une hémoclasie positive chez deux malades avec chute de pression portant presque uniquement sur la maxima, leucopénie suivie d'une hyperleucocytose antagoniste, de plus fréquemment une chute considérable du nombre des globules rouges et une invariabilité presque constante du taux de l'hémoglobine. La formule leucocytaire varie peu, mais s'oriente vers une mononucléose. Chez quatre malades le syndrome hémoclasique fut inversé. Il serait prématuré de tirer une conclusion définitive de ces expériences. Il semble pourtant que dans les maladies anaphylactiques il n'existe point de réaction distincte univoque à l'injection de sang total, et d'autre part que celle-ci détermine dans la majorité des cas une réaction hémoclasique.

Syndrome hémoclasique et ventouses sèches. — MM. F. Moutier et J. Rachet ont recherché les modifications hématologiques et vasculaires consécutives à l'application des ventouses sèches. Chez sept sujets sur neuf examens pratiqués, la réaction hémoclasique ne fut que trois fois positive. Dans les six autres cas, une forte activation leucocytaire fut au contraire constatée. Mais dans tous les examens pratiqués apparut une hyperleucocytose tardive avec polynucléose et augmentation du taux de l'hémoglobine. Peut-être faut-il chercher dans l'hyperleucocytose l'explication thérapeutique des ventouses sèches.

MM. P. Armand-Delille, Isaac-Georges et Ducrohet rapportent des cas de **teneur considérable en anticorps du sérum de certains enfants tuberculeux** en employant la méthode de Calmette et Massol et l'antigène de Bocquet et Nègre.

Ils ont trouvé chez un enfant de quatorze ans (infiltration des sommets), 875 ; chez un autre, neuf ans et demi (tuberculose caséeuse unilatérale), 700 ; chez un autre, quinze ans (tuberculose hémoptoïque), 350, etc.

Ces chiffres ont d'ailleurs été contrôlés dans les laboratoires de M. Calmette et de M. Besredka ; sans vouloir en tirer actuellement des conclusions, ils attirent l'attention des chercheurs sur ces taux qui n'avaient pas pu être relevés jusqu'à présent que chez des animaux traités expérimentalement.

Sur l'excrétion de produits phosphorés par les microbes. — MM. E. Pozerski et Max-M. Lévy ont montré que les microbes excrètent toujours des produits phosphorés. Ce phénomène est inhérent à leur vie. En effet, il cesse toujours lorsque les microbes meurent spontanément ou lorsqu'ils sont tués par la chaleur.

Revenant sur leurs expériences, les auteurs les complètent en démontrant que l'excrétion du phosphore cesse également lorsque les microbes sont tués par un antiseptique tel que le formol. Ils démontrent ainsi que l'excrétion de produits phosphorés par les microbes est une de leurs propriétés physiologiques.

Le métabolisme basal chez les obèses. — MM. Marcel Labbé et Henri Stévenin rapportent les résultats de l'examen de 46 obèses : 27 fois (58,6 p. 100) le métabolisme basal était normal, 13 fois (28 p. 100) diminué et 6 fois (13,4 p. 100) supérieur à la normale.

Les premiers étaient de gros mangeurs, sédentaires, réagissant bien à la cure de réduction alimentaire ; des sujets à métabolisme basal augmenté, deux étaient des cas de maladie de Basedow, les autres, pour lesquels l'augmentation était modérée, des suralimentés. Une partie des sujets à métabolisme basal diminué étaient des myxœdémateux typiques ou frustes ou des adiposo-génitaux, mais certains ne présentaient aucun signe clinique de lésion des glandes endocrines et étaient néanmoins améliorés par le traitement thyroïdien.

Les effets différents des bases adrénaliques sur la glycémie. — MM. H. Bierry, F. Rathery et Mlle L. Levina. Les deux adrénalines gauche et droite sont capables de provoquer les mêmes variations de sucre libre et de sucre protéidique dans le plasma sanguin, à l'intensité près ; l'adrénaline levugyre étant plus active que son isomère droit. On observe des différences d'action beaucoup plus accentuées entre les deux isomères optiques d'une iso-adrénaline, la β-méthylnoradrénaline, tandis que l'isomère gauche à certaines doses est capable de provoquer des variations de la glycémie comme les 1 et d'adrénaline, l'isomère droit aux mêmes doses n'agit pas ou agit très peu. Nous ne croyons pas qu'à ce point de vue une telle différence d'activité entre deux isomères optiques ait encore été signalée.

Sur la constitution du bactériophage de d'Hérelle. — M. P. Hauduroy. Le bactériophage n'est pas, comme on l'a cru jusqu'ici, quelque chose de simple mais un complexe. Le microbe lysable intervient en produisant des substances solubles dont la présence est nécessaire pour que le phénomène de d'Hérelle apparaisse. Ces substances solubles sont « fixées » par les sérums spécifiques (sérum antidysentérique pour celles du B. de Shiga par exemple), sont détruites par le chauffage, par l'alcool. Leur présence en plus ou moins grande quantité semble régler la plus ou moins grande activité des souches de bactériophage envisagées.

— Réunion biologique de Lyon (séance du 18 décembre 1922) :

Agglutination du bacille tuberculeux et déviation du complément au cours et dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — MM. P. Courmont et Dumas montrent que l'agglutination indique d'une façon plus sensible que la réaction de déviation, les lésions tuberculeuses atténuées, notamment dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Quand la réaction de déviation est positive, l'agglutination l'est toujours très nettement. Cette dernière, d'autre part, s'est montrée constante dans des cas de suspicion de tuberculose alors que la déviation était négative.

Valeur antiscorbutique du jus de citron stérilisé. — MM. Mouriquand et Michel. Le jus de citron stérilisé possède une action antiscorbutique comme le jus frais, mais à des doses beaucoup plus considérables. Ici, la substance antiscorbutique ne semble pas agir à la façon d'un simple catalyseur ; la question de dose intervient.

Adjuvants non antiscorbutiques de la substance antiscorbutique. — MM. Mouriquand et Michel. Dans le développement du scorbut du cobaye, le foin sec, non antiscorbutique par lui-même, renforce l'action antiscorbutique du jus de citron.

Section des splanchniques et glycosurie adrénalinique. — M. Cl. Gautier. Chez la grenouille, la section des filets initiaux des splanchniques et l'ablation des ganglions de la chaîne sympathique n'empêchent pas la glycosurie par l'adrénaline.

Actions successives de l'ésérine et de l'adrénaline sur l'œil de grenouille in vivo. — M. Cl. Gautier. L'adrénaline dilate au maximum la pupille mise en myosis par l'ésérine. L'ésérine est sans action sur la pupille dilatée par l'adrénaline.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 30 décembre 1922)

Note sur l'emploi de la diplotaxe dans les affections bronchiques. — M. H. Leclerc attire l'attention sur les propriétés d'une crucifère : la diplotaxe (diplotaxis tennifolia). Cette plante tient son odeur spéciale d'un mélange du butylène, du sulfure d'allyle, et d'un sulfure d'hydrocarbure : le diplotoxylène (Ch. Pottiez). Semblable à l'orysimum, l'auteur l'utilise dans la laryngite, la trachéite, la bronchite chronique et l'emphysème; il se sert de l'alcoolature, de la plante récoltée en jnillet (moment de la fructification). Cette alcoolature fluidifie les sécrétions bronchiques, modifie leurs caractères biochimiques et favorise leur expulsion. La saveur de la diplotaxe étant ingrate, il est bon de la corriger par l'addition d'alcoolature de Tanaisie. Voici deux formules proposées :

a. Mixture :

Alcoolature de diplotaxe........	15 gr.
Alcoolature de tanaisie.........	5 gr.

XL gouttes, quatre fois dans les vingt-quatre heures dans de l'eau sucrée.

b. Sirop :

Alcoolature de diplotaxe........	12 gr.
Alcoolature de tanaisie.........	3 gr.
Sirop d'érysinum........q. s. p.	400 gr.

Deux à quatre cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

Nouvelle note sur le traitement des fistules. — M. Goubeau présente une série d'observations de fistules anales, osseuses, tuberculeuses, de séquelles de blessures et de fistules chancrelleuses traitées par tétrachlorure de carbone. L'auteur emploie, soit le tétrachlorure pur, soit iodé, soit camphré. Chaque observation conclut à une guérison définitive.

A rappeler une note déjà présentée sur le traitement des fistules anales par le CCl^4 (Soc. de thérapeut., 1920).

Contribution à l'étude des matières grasses alimentaires d'origine végétale. — M. J. Chevalier a recherché si les matières grasses végétales vendues dans le commerce sous différents noms, pouvaient remplacer dans l'alimentation les corps gras animaux (beurre de vache). Comme il a été reproché aux corps gras végétaux leur manque de vitamines, il y avait lieu d'étudier ce point. Or, d'une série d'expériences sur des rats, des chiens, et in vitro, l'auteur conclut :

1° Que les animaux ne recevant que des matières végétales ont une croissance et une vie physiologique semblables à d'autres sujets nourris de graisses animales;

2° Que la comparaison avec les pourcentages de variations de l'extrait lipoïdique total du sang, obtenus par Terroine avec divers corps gras, montre que les matières grasses végétales émulsionnées se conduisent comme les matières grasses animales;

3° Que les courbes de vitesse et d'intensité de saponification sont comparables à celles du beurre et de l'huile dans les mêmes conditions et que la courbe obtenue est intermédiaire entre les deux courbes de ces corps.

L'auteur termine en pensant qu'il y a lieu d'admettre que les émulsions d'huiles végétales durcies se conduisent dans l'organisme comme les matières grasses d'origine animale. Il souhaite que l'observation clinique vienne confirmer ses expériens es car leur utilisation possible pourrait être une source de richesse pour les colonies françaises.

Quelques considérations à propos des récents travaux canadiens sur le traitement du diabète par l'extrait actif des îlots de Langerhans. — M. Gustave Monod (de Vichy) expose les travaux faits par les physiologistes de Toronto : Banting, Best et ceux du professeur Mac Leod sur l'extrait des îlots de Langerhans pour le traitement du diabète. Les recherches récentes des Américains sur le pancréas avaient montré que la lésion diabétogène était une vacuolisation des îlots de Langerhans. Devant ces faits, il y avait lieu d'isoler la sécrétion insulaire, Banting posa le principe suivant : « Si on lie les canaux excréteurs du pancréas, les acini dégénèrent rapidement alors que les îlots ne sont pas affectés » ; l'expérimentation confirma l'hypothèse. L'hormone insulaire ainsi reconnue, il fallait la préparer; Banting et Best parvinrent à l'extraire du pancréas du bœuf et cet extrait injecté à un jeune malade diabétique fit tomber la glycémie de 25 p. 100.

On ne sait encore que peu de chose, en France, sur la technique de la préparation de cet extrait. mais les auteurs insistent sur la nécessité du dosage de l'activité de l'hormone.

Effets physiologiques. Le quotient respiratoire s'élève; les corps acétoniques disparaissent tant que l'effet de l'injection persiste; le glycogène du foie (chez l'animal diabétique) augmente de 1 à 12 p. 100 et la graisse tombe de 12 à 5 p. 100; l'extrait s'opposerait également à la glycémie provoquée par la piqûre de Claude Bernard, par l'injection d'adrénaline, ou par l'asphyxie.

Effets cliniques. L'injection est rapidement suivie d'une amélioration de quelques heures des principaux symptômes. Une série d'injections, à raison de deux par jour, entraîne une plus forte tolérance aux hydrates de carbone; le poids remonte; l'énergie physique et mentale revient. Enfin, cet extrait serait une sauvegarde contre une menace de coma.

Tout ceci est intéressant, mais M. G. Monod en appelle à la prudence et déclare nécessaire d'attendre une confirmation expérimentale et clinique.

Les auteurs ont pris un « brevet », non pour l'exploiter, mais pour assurer à leur produit une protection. Ce brevet a déjà été donné à l'Université de Toronto pour l'Amérique et au « Research Council » pour la Grande-Bretagne. Le professeur Mac Leod est prêt à le donner en France à l'une de nos grandes organisations scientifiques.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

(Séance du 16 décembre 1922)

Exophtalmie pulsatile traumatique, paralysie de la VIe paire de côté opposé. — MM. Poulard et Boussi présentent un enfant âgé de sept ans qui a été projeté contre un mur par une automobile, le 1er septembre 1919. Venu consulter deux mois après, l'enfant présentait au niveau de l'œil droit tous les signes de l'exophtalmie. Il y avait de plus une circulation collatérale confluente au niveau de la paupière et de la région temporale des deux côtés. En présence des lésions cornéennes et de l'énorme exophtalmie, une blépharoraphie totale a été faite.

Au mois de juillet 1922, l'exophtalmie ayant considérablement diminué, les paupières sont séparées. On voit de plus un double strabisme convergeant et une paralysie de la VIe paire du côté opposé à la lésion.

Dans cette observation, il faut remarquer les particularités suivantes :

a. Diminution progressive de l'exophtalmie sans autre traitement que la blépharoraphie;

b. Circulation collatérale veineuse bilatérale;

c. Paralysie de la VIe paire, de côté opposé au traumatisme qui ne semble pas expliqué par une fracture du rocher (pas de lésions de l'oreille interne), mais peut être conséquence

de l'anévrisme (circulation veineuse cutanée augmentée du côté opposé à la lésion).

Double papillile, ablation d'un tubercule du cervelet, guérison. — MM. A. POULARD et Prosper WEILL présentent un enfant de neuf ans et demi atteint depuis vingt mois d'une céphalée occipitale avec nausées, est examiné le 31 mai 1922. Au point de vue oculaire, on trouve une papillile double, type par stase, très marquée, avec acuité visuelle de moitié. M. Sicard arrive à localiser la tumeur dans l'angle occipito-cérébello-vertébral.

M. Ombrédanne, après trépanation occipitale droite, enlève une gomme cérébelleuse tuberculeuse.

L'enfant, six mois après l'intervention, est en excellente santé, a des papilles d'aspect normal, un champ visuel normal, un sens des couleurs conservé, nne acuité visuelle de deux tiers après correction.

Quelques cas heureux d'extraction de corps étrangers intraoculaires à l'aide de l'électro-aimant. — M. CHAPPE présente trois cas, dans lesquels l'extraction de corps étrangers magnétiques intraoculaires a donné les meilleurs résultats, dans deux cas la vision est redevenue égale à l'unité, dans le troisième cas, elle a été de 6/10.

Troubles visuels dans un cas d'intoxication par la quinine. — MM. J. BOLLACK et H. LAGRANGE montrent un malade, paludéen ancien, qui présente à la suite de l'absorption de 3 grammes de quinine, les troubles visuels suivants : cécité transitoire suivie rapidement de la récupération de la vision maculaire avec retour de l'acuité visuelle à la normale. La tension artérielle rétinienne s'est passagèrement montrée extrêmement élevée, sans que la tension artérielle générale ait subi une élévation proportionnelle, fait qu'il faut, sans doute rattacher à des phénomènes de vaso-constriction périphérique. Le champ visuel s'est maintenu limité à la vision maculaire, tandis qu'un aspect de sclérose vasculaire rétinienne s'installait. Cette persistance exclusive de la vision maculaire a permis aux auteurs de constater l'intégrité de la sensibilité visuelle et de la sensibilité lumineuse, tandis que la sensibilité chromatique intacte pour le rouge, était très altérée pour le bleu et le violet. Le malade, syphilitique, porteur d'un signe d'A. Robertson, présenta pendant toute la période d'intoxication, une immobilité complète de la pupille en mydriose, qui semble devoir être attribuée à l'intoxication.

Ode à M. Daviel. — M. F. TERRIEN. Cette pièce, qui ne comprend pas moins de 120 vers, d'ailleurs sans aucune valeur littéraire, émane d'un opéré de Daviel, qui a tenu à conserver l'anonymat, mais exprime à son chirurgien sa reconnaissance sur un mode hyperbolique, ne craignant pas de donner des détails sur son opération et sur les faits et gestes de Daviel qu'il ne pouvait tenir que de ce dernier.

Sur un projet de règlement concernant l'état visuel des conducteurs d'automobiles. — M. Paul J. PETIT, Dans sa séance du 31 octobre dernier, l'Académie de médecine a décidé, sur la proposition de M. Fiessinger de mettre à l'étude un règlement visant l'examen médical des conducteurs d'automobiles. La vision se trouve, en l'espèce, au premier rang. Certains pays comme l'Uruguay et l'Argentine ont déjà pris des mesures analogues.

M. P. Petit rappelle que la Société d'ophtalmologie de Paris s'était déjà occupée de cette question dès 1907, mais que quelques conditions s'étant transformées, il peut être intéressant d'y revenir à nouveau.

L'auteur pense que l'on peut être relativement large en matière d'acuité, mais que l'on doit être rigoureux pour le champ visuel surtout dans les parties supérieures, temporale et inférieure de chaque œil. On peut admettre les verres correcteurs. La motilité oculaire doit être normale. Il serait utile que les conducteurs soient munis d'une fiche ophtalmologique.

Elections. — M. Lavat est élu membre titulaire.

Le bureau pour 1923 se trouve ainsi constitué : Président, M. Coutela ; vice-président, M. Cantonnet ; secrétaire général, M. Bailliart ; trésorier, M. Joseph ; secrétaires annuels, MM. Coulomb et Prélat.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1923)

Les modifications du liquide céphalo-rachidien au cours du mal de Pott. — MM. FORGUE et ROUX. Les modifications du liquide céphalo-rachidien au cours du mal de Pott et en particulier la dissociation albumino-cytologique ne font que traduire un état anatomique d'une portion des cavités méningées isolée par compression.

Mais, au point de vue du pronostic, cette étude peut prendre une autre valeur. Les auteurs ont suivi un malade de dix-neuf ans chez lequel la dissociation albumino-cytologique a existé tant que les signes cliniques et radiologiques ont marqué l'évolution d'un Pott dorsal et a disparu avec eux. Les auteurs pensent que l'étude de l'albumine rachidienne peut ainsi renseigner de façon utile sur la fin de l'évolution de la tuberculose vertébrale lorsqu'on a pu le constater tout au long de la maladie.

Luxation de la hanche au début de la coxalgie. — MM. MASSABUAU, MILHAUD et GUIBAL. Une enfant de quatre ans, entrée après six mois de maladie à l'hôpital avec une contracture douloureuse des deux membres inférieurs, prédominante à droite avec une attitude en flexion, adduction et rotation interne, est mise en extension continue et présente spontanément le quinzième jour une luxation de la hanche droite en arrière. Aucun antécédent infectieux. Cuti-réaction positive. La radiographie décèle une décalcification intense. Il s'agit de cette « luxation soudaine au début de la coxalgie » étudiée par Kirmisson, remarquable par l'intensité des phénomènes douloureux, sa précocité, son début soudain et spontané. C'est une luxation « vraie » : la radiographie ne montre pas de destruction articulaire notable. La cause en serait dans la contraction musculaire, intervenant sur une articulation distendue par l'hydarthrose qui fausse les rapports des surfaces articulaires.

Le pronostic de cette variété de coxalgie est souvent favorable Le traitement par réduction sans violence et immobilisation en position de réduction est suivi d'excellents résultats tant au point de vue de l'état général que de l'état local.

Etude sur l'acide urique total du sérum (*suite*). **Le facteur mécanique de l'hyperuricémie.** — MM. CRISTOL et NIKOLITCH.

Fracture isolée de la diaphyse tibiale. Réduction par incurvation de la jambe. — M. LAPEYRE relate l'observation d'une fracture transversale isolée de la diaphyse tibiale chez une fillette de quatorze ans ayant eu la jambe prise sous sa voiture dans une chute de cheval. Le trait de fracture avait la forme d'un V à point inférieur et les fragments s'étaient déplacés transversalement de telle sorte que, bien qu'il n'y eût aucun raccourcissement, il existait un chevauchement réel de 2 centimètres. La conservation de la tige péronière solide fit échouer les manœuvres classiques de réduction. L'auteur fut obligé pour réduire de recourir à l'incurvation de la jambe sur le bord externe jusqu'à désenclavement des fragments. Le péroné, malléable chez un sujet jeune, ne se rompit pas, mais la crainte de cet incident ne doit pas faire rejeter chez l'adulte l'emploi de cette manœuvre qui paraît en tous points préférable à l'intervention sanglante.

La tuberculose conjugale. Contagion et mariage. Etude médico-sociale, par le docteur Paul ROUSSEL. Un vol., 140 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Maloine et fils.

Physiologie normale et pathologique de la miction, par le docteur Georges LEMOINE, chef de service de chirurgie générale et urologique à l'hôpital d'Anderlecht-Bruxelles. Une broch., 102 pages. — Prix : 10 fr. — Bruxelles, Imprimerie médicale et scientifique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Inspection, palpation, percussion, auscultation. Leur pratique en clinique médicale, par Maurice LETULLE. 3e édition, 133 figures. — Paris, Masson et Cie.

L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, par A. CALMETTE. Un vol. 632 pages, 2e édition. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 2 février. — Questions données : « Diagnostic de la colique hépatique. — Signes et complications des fractures du maxillaire inférieur. »

MM. Gallot, 11 ; Parfoury, 14 ; Huet (Léon), 17 ; Raoul, 14 1/2 ; Laffitte, 18 ; Thurel, 15 1/2 ; Huret (Pierre), 17 1/2 ; Mayer (Maurice), 14 ; Bourgeois, 14 1/2 ; Vergez-Honta, 14.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Blum (Jean), Laffitte, Ménégaux, Decourt, Bartet, Olry, Pelissier, Pierrot, Huguenin Meillère,

11. Trocmé, Lévy (Maurice), Barietty, Garnier, Barquier, Meignant, Kalt, Garcin, Dumas, Lejard,

21. Marassi, Fèvre, Billard, Celice, di Peretti della Rocca, Ferru, Leydet, Blum (Gaston), Martin (René), Huet (Pierre).

31. Ducourtioux, Duhamel, Barbaro, Breger, Banzet, Huet (Léon), Chabrun, Lepaulmier, Valat, Fumery,

41. Marty, Leflaive, Christophe, Maziot, Coffin, Azerard, Renard, Bascouret, Triboulet, Iselin,

51. Cayla, Bourgeois (Pierre), D rocque, Thomas, Renault, Leguy, Samsoen, Longchamp, Kaplan, Meyer (May),

61. Leloup, Benda, Mayer (Charles), Carrega, Hamberger, Durand (Paul), Mlle Tisserand, MM. Barret, Lamy (Maurice), Ebrard,

71. Maduro, Jacquet, Escalier, Py.

Internes provisoires. — 1. Mlle Odier, MM. Bodin, Launay, Comet, Cahen (Pierre), Berson (Pierre), Delafontaine, Lemaire, Ducuing, Dessaint,

11. Callegari, Moussoir, Sérief, Mlle Deschamp, MM. Georges (Paul), Biancani-Daveggio, Mme Laplane, MM. Roullet, Lieutault, Bécler,

21. Levassor, Michaux, Turel, Lemierre, Bidoire, Bohn, Dolfus, David (Roger), Ferey, de Vadder,

31. Wallich, Debray (Georges). Merle d'Aubigny, Monvoisin, Bourdillon, Delage, Blondin, Raoul, Jonesco, Scemla.

41. Denis (Maurice), Leboucher, Vialard, Bureau (Yves), Dalsace, Destouche, Lerond, Diamantberger, Feynet, Bourgeois (Jean),

51. Fleury, Armingiat, Lechaux, Panis, Mlle Nicolle, MM. Naveau, Digonnet, Jondeaux, Auger, Magdeleine,

61. Gauthier, Besançon, Le Blay, Morlans, Ackermam, Desprairies, Cohen (René), Mer, Mayer (Maurice), Vergez Honta,

71. Vanhenverswyn, Haye, Burgeat, Baudry.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 31 janvier 1923, le concours d'agrégation des facultés de médecine (section d'obstétrique), qui devait s'ouvrir le 18 mai 1923, est reporté au 1er juin 1923.

HOMMAGE AU PROFESSEUR LETULLE. — Quelques amis, collègues et élèves du professeur Maurice Letulle se sont réunis pour ouvrir une souscription destinée à lui offrir une plaquette à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur dans la Légion d'honneur.

La plaquette sera gravée par M. E. Bourgouin ; elle sera remise, à M. Letulle, dans une réunion intime qui aura lieu à l'hôpital Boucicaut, sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Tout souscripteur d'une somme de 60 francs au minimum recevra un exemplaire de la plaquette.

Les souscriptions doivent être adressées à M. Pierre Masson, éditeur, trésorier du Comité, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Voici le résultat des élections pour la nomination du bureau du Syndicat des médecins de la Seine pour 1923 à la séance du Conseil d'administration le 16 janvier 1923 :

Président : M. Le Fur; vice-présidents : MM. Descomps et Rinuy ; secrétaire général : M. Jayle; secrétaires généraux adjoints : MM. Quidet et Pamart; trésorier : M. Lévy (Armand); service de répression de l'exercice illégal : M. Goldefy.

CONFÉRENCES. — Sous les auspices de la Société d'étude des formes humaines, aura lieu à la Sorbonne (amphithéâtre Cauchy), le vendredi 16 février, à 20 h. 30, une conférence avec projections de M. le docteur Pierre Robin, stomatologiste des hôpitaux, sur le sujet suivant : « Les déviations de l'évolution cranio-faciale, leurs conséquences, leur traitement. »

Entrée : 17, rue de la Sorbonne.

CHRONIQUE

LA PREMIÈRE RÉUNION BIOLOGIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE A L'ASILE SAINTE-ANNE

La première des réunions biologiques neuro-psychiatriques, organisées sur l'initiative du professeur CLAUDE, a eu lieu le 9 janvier dernier à l'Asile Sainte-Anne et a obtenu un plein succès. Une nombreuse assistance de neurologistes et d'aliénistes, dont certains venus de province et de l'étranger, a suivi avec intérêt les démonstrations qui furent faites en sa présence.

Dans une brève allocution d'ouverture, le professeur CLAUDE a insisté sur l'importance, en neurologie et plus encore en psychiatrie, des recherches biologiques. Malheureusement les résultats publiés sont trop souvent contradictoires, et cela sans aucun doute parce que les différents chercheurs ne sont pas d'accord sur les méthodes à employer. Une façon de sortir du champ des hypothèses, c'est d expérimenter ces méthodes devant une assemblée compétente : les résultats obtenus auront plus de poids s'ils sont soumis à la discussion de ceux qui les auront *vus*. Dans le domaine de l'histologie pathologique également, les controverses seraient simplifiées si les présentateurs, après avoir projeté leurs préparations originales, pouvaient répondre eux-mêmes aux questions qui leur seraient posées, quant à la technique et à l'interprétation des coupes.

La séance fut déclarée ouverte et, pour commencer, MM. CLAUDE, TINEL et SANTENOISE démontrèrent chez divers malades leur procédé d'inscription des réflexes oculo-cardiaque et solaire, au moyen d'un polygraphe à encre qui permet de conserver des témoignages objectifs. Ils projettent des graphiques de ces réflexes pris chez des sujets à jeun ou après le repas, chez des intermittents et des épileptiques, avant et après l'injection de diverses substances pharmacodynamiques. MM. GARRELON et SANTENOISE ont fait ensuite une expérience sur un chien chloralosé, selon le dispositif qu'ils emploient au laboratoire de physiologie pour l'étude des effets prolongés des agents pharmaco-dynamiques. Sur des graphiques qu'ils font défiler à l'écran, ils montrent la susceptibilité plus grande aux toxiques des animaux mis en état d'hypervagotonie. M. AUBEL et Mlle BADONNEL ont constaté chez les mélancoliques une insuffisance hépatique se traduisant par un rapport de Derrien-Clogne presque constamment supérieur à la normale; les autres épreuves hépatiques confirment leurs résultats. Le rapport $\frac{\text{azote formol}}{\text{azote uréique}}$ est soumis d'ailleurs à des variations journalières chez un même individu, placé en équilibre métabollique stable, comme le montrent nettement les courbes que font circuler les présentateurs. Dans la discussion qui suivit, M. TOULOUSE insista sur l'obligation des examens prolongés chez les mêmes malades. M. TARGOWLA fait la démonstration d'un dosage de cholestérine dans le sérum sanguin, selon la méthode qu'il emploie, en collaboration avec Mlles BADONNEL et BERMAN, pour la mesure de la cholestérinémie dans les démences : extraction selon le procédé de GRIGAUT, dosage au colorimètre à prisme de DUBOSCQ. Le cycle de la cholestérine dans la confusion mentale est celui des infections-intoxications : taux réduit à la période d état, hyperproduction à la convalescence. Les paralysies générales au début, les mélancoliques délirants présentent de l'hypercholestérinémie, certains « dégénérés constitutionnels » également, et ce dernier fait peut être rapproché de la prédominance vagotonique constatée chez ces mêmes malades.

Après ces présentations d'ordre physiologique et de chimie biologique, M. LHERMITTE et M. TINEL firent des projections histologiques. M. LHERMITTE exposa sa technique pour la coloration rapide des fibres à myéline; sa méthode permet une décoloration complète de tout ce qui n'est pas gaines myéliniques et une surcoloration par le carmin, grâce à laquelle les cellules nerveuses et leurs corps chromophiles apparaissent nettement. M. TINEL colore la névroglie par une nouvelle méthode d'imprégnation argentique, qui consiste essentiellement en un fixage énergique des coupes à congélation dans le sublimé et le perchlorure de fer avant de les traiter par la méthode de BIELCHOWSKY.

La prochaine réunion aura lieu dans la première quinzaine d'avril; la date précise en sera annoncée dans les journaux médicaux.

BARDET

Nous apprenons, avec un bien vif regret, la mort de cet excellent collègue et ami. Bardet était un savant, un encyclopédiste. Il avait sa place toute marquée à la Faculté et à l'Académie de médecine, malheureusement il y était propre, et il ne fut ni professeur, ni académicien. C'était un indépendant, d'une certaine fierté, d'une parfaite honorabilité, c'était aussi un travailleur assidu.

Nous ne le verrons plus dans la salle des Pas-Perdus, à l'Académie, s'avancer lentement, le dos un peu voûté, la face pâle et amaigrie, l'air souffreteux des dyspeptiques, la cigarette aux lèvres. Mais dans la discussion sa physionomie s'animait, sa voix grave s'élevait et il arrivait, par une autorité légitimement acquise, à persuader son interlocuteur. Simple dans ses goûts, modeste dans ses ambitions, Bardet n'en avait pas moins acquis une réelle notoriété et même une certaine célébrité. Il était secrétaire général de l'Institut d'hydrologie. Il a été président de la Société de thérapeutique, président de l'Association des journalistes médicaux. Partout où il a passé, il a laissé le souvenir d'un pur savant, d'un excellent conseiller, d'un aimable collègue.

Son nom échappera à l'oubli, car il a fait d'importantes découvertes, il a introduit dans la thérapeutique de nouveaux médicaments. Il a trouvé, avec Trillat, la formine, autrement dit l'urotropine, il a étudié avec Albert Robin les métaux colloïdaux. Il a été un des principaux initiateurs de la chimiothérapie. Il connaissait à fond toutes les eaux minérales françaises et bien souvent nous le consultions à ce sujet et ne trouvions jamais sa merveilleuse mémoire en défaut. Il dirigeait enfin depuis longtemps, et avec quelle compétence, le *Bulletin général de thérapeutique*.

La mort de cet excellent confrère dont la belle intelligence était ouverte aussi bien aux recherches scientifiques qu'aux produits des arts est une perte pour la science française. C'est aussi une perte bien sensible pour tous ceux qui l'ont approché, pour ses nombreux amis qui ont pu apprécier toutes ses belles qualités, le charme de son esprit et la bonté de son cœur.

Nous adressons à son fils, le docteur Daniel Bardet, notre confrère, nos bien sincères condoléances.

A. BROCHIN.

LE CENTENAIRE

DE

LA CRÉATION DE L'AGRÉGATION EN MÉDECINE

(2 FÉVRIER 1823)

Par le docteur MAUCLAIRE,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
Agrégé à la Faculté de médecine.

Est-il besoin de rappeler que dans l'ancienne Faculté de médecine l'enseignement principal était fait par les docteurs régents. L'enseignement élémentaire était laissé aux soins de quelques bacheliers émérites et de quelques licenciés, désignés par la Faculté.

Comme tous les corps enseignants, l'ancienne Faculté fut supprimée par la Convention le 15 septembre 1793.

L'Ecole centrale de santé, établie le 14 frimaire an III (29 novembre 1794), comprenait douze professeurs adjoints pour suppléer les douze professeurs titulaires.

La Faculté de médecine rétablie par un décret du 17 mars 1803 et l'Université impériale (1808) maintinrent ces douze professeurs suppléants.

Après la fermeture de la Faculté à la suite de l'émeute du 18 novembre 1822, les cours recommencèrent en mars 1823 avec une organisation nouvelle pour les suppléants qui furent appelés « *agrégés* ».

L'agrégation en médecine avait été créée par une ordonnance royale du 2 février 1823. On nomma 36 agrégés dont 24 en exercice et 12 stagiaires. Le stage durait trois ans. Or, 24 furent nommés directement et sans concours, présentés par la Faculté (anciens et nouveaux professeurs), le Conseil royal de l'Instruction publique et le Conseil académique.

Le titre d'agrégé en médecine n'était pas une nouveauté à proprement parler, car avant le XVe siècle il existait une espèce d'agrégation. En effet, quelques licenciés passaient un examen après lequel ils portaient le titre de « *maîtres régents* », « *agrégés* » au Corps enseignant (1).

De plus, dans les autres Facultés de l'Université il y avait des « *docteurs aggrégez* » pour l'enseignement. Il y en avait pour le droit à Paris (2) et en province (3). De plus, en 1808, au moment de l'organisation définitive de l'Université impériale, il avait été question de créer de nouveau plusieurs variétés d'agrégation dans l'Université. Mais l'institution des concours d'agrégation ès lettres et ès sciences ne fut mise en pratique pour la première fois qu'en 1821 dans l'enseignement secondaire.

Après sa création en février 1823, différents décrets, statuts et circulaires apportèrent les modifications suivantes a l'agrégation en médecine.

La question du costume fut d'abord tranchée : robe noire, devant de soie cramoisie bordée d'hermine, toque de soie cramoisie avec galon d'or. C'était le petit costume que portaient les professeurs pour les leçons et les simples docteurs pour les cérémonies officielles.

(1) Pron. Les anciens grades décernés par les Facultés de médecine. *Paris méd.*, 1921, p. 388.

(2) *Almanach royal : Faculté de droit de Paris*, 1767, p. 369.

(3) *Archives départementales de la Côte-d'Or*, n° 1681, série E. — Réclamation des docteurs agrégés de l'Université de Dijon adressée en 1720 au gouverneur Saulx de Tavannes.

Par une ordonnance du 10 avril 1840, les agrégés furent nommés pour neuf ans en supprimant le stage.

Trente-quatre ans plus tard, un statut du 16 novembre 1874 rétablit le stage de trois ans.

En 1875, le concours pour les Facultés de médecine de Paris et de la province eut lieu uniquement à Paris devant le même jury.

Le 25 décembre 1880, le stage est de nouveau supprimé.

C'est de cette époque que date une longue campagne pour transformer l' « *agrégation temporaire* » en une « *agrégation carrière* ». Les opposants déclaraient que cette amélioration était inutile, car les agrégés étaient trop occupés par leur clientèle. Mais les agrégés des autres Facultés ont aussi d'autres ressources que leur simple traitement (1).

Cette campagne pour la pérennisation fut bien longue, mais elle avança peu à peu.

Par le décret du 28 décembre 1885, les professeurs adjoints sont rétablis.

Puis les Sociétés d'agrégés de province ont su intéresser à leur sort les membres du Parlement, et enfin parut le décret du 4 mars 1914 d'après lequel les agrégés à la fin de leur exercice et les agrégés libres peuvent être *pérennisés* jusqu'à la retraite, c'est-à-dire après trente ans de service, conformément à la loi de 1853.

De plus, par le décret du 4 janvier 1921 (2), les agrégés pérennisés peuvent être nommés professeurs titulaires sans chaire, mais ils ne votent pas pour le professorat.

Enfin, par le décret du 28 mai 1921, ils peuvent aussi être nommés « professeurs honoraires ».

Du fait de tous ces décrets de nombreux agrégés de province ont été pérennisés en récompense de leur enseignement et de leurs travaux.

Ainsi fut enfin satisfaite la demande répétée par tous pendant trente ans, à savoir la transformation de « l'agrégation temporaire » en une « agrégation carrière » et cela dans l'intérêt des agrégés travailleurs, dans l'intérêt de l'enseignement et des recherches scientifiques.

*
* *

Voici maintenant la liste des agrégés nommés pour Paris depuis cent ans. Elle est très intéressante au point de vue rétrospectif.

Les vingt-quatre premiers agrégés en médecine nommés directement sans concours et présentés par la Faculté de médecine (anciens et nouveaux professeurs), le Conseil royal de l'Instruction publique et le Conseil académique furent les suivants (3) :

Adelon, Arvers, Alard, *Breschet*, Capuron, *Chomel*, Coutanceau, H. Cloquet, Delens, Gaultier de Chambry, Guersant, Jadiaux, Lejumeau de Kergaradec,

(1) La nouvelle agrégation de droit date de 1855. C'est une agrégation-carrière.

L'agrégation en pharmacie date de 1840. C'est une agrégation temporaire.

A la Faculté des lettres et à la Faculté des sciences, il y a des chargés de cours, des maîtres de conférences, des professeurs titulaires sans chaire et des professeurs titulaires avec chaire.

(2) Pour tous ces décrets, voir : De Beauchamp *Recueil des lois et règlements pour l'enseignement supérieur*; — Corlieu *Le Centenaire de la Faculté de médecine*, Paris 1894; — et Delpech. *Les Statuts de l'enseignement supérieur*, Paris 1922.

(3) Les noms sont marqués par ordre alphabétique Les noms des agrégés qui ont été ultérieurement nommés professeurs à Paris sont imprimés en italique.

Maisonnabe, *F. Moreau*, Murat, Pavet de Castillon, Parent (du Chatelet), Ratheau, *Achille Richard*, Rullier, Ségalas, Serres, Thévenot de Saint-Blaise.

PREMIER CONCOURS D'AGRÉGATION (novembre 1823). — **Médecine.** — *Andral*, Rochoux, Dugés, *Velpeau*, *J. Cruveilhier*.

Chirurgie. — Lisfranc, *Jules Cloquet*, *Baudelocque*, *Paul Dubois*.

Sciences accessoires. — Bouvier, *P. Gerdy*, Devergie.

CONCOURS DE 1826. — **Médecine.** — *Piorry*, Martin-Solon, Gibert, Bayle, *Bouillaud*, *Trousseau*, Dance.

Chirurgie. — *Blandin*, *P.-H. Bérard*, Hatin, Dubled.

Sciences accessoires. — Briquet, Cottereau, Brogniart.

CONCOURS DE 1829. — **Médecine.** — C. Broussais, Dalmas, Saudras, Guérard, *H. Royer Collard*, *Requin*.

Chirurgie. — *L.-J. Sanson*, Ph. Boyer, *Laugier*, *A. Bérard*.

Sciences accessoires. — *Jobert*, Maréchal, Lesueur.

CONCOURS DE 1832. — **Médecine.** — Hourmann, F. Dubois, Forget, *Natalès Guillot*, Menière, Vidal.

Chirurgie. — Robert, Danyau, Michon, Monod, A. Samson.

Sciences accessoires. — Bussy, Person, *Bouchardat*.

CONCOURS DE 1835. — **Médecine.** — Delaberge, Cazenave, Legroux, Gouraud, Rufz.

Chirurgie. — *Malgaigne*, Larrey, Sédillot, Lenoir.

Sciences accessoires. — Chassaignac, Huguier, Baudrimont.

CONCOURS DE 1838. — **Médecine.** — Barth, Nonat, Sestier, *Monneret*.

Chirurgie. — *Denonvilliers*, J.-V. Gerdy, *A. Nélaton*.

Sciences accessoires. — Capitaine, Maissiat, Martin, Mialhe.

CONCOURS DE 1844. — **Médecine.** — Beau, *Béhier*, Burguières, Fleury, *Grisolle*, *Tardieu*.

Chirurgie. — Cazeaux, Giraldès, *Gosselin*, Marchal, Voillemier.

Sciences accessoires. — *J. Béclard*, Dumenil, Favre.

CONCOURS DE 1847. — **Médecine.** — Becquerel, N. Guéneau de Mussy, *Hardy*, Roger, Vigla.

Chirurgie et accouchements. — *Depaul*, *Jarjavay*, *A. Richet*, *Sappey*.

Sciences physique, pharmaceutique et histoire naturelle. — *Regnauld*, *Ch. Robin*, *Wurtz*.

CONCOURS DE 1852. — **Médecine.** — Bouchut, *Lasègue*, Aran, Delpech, *Gubler*.

Chirurgie et accouchements. — Follin, Richard, *P. Broca*, *Pajot*.

Sciences accessoires. — Segond, Leconte, *Verneuil*, *Orfila*.

CONCOURS DE 1856-1857. — **Médecine.** — *Axenfeld*, *Chauffard*, Hérard, Simonin Empis.

Chirurgie. — Duchaussoy, Fano, Foucher, *Trélat*.

Accouchements. — Blot.

Sciences physique, pharmaceutique et histoire naturelle. — *Baillon*, Guillemin, Réveil.

CONCOURS DE 1860. — **Médecine et médecine légale.** — *Charcot*, *Laboulbène*, *Lorain*, Marcé, *Parrot*, *Potain*, *Vulpian*.

Chirurgie et accouchements. — Bauchet, *Dolbeau*, Houel, *Tarnier*.

Anatomie et chimie. — Liégeois, Marc Sée, Lutz.

CONCOURS DE 1863. — **Médecine et médecine légale.** — Bucquoy, *Jaccoud*, Raynaud, *Fournier*.

Chirurgie et accouchements. — *Guyon*, L. Labbé, *Le Fort*, *Panas*, Joulin.

Sciences, physique et chimie. — Desplats, Naquet, de Seynes.

CONCOURS DE 1866. — **Médecine et médecine légale.** — *Ball*, Blachez, Isambert, Paul, *Péter*, *Proust*.

Chirurgie et accouchements. — Bailly, Cruveilhier, *Duplay*, *Tillaux*.

Anatomie et chimie. — Périer, Polaillon, Grimaux.

CONCOURS DE 1869. — **Médecine et médecine légale.** — *Bouchard*, *Brouardel*, Chalvet, Lécorché, Ollivier, *Cornil*.

Chirurgie et accouchements. — Dubreuil, Guéniot, *Lannelongue*, *Le Dentu*.

Sciences. physique et histoire naturelle. — Bocquillon, *Gariel*, A. Gautier.

CONCOURS DE 1872. — **Médecine et médecine légale.** — G. Bergeron, *Damaschino*, Duguet, Fernet, *Hayem*, Lancereaux, Rigal.

Chirurgie et accouchements. — B. Anger, Delens, Nicaise, *Terrier*.

Sciences accessoires. — Bouchardat, *Mathias Duval*.

CONCOURS DE 1875-1876. — **Médecine et médecine légale.** — *Dieulafoy*, *Grancher*, Legroux, Lépine, Liouville.

Chirurgie et accouchements. — *P. Berger*, Blum, Chantreuil, A. Marchand, Monod, *Pozzi*.

Sciences, physique et histoire naturelle. — Bourgouin, Gay, de Lannessan.

Anatomie. — Cadiat, *Farabeuf*.

CONCOURS DE 1878. — **Médecine et médecine légale.** — *Debove*, Hallopeau, *I. Strauss*.

Chirurgie et accouchements. — Humbert, *Pinard*, Richelot, Terrillon.

Anatomie, physiologie et sciences accessoires. — Henninger, *Ch. Richet*.

CONCOURS DE 1880. — **Médecine et médecine légale.** — *Landouzy*, *Raymond*, Troisier, *Joffroy*.

Chirurgie et accouchements. — Bouilly, *Budin*, Peyrot, *P. Reclus*.

Sciences accessoires. — Hanriot, Rémy.

CONCOURS DE 1883. — **Médecine et médecine légale.** — Hanot, *Hutinel*, Quinquaud, *A. Robin*.

Chirurgie et accouchements. — Campenon, *Kirmisson*, *Segond*.

Anatomie, physiologie et histoire naturelle. — *R. Blanchard*, Reynier.

Sciences physique et chimique. — Guébard, *G. Pouchet*.

CONCOURS DE 1886. — **Médecine et médecine légale.** — *Ballet*, *Brissaud*, *Chauffard*, *Déjerine*.

Chirurgie et accouchements. — Ed. Schwartz, Jalaguier, Brun.

Accouchements. — Maygrier.

Anatomie et physiologie. — *Poirier*, *Quénu*.

Chimie. — Villejean.

CONCOURS DE 1889. — **Médecine.** — *Chantemesse*, *Gilbert*, *Letulle*, *Marie*, Netter.
Chirurgie. — Ch. Nélaton, Ricard, Tuffier.
Accouchements. — *Bar*.
Sciences accessoires. — Retterer, Gley, *Weiss*, Fauconnier.

CONCOURS DE 1892. — **Médecine.** — Charrin, *Gaucher*, *Marfan*, *Roger*, *Ménétrier*.
Chirurgie. — *Lejars*, *Delbet*, *Albarran*.
Accouchements. — Varnier.
Sciences accessoires. — *Sebileau*, Heim, André.

CONCOURS DE 1895. — **Médecine.** — Gilles de la Tourette, *Achard*, *Thoinot*, *Widal*, Wurtz.
Chirurgie. — *A. Broca*, Walther, *Hartmann*.
Accouchements. — Bonnaire.
Sciences accessoires. — Thiéry, Chassevant.

CONCOURS DE 1898. — **Médecine.** — *Teissier*, Thiroloix, *Vaquez*, *Dupré*, Méry.
Chirurgie. — *Legueu*, Mauclaire, *Faure*.
Accouchements. — Lepage, Wallich.
Sciences accessoires. — Launois, Langlois, *A. Broca*, *Desgrez*.

CONCOURS DE 1901. — **Médecine.** — *Renon*, *Gouget*, *Jeanselme*, *Bezançon*, Legry.
Chirurgie. — Marion, *Gosset*, Auvray.
Accouchements. — Demelin, Potocki.
Sciences accessoires. — Rieffel, *Cunéo*, Guiart, *Richaud*.

CONCOURS DE 1904. — **Médecine.** — *Carnot*, *Claude Balthazard*, *Marcel Labbé*, Macaigne.
Chirurgie. — Morestin, *P. Duval*, Proust.
Accouchements. — *Brindeau*.
Sciences accessoires. — Branca, Maillard.

CONCOURS DE 1907. — **Médecine.** — Castaigne, Sicard, *Nobécourt*, Jousset, Loeper.
Chirurgie. — *Lecène*, Ombrédanne, Lenormant.
Accouchements. — *Couvelaire*, *Jeannin*.
Sciences accessoires. — Mulon, Zimmern, Nicloux, *Brumpt*.

CONCOURS DE 1910. — **Médecine.** — Guillain, *L. Bernard*, Léri, Gougerot, Rathery.
Chirurgie. — Chevassu, Ockinzyc, A. Schwartz.
Accouchements. — Guéniot, Lequeux.
Sciences accessoires et spécialités. — Rouvière, Grégoire, Camus, Tiffeneau, Terrien, Laignel-Lavastine, Roussy.

CONCOURS DE 1913. — **Médecine.** — Villaret, Tanon, Ribierre, Lemierre, Lereboullet.
Chirurgie. — Alglave, Mocquot, Desmarest.
Accouchements. — Sauvage.
Sciences accessoires. — H. Labbé, Champy.

CONCOURS DE 1920. — **Médecine.** — Abrami, Baudouin, Chiray, Clerc, Fiessinger.
Chirurgie. — Basset, Lardennois, Mathieu.
Accouchements. — Lévy-Solal, Metzger.
Sciences accessoires et spécialités. — Blanchetière, Garnier, Debré, Philibert, Joyeux, Duvoir, Heitz-Boyer, Guilleminot.

Sauf erreur, cela fait jusqu'à ce jour (février 1923) un total de 406 agrégés pour la Faculté de Paris dont 150 ont été nommés professeurs à la Faculté de médecine de Paris; 10 autres ont été nommés professeurs dans les Facultés de province et 5 dans d'autres centres d'enseignement.

* * *

Il m'a paru utile et intéressant de rappeler le centenaire de la création de l'agrégation en médecine puisqu'il est question aujourd'hui de la transformer en un simple examen de doctorat supérieur avec un nombre de places non fixé au préalable. L'agrégation-concours aura vécu cent ans.

GUÉRISON PAR LE BISMUTH

D'UNE

LARYNGITE ULCÉREUSE TERTIAIRE

Par J. TROISIER.

Parmi les déterminations tardives de la syphilis, les lésions ulcéreuses du larynx comptent parmi les plus graves et souvent parmi celles que le traitement hydrargyrique ou arsenical ne cicatrisent que difficilement. Pratiquant systématiquement la cure de la syphilis viscérale tardive depuis plus de six mois par le bismuth et ses sels, nous avons été frappé de l'action manifeste de ce métal sur une laryngite tertiaire que nous avons observé à l'hôpital Necker.

Il s'agissait d'un homme de cinquante-huit ans, n'avouant aucune syphilis, mais présentant une série de manifestations viscérales tertiaires. Il tousse depuis trois semaines, avec des quintes s'accompagnant d'étouffement et expectore à peine. L'examen montre un tirage sus-sternal continu, très marqué au moment des quintes et une reprise inspiratoire rappelant vaguement celle de la coqueluche, la voix est éteinte et éraillée. La mobilisation latérale du larynx réveille une douleur sourde qui s'ajoute à une douleur rétrocervicale spontanée et à une dysphagie légère.

Outre ces symptômes de laryngite, on constate de la leucoplasie commissurale, de l'emphysème et de la sclérose pulmonaire, une dyssymétrie des réflexes achilléens, une altération profonde des réflexes lumineux et accommodatif, presque abolis, de la lymphocytose rachidienne (5 à 7 par champ) sans albuminose, de la bradycardie (60) sans hypertension (17-10 1/2 au Pachon) sans albuminurie, sans azotémie (0,43).

Le diagnostic, bien que le Wassermann du sang naturellement fût négatif, fut celui de syphilis tertiaire. Il fut corroboré par l'examen laryngoscopique qui montra un œdème marqué du repli glosso-épiglottique droit dissimulant une ulcération polycyclique au-dessus de la partie postérieure de la corde vocale droite. Autre ulcération dans la région interaryténoïdienne et à la face postérieure de l'épiglotte. La partie postérieure des cordes vocales est épaissie, rouge vif, et a un aspect velvétique. La glotte dans sa partie postérieure n'arrive pas à l'occlusion parfaite (24 et 25 novembre).

Du 16 novembre au 28 décembre 1922 quatorze ampoules de « néo-trépol » furent injectées intégralement dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit environ 1g35 de bismuth métallique.

Le traitement est fort bien supporté. On note seulement le 4 décembre un liseré bismuthique gingival, de petites ulcérations jugales rapidement guéries et une coloration noire des urines le 7, 19, 20, 21 et 26 décembre.

Dès le 4 décembre le malade ne tousse presque plus et ne présente plus de quintes avec étouffement nocturnes. La voix se recolore.

Le 20 décembre, un examen laryngoscopique montre une cicatrisation complète des ulcérations laryngées, ne laissant au-dessus de la corde vocale droite qu'une zone un peu gaufrée et une tuméfaction légère des cordes vocales.

Voilà donc un homme parfaitement et rapidement guéri d'une laryngite tertiaire ulcéreuse avec spasmes graves de la glotte et début de périchondrite. Il a suffi de quelques injections de bismuth métallique pour arriver à ce résultat sans aucune adjuvance arsenicale ou hydrargyrique.

Le fait ne doit pas étonner le lecteur français déjà au courant de cette nouvelle méthode thérapeutique; nous la publions pour insister sur la faible toxicité apparente du bismuth. Nous pensons que c'est une méthode de choix pour la cure des syphilis viscérales tardives au cours desquelles les miopragies fonctionnelles sont souvent telles qu'elles interdisent ces intoxications thérapeutiques arsenicales ou mercurielles, si utiles dans le traitement des accidents du début de la vérole. En matière de syphilis viscérale tardive, il est souvent difficile d'apprécier avec justesse le rôle utile du bismuth, comme d'ailleurs de l'arsenic et du mercure, aussi croyons-nous intéressant de rapporter cette observation où *de visu* on a pu constater la guérison de lésions tertiaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1923)

Zona et éruption vésiculeuse généralisée. — MM. JEANSELME et Marcel BLOCH présentent un homme de soixante-sept ans porteur d'un zona de la face postérieure de la cuisse avec abondante éruption de vésicules isolées. L'identité morphologique et histologique des vésicules et des éléments du zona, l'évolution, obligent à conclure à l'extension du processus zonateux. Les inoculations des éléments du zona et des vésicules disséminées à la cornée du lapin ont été négatives, de même que celles du liquide céphalo-rachidien.

Un traitement curatif d'urgence du pneumothorax suffocant. — P. EMILE-WEIL et P. ISCH-WALL. Le malade présenté offrait un pneumothorax a soupape provoquant une dyspnée intense; cet homme de quarante ans était cyanosé, souffrait d'un point de côté et son expectoration était bacillifère. Pour le soulager les auteurs firent une thoracentèse aérienne qui fut suivie d'une amélioration transitoire, d'une durée de six heures environ. Devant cet échec, les auteurs eurent recours à l'oléothorax, et injectèrent 320 centimètres cubes d'huile goménolée à 2 p. 100 : le soulagement fut immédiat, la respiration devint aisée, la dyspnée tomba de 50 à 20, la pression intrapleurale qui était de 10 centimètres d'eau devint normale et l'examen radiologique confirme la chute de la pression intrapleurale : à l'immobilité absolue du diaphragme du côté malade succède un mouvement de bascule de Kienboeck. L'occlusion de la fistule ainsi obtenue grâce au liquide épais et visqueux ne fut pas seulement immédiat, mais durable, car l'amélioration se poursuivit; l'oléothorax fut d'ailleurs entretenu et augmenté par des injections ultérieures. Le malade actuellement n'est plus fébrile, a repris du poids et les auteurs envisagent le moment où ils retireront le liquide huileux qui radiologiquement remonte à la troisième côte, et le remplaceront par de l'air pour convertir l'oléothorax en pneumothorax curateur ordinaire.

M. SERGENT a dans un cas facilité la respiration par l'application d'un tube capillaire dans une première phase du traitement.

M. ACHARD a constaté des accès de suffocation après injection d'huile goménolée dans la cavité pleurale. Il considère qu'on doit être prudent.

L'association digitaline-ouabaïne en thérapeutique cardiaque. — MM. Ch. LAUBRY, DANIEL, ROUTIER et René GIROUX. L'ouabaïne, qui, dans ces dernières années, est venue compléter d'une façon si heureuse l'arsenal thérapeutique cardiaque de premier plan, présente aussi ses insuccès, soit par intolérance d'emblée, soit par épuisement de son action. D'autre part, l'administration par voie buccale s'est toujours montrée bien moins efficace que par voie intraveineuse. Déjà plusieurs auteurs ont discuté sur l'opportunité de cures ouabaïniques suivies à plus ou moins brève échéance de cures digitaliques et inversement. L'un des auteurs, avec Pezzi, a montré ici même les avantages que l'on pouvait tirer d'une médication presque simultanée par la digitaline et l'ouabaïne. Laubry, Routier et Giroux ont voulu rendre cette association plus intime en employant le mélange préparé d'avance de ces deux glucosides (digibaïne). Leurs recherches ont été faites par voie intraveineuse, par voie intramusculaire et par voie buccale. La voie intramusculaire a été abandonnée comme étant trop douloureuse. Par voie intraveineuse, il a été noté quelques cas d'intolérance, se manifestant par des vomissements comme cela s'observe au cours des injections de digitaline seule. Par voie buccale, les résultats ont été aussi brillants et aussi rapides et sans jamais aucun phénomène d'intolérance. Les doses employées ont été en général de petites doses, il n'a jamais été nécessaire de recourir aux doses massives. Il a ainsi été donné par jour XV, XX et XXX gouttes de *digibaïne*, solution dont XV gouttes contiennent un dixième de milligramme de digitaline + deux dixièmes de milligramme d'ouabaïne, et préparée par M. Deglaude, interne en pharmacie du service. Dans la presque totalité des cas traités, les résultats ont été des plus satisfaisants et dans beaucoup d'entre eux très brillants. En particulier, les auteurs ont noté de nombreux succès, là où chacun des constituants du mélange avait montré une action hésitante, nulle ou épuisée. Les auteurs n'ont eu également qu'à se louer de l'administration quotidienne prolongée de XV gouttes dans certains cas d'insuffisance ventriculaire gauche et de maladies mitrales, contrairement à ce qui se passe pour l'administration prolongée de la digitaline seule.

Suivent trois observations typiques illustrant le mémoire, tirées des nombreux cas traités jusqu'à ce jour par le mélange digitaline-ouabaïne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1923)

Complications intestinales des phlegmons périnéphrétiques. — M. LEGUEU fait un rapport sur une intéressante observation de M. Chaton (de Besançon). Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui était atteinte de phlegmon périnéphrétique compliqué de fistule stercorale. M. Chaton procéda d'abord à l'ablation du rein qui était tuberculeux. Puis il se proposa de fermer la fistule qui portait sur le côlon ascendant. Il en aviva les bords et les réunit par un surjet. Il y eut désunion de la suture et la fistule se reproduisit. M. Chaton décida alors de faire une colectomie. Il assura d'abord la coprostase, il sectionna une certaine longueur du côlon et réunit bout à bout le segment supérieur au segment inférieur, drainage, guérison. M. Legueu fait observer que ces complications de fistules intestinales au cours de suppurations rénales ou périrénales ne sont pas très rares et termine en louant la conduite tenue par M. Chaton.

Ostéo-sarcome périostique. — M. SAVARIAUD fait un rapport sur une observation de M. Coulaud (de l'armée). Il s'agit d'un soldat de vingt-trois ans qui se plaignait de douleurs dans le genou et le pied droits. Son genou était globuleux et bientôt doubla de volume. La température monta à 38 et à 39 degrés; le facies était pâle. Le genou atteint le volume

d'une tête d'enfant, le creux poplité était devenu convexe. Une biopsie montra qu'il s'agissait d'un ostéosarcome. Quelques séances de radiothérapie restèrent sans résultats. M. Coulaud décide de pratiquer la désarticulation de la hanche. Il assura l'hémostase par un lien de caoutchouc enroulé plusieurs fois autour du ventre (procédé de Montbour) Une légère hémorragie secondaire désunit les lèvres de la plaie opératoire. Le malade guérit.

A signaler dans cette observation : 1° l'échec de la radiothérapie qui semble avoir été plutôt nuisible; 2° le procédé d'hémostase mis en usage a permis d'opérer sans que le malade perdit de sang; 3° l'incision en raquette semble le meilleur procédé.

M. Broca n'a jamais eu recours à aucun procédé d'hémostase préventive. Il n'a pas eu d'hémorragies, il a toujours eu recours au lambeau antérieur et ses opérés ont guéri.

M. Alglave rappelle les règles données par M. Quénu pour la désarticulation de la hanche dans les cas d'ostéosarcome : opérer largement, faire la désarticulation de la hanche et avoir soin d'enlever les muscles qui s'insèrent sur la crête iliaque. Morestin est venu après confirmer les règles données par M. Quénu. M. Alglave a pratiqué deux fois la désarticulation de la hanche pour ostéosarcomes, dans le premier cas, ayant cru à une arthrite tuberculeuse, il a fait l'amputation de la cuisse, récidive dans le moignon. Il fit alors la désarticulation de la hanche. Son malade a survécu dix ans et a succombé à une affection pulmonaire; dans le second cas, il s'agissait d'un malade qui avait déjà été amputé deux fois. Il y eut chaque fois récidive, M. Alglave pratiqua la désarticulation de la hanche suivant le procédé Quénu, Morestin. Il y a de cela trois ans et il n'y a pas encore de récidive.

M. Broca ne croit pas qu'il soit nécessaire d'enlever les muscles. Au reste, tous ces malades meurent de généralisation.

M. Lapointe confirme ce que vient de dire M. Broca. Il n'y a pas de récidives locales, mais on observe toujours chez ces malades des métastases qui les emportent.

MM. Alglave, Chevrier, Lenormand, Walther apportent des faits et concluent comme MM. Broca et Lapointe.

M. Savariaud fait observer que, dans certains cas atypiques, il peut être utile de recourir au procédé d hémostase de Monbourg.

Cholécystectomie rétrograde. — M. Savariaud revient sur la communication qui a été faite par M. Hartmann, qui prétend que la cholécystectomie rétrograde ménage parfois de fâcheuses surprises aux opérateurs. M. Savariaud croit qu'on peut éviter les accidents qui ont été signalés. Il suffit de bien voir le conduit principal et de se donner un jour suffisant. D'ailleurs il n'y a pas que la cholécystectomie rétrograde et, si on prévoit quelques difficultés on peut recourir à d'autres procédés.

M. Gosset pratique la cholécystectomie de bas en haut depuis 1911. Il a eu recours 200 fois à ce procédé et s'en est toujours très bien trouvé Il montre une série de fort belles planches qui aident à la description du procédé, procédé qui consiste surtout à bien mettre en évidence le trépied où l'on peut distinguer le canal hépatique, le cystique et le cholédoque Toutefois il faut compter avec certaines anomalies qui d'ailleurs se rencontrent très rarement.

Perforation des ulcères gastriques. — M. Delagenière (du Mans) estime que le meilleur traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés est l'éradication de l'ulcère avec gastro-entérostomie. Il vient donc appuyer la thèse de M. Duval et il apporte plusieurs faits à l'appui. Dans un de ces cas, il s'agissait d'un épithélioma; M. Delagenière fit une large résection Le malade guérit et il n'y a pas eu de récidive Une simple gastro-entérostomie ne suffit pas toujours. Il vaut mieux pratiquer l'éradication de l'ulcère. La meilleure opération est donc la pylorectomie avec gastro-entérostomie complémentaire, en un ou deux temps.

La mobilisation active immédiate après l'arthrotomie pour arthrite purulente. — M. Willems vient répondre aux critiques qui ont été récemment adressées à la méthode qu'il a préconisée et qui a donné de si beaux succès. M. Willems maintient que la mobilisation doit être immédiate, active et non interrompue. Il repousse absolument la mobilisation passive. En effet, la mobilisation active a pour effet d'exercer sur l'articulation des pressions qui facilitent l'expulsion du pus qu'elle contient. On exprime ainsi l'articulation comme on exprime une éponge. Les mouvements passifs ne peuvent pas favoriser cette expression de l'articulation et cette expulsion du pus. Puis on évite ainsi l'atrophie musculaire qui facilite les raideurs articulaires.

M. Willems recommande aussi de faire de longues incisions latérales et même, au cours du traitement, de les prolonger si l'issue du pus ne se fait pas bien.

Pour M. Willems il n'y a pas de contre-indications à sa méthode. Elle convient aussi bien aux arthrites suppurées aseptiques qu'aux diverses arthrites microbiennes.

Il faut reconnaître que l'emploi de cette méthode est parfois difficile. Il faut éduquer les malades et arriver à les convaincre de la nécessité absolue de cette mobilisation active, immédiate et continue.

M. Willems cite plusieurs exemples.

M. Dujarrier pose cette question : quand la mobilisation active est impossible, faut-il alors recourir à la mobilisation passive, ou ne rien faire.

M. Arrou fait observer qu'on rencontre des malades qui se refusent énergiquement à cette mobilisation active et qui vous disent : faites-là vous-même si vous voulez!

M. Willems pense-t-il que mieux vaut alors la mobilisation passive que rien?

M. Willems répond que mieux vaut encore la mobilisation passive. mais il rappelle que son but est surtout d'évacuer le pus de l'articulation. Si la mobilisation active se fait mal, est trop douloureuse, allez voir, dit-il, ce qui se passe dans l'articulation, agrandissez vos incisions et alors vous pourrez reprendre votre mobilisation active. Evitez à tout prix la rétention du pus.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1923)

Syndrome thalamique avec phénomènes cérébelleux. Vérification anatomique. — M. Cl. Vincent rapporte un fait où il existe deux foyers principaux, un occipital, un optomésocéphalique. Ce dernier est constitué par quatre foyers plus ou moins continus : le premier intéresse le pédoncule lui-même à l'union du cinquième interne et des trois cinquièmes externes; le second est linéaire (8 millimètres sur 1 millimètre), contourne le noyau, détruisant sa capsule; le troisième triangulaire, de 3 millimètres de base. est compris entre la région de Wernicke en dehors, le ruban de Reil en dedans, le bras du tubercule quadrijumeau antérieur en arrière; il interrompt les radiations de la calotte qui constituent la capsule du noyau rouge; le quatrième détruit le pulvinar.

Cette lésion détruit, outre des fibres pédonculaires et le pulvinar, la partie externe de la capsule du noyau rouge; elle effleure le ruban de Reil.

Une pareille lésion s'accompagne de maladresse des mouvements. La topographie de la région nous explique pourquoi il est si difficile de mettre l'étiquette cérébelleuse ou ataxique sur cette maladresse : l'intrication anatomique explique l'intrication ataxo-cérebelleuse.

Sur un cas de poliomyélite spécifique chronique à topographie spéciale. — MM. Pierre Marie, H Bouttier et G. Basch présentent une malade atteinte de poliomyélite à évolution lente et qui offre les particularités suivantes :

1. La topographie des amyotrophies qui atteignent symétriquement les muscles de la main, de l'avant-bras, du bras et de l'épaule et qui frappe tout particulièrement les muscles de la nuque imprime à la malade une morphologie très spéciale;

2. L'existence de troubles sensitifs sous forme de douleurs thoraciques et brachiales, et de séries d'hyperesthésie disposées le long du thorax et de l'abdomen témoigne d'une méningo-radiculite concomitante;

3. La gêne respiratoire intense avec tendance à l'asphyxie

que présente la malade dès qu'elle se couche sur le ventre implique des troubles dans la motricité du diaphragme;

4. L'étiologie spécifique est prouvée par le Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien et par la présence dans ce liquide de dix-huit éléments au millimètre cube;

5. Enfin, l'évolution chronique permet de poser un pronostic favorable : l'affection qui date de près de douze ans n'a que peu évolué depuis plusieurs années, et cela en l'absence de tout traitement antisyphilitique que la malade s'est toujours refusée à subir.

Formes fruste, évolutive, familiale du syndrome Klippel-Feil. — MM. SICARD et LERMOYEZ, en présentant trois nouveaux cas de syndrome Klippel-Feil, montrent qu'à côté de la forme schématique où les symptômes cliniques de cou raccourci, de limitation des mouvements cervicaux et d'implantation basse des cheveux s'associent aux signes radiologiques de réduction numérique des vertèbres cervicales, il y a place pour des modalités frustes avec symptômes cliniques très rudimentaires quoique associés à des signes radiologiques incontestables et également placé pour les modalités, soit familiales où l'aspect morphologique du cou se retrouve chez plusieurs membres de la même famille, soit évolutives, c'est-à-dire dont la lésion congénitale peut se réchauffer et se compliquer épisodement, à l'adolescence ou à l'âge adulte, de troubles parétiques ou trophiques des membres.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1923)

L'action de quelques ferments digestifs sur la leucopédèse gastrique. — MM. M. LOEPER et G. MARCHAL étudient comparativement l'action de la trypsine, de la pepsine et des peptones ingérées aux mêmes doses de 1g25 et à une même dilution de 125 centimètres cubes. Tandis que la leucopédèse produite par la peptone atteint 2.000 éléments, la leucopédèse produite par la trypsine s'élève à 2.900, et par la pepsine à 3.800 par millimètre cube.

Les éléments sont cependant toujours en majorité des polynucléaires.

L'adjonction d'acide chlorhydrique à la pepsine diminue notablement la réaction qui ne dépasse guère alors 2.500 éléments.

Les sécrétions digestives sont donc de puissants excitants de la leucopédèse gastrique, mais leur action excitante semble appartenir exclusivement aux ferments qu'elles contiennent.

La circulation entéro-hépatique de la filicine. Explication de son efficacité dans la distomatose du mouton. — M. H. BUSQUET. Chez les animaux traités par la fougère mâle, on trouve la filicine en abondance dans la bile. La filicine, partie de l'intestin, passe dans le sang, puis dans les voies biliaires et revient à l'intestin. Elle accomplit donc une véritable circulation entéro-hépatique analogue à celle que Wertheimer a décrite pour les sels biliaires. Installées dans un segment de ce circulus, les douves subissent une imprégnation prolongée par le principe toxique, et ainsi s'explique l'efficacité de la fougère mâle dans la distomatose du mouton.

De l'influence du chlorure de sodium sur les éliminations uriques. — M. P.-L. VIOLLE (de Vittel). Sous l'influence du régime déchloruré, l'acide urique, formé brusquement en excès par une alimentation riche en nucléoprotéides, est éliminé en quantité beaucoup plus considérable que lorsque le régime est riche en NaCl.

Non seulement, dans le cas du régime chloruré, l'acide urique éliminé, lors de l'absorption brusque et abondante de purines alimentaires, reste relativement faible, mais NaCl lui-même est alors éliminé en moindre quantité que les jours précédents. Il y a donc une rétention simultanée légère de NaCl, ce qui, évidemment, entraîne concurremment une diminution des éliminations urinaires aqueuses.

Lors de grosses ingestions de purines alimentaires, les urines présentent une acidité très augmentée, provenant vraisemblablement de l'acide phosphorique résultant du dédoublement des nucléoprotéides.

En cas de régime chloruré, les éliminations d'acide urique se font non seulement moins abondantes le premier jour qu'en cas de régime déchloruré, mais encore la légère augmentation des éliminations uriques qui se poursuit les jours suivants, n'aboutit pas à une élimination totale égale à celle obtenue avec le régime déchloruré. Il y a donc une partie de cet acide urique qui n'est pas éliminée par les urines.

Note sur le traitement curiethérapique des épithéliomas malpighiens. — MM. S. DE NABIAS et J. FORESTIER. Se basant sur l'étude de la coupe histologique de la tumeur, et, dans cette coupe, sur le rapport du nombre des cellules néoplasiques en division à celui des cellules néoplasiques au repos et qu'ils proposent d'appeler « index d'activité caryokinétique » de la tumeur, les auteurs ont traité douze cas de cancer du col de l'utérus inopérables qui se sont terminés par une guérison locale avec retour ad integrum.

Ils concluent :

1° Les épithéliomas malpighiens d'un fort index (1/50 à 1/100), qu'ils soient baso-cellulaires ou spino-cellulaires ou intermédiaires doivent subir une irradiation continue de six jours;

2° Les épithéliomas à index moyen (1/50 à 1/150) doivent être irradiés quinze jours;

3° Les épithéliomas à index faible (1/150 et au-dessous) doivent être irradiés vingt à trente jours, quarante dans les cas extrêmes;

4° Pour les irradiations longues un foyer faible est indispensable, 10 milligrammes de radium-élément intracervical leur a donné un plein succès.

La quantité totale d'énergie détruite dans tous les cas a été de 43 millicuries détruites, mais avec cette technique on peut, pour des cancers étendus, dépasser largement cette dose.

Sur les éléments lympho-conjonctifs du tissu sous-cutané de la souris et leur présence dans l'épithélioma expérimental du goudron. — M. PEYRON. Les recherches de Menetrier et Peyron établissent la nécessité d'étudier simultanément sur la souris et le lapin le développement des lésions produites par le goudron. Peyron identifie dans les tumeurs les deux groupes d'éléments mastocytes et cellules migratrices de Maximone qui caractérisent normalement la souris et le rat. Les cellules décrites par certains auteurs (Roussy) comme macrophages chargés de goudron seraient des mastocytes ordinaires.

Présentation. — M. GUILLAUME présente un appareil capilloroscopique ingénieux.

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1923)

Leucopédèse gastrique et aliments gras. — MM. M. LOEPER et G. MARCHAL montrent que la leucopédèse gastrique produite par l'huile est faite d'une proportion de lymphocytes plus considérable que la leucopédèse secondaire à l'ingestion d'hydrocarbonés ou d'albumines.

Le nombre de ces lymphocytes s'accroît progressivement, mais ne dépasse guère 50 p. 100 à la deuxième heure.

Ces leucocytes contribuent à la digestion des graisses. Le reflux constant du liquide duodénal met en contact le suc pancréatique, la bile et les leucocytes. La proportion d'acides gras, fournie par les mélanges de leucocytes et de liquides duodénaux, est plus considérable que celle à laquelle donne naissance les liquides duodénaux ou les leucocytes séparés.

Le renforcement des ferments lipasiques par les éléments leucocytaires semble donc évident.

M. PORTIER. Il faut avoir soin de distinguer entre la monobutyrinase et les autres lipases, car celle-là n'a pas les mêmes propriétés que celles-ci.

M. FIESSINGER. Ce qu'il y a de plus intéressant dans les expériences des auteurs c'est la nature des leucocytes exsudés. Dans des travaux antérieurs, j'avais constaté également cette réaction mononucléaire.

Hémoagglutinines de divers liquides organiques. — MM. P.-Emile WEIL et P. ISCH-WALL apportent les résultats de leurs recherches d'agglutination de globules sanguins de

groupe déterminé par divers liquides normaux et pathologiques. Alors que les épanchements des séreuses présentent en général des iso-agglutinines de même ordre que celles du sérum sanguin, le liquide céphalo-rachidien tant réactionnel que normal, le liquide d'œdème en ont toujours été trouvés dépourvus.

— Réunion biologique de Lyon (séance du 15 janvier 1923) :

Sur une levure cutanée pathogène. — MM. Favre et Ota étudient les caractères d'une levure observée dans les squames cutanées et les ongles d'un malade atteint d'une dermite prurigineuse étendue ayant débuté par les plis inguinaux. Cette levure s'est montrée pathogène pour le cobaye et le lapin. Un autovaccin et le traitement local ont rapidement guéri cette affection qui persistait depuis des années.

Influence sur l'activité d'un vaccin de l'âge de la culture employée pour sa préparation. — MM. Arloing et Langeron ont constaté qu'un vaccin antistaphylococcique provenant d'une culture de vingt-quatre heures donne des effets préventifs supérieurs à ceux obtenus en partant d'une culture de cinq jours. Un microbe présenterait des propriétés vaccinantes maxima à un âge déterminé de ses cultures.

Modifications des propriétés anaphylactogènes d'un sérum par son mélange avec l'eau de Vichy. — MM. Arloing et Vauthey. Le sérum de cheval perd ses propriétés sensibilisantes quand on le mélange à 1°5 avec de l'eau de la Grande-Grille. Les injections de 1/4 de centimètre cube dans le péritoine du cobaye simultanément avec un intervalle de cinq minutes ou d'une heure entre l'inoculation des deux liquides modifient le pouvoir sensibilisant du serum au point que la recherche du choc intracranien donne des résultats négatifs.

Destruction des bacilles de Löffler des porteurs de germes par le pneumobacille. — M. Lesbre, en badigeonnant la gorge de six porteurs de germes diphtériques avec une culture de pneumobacilles, a observé une disparition rapide des bacilles de Löffler.

Autohémothérapie et dermatoses. — MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier étudient l'aggravation des dermatoses (eczéma) sous l'influence de l'autohémothérapie.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1923)

Les méfaits des purgatifs synthétiques. Deux cas de purpura consécutifs à l'absorption de laxatifs à base de phénolphtaléine. Traitement et guérison des accidents purpuriques par l'homohémothérapie. — M. Lauze (d'Aimargues) rapporte cinq cas d intoxication par la phénolphtaléine dont trois recueillis dans la littérature médicale et deux personnels. Le premier concerne une malade qui, au quatrième jour d'une rougeole bénigne, mourut dans le coma moins d'une heure après la prise de deux pastilles de phénolphtaléine; le deuxième, un brightique, qui présenta de l'anurie et des signes d'urémie qui disparurent au bout de cinq jours en même temps que la phénolphtaléine disparaissait des urines; dans le troisième furent observés des phénomènes syncopaux puis intestinaux très marqués, ces derniers persistant jusqu'à dix-neuf jours après l'absorption du produit qui colore les fèces en noir, simulant une hémorragie.

Dans deux cas personnels, l'auteur a constaté des lipothymies, des selles hémorragiques et des taches purpuriques. Trois injections de 10 centimètres cubes de sang prélevés sur une autre personne et réinjectés immédiatement sous la peau du malade amenèrent la guérison des accidents purpuriques.

Deux auteurs américains (Wite et Abramowitz) ont également signalé des érythimes polymorphes récidivants laissant un dépôt pigmenté, dans l'intoxication par le phénolphtaléine.

Fracture sous-tubérositaire de l'humérus. Essai de réduction par extension continue et manœuvres externes. Echec. Intervention sanglante. Suture au fil d'argent. Bon résultat. — MM. Lapeyre et Milhaud, à propos de ce cas, pensent que l'indication opératoire doit tenir compte de la variété de la fracture et de l'âge du malade. En principe, on fera peu d'intervention chez le vieillard, sensible à l'anesthésie. Mais s'il y a danger pour lui à garder les fragments dans la position où ils se présentent en état d'irréductibilité, l'indication devient absolue et la notion d'âge passe tout à fait au second plan.

Névrite optique d'origine dentaire. — M. H. Villard rapporte un cas de névrite rétrobulbaire aiguë de l'œil droit survenue chez une femme qui ne présentait, comme symptôme susceptible d'expliquer l'apparition de cette névrite, qu'une dentition particulièrement défectueuse, principalement au niveau du maxillaire supérieur droit. Avant d'entreprendre tout autre traitement, on extirpe toutes les dents et toutes les racines malades ou simplement suspectes; or, quarante-huit heures après ce traitement dentaire, la vision passe de 1/50 à 0,2; au bout de quelques jours la guérison était complète et définitive.

Etude sur l'acide urique total du sérum (*suite*). Le facteur tissulaire. — MM. Cristol et Nikolitch.

Epilepsie et chimisme hémoméningé. — MM. Cristol et Blouquier de Claret. Les opinions sont contradictoires en ce qui concerne le taux du sucre rachidien dans l'épilepsie. En réalité, et selon la loi du professeur Derrien, il y a toujours équilibre hémoméningé chez ces malades (les ponctions veineuses et lombaires étant faites simultanément le matin au lit et à jeun), l hyperglycorrachie quand elle existe s'accompagne toujours d hyperglycémie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SOINS DENTAIRES. DIVORCE. PAIEMENT DES HONORAIRES.

Lorsqu'il y a désunion entre le mari et la femme, les difficultés surgissent à l'occasion de toutes les circonstances où se trouve mêlée la vie commune. Le divorce sert particulièrement la mauvaise humeur de l'un ou l'autre époux; ce sont les tiers, et souvent le médecin, qui en pâtissent, obligés qu'ils sont de recourir à la justice pour obtenir satisfaction.

M. C... avait assigné les époux N... en paiement de la somme de 1.390 francs pour fournitures et soins dentaires donnés à la dame N... en 1919 et 1920.

Le mari soutenait que, conformément à l'article 1420 du Code civil, sa femme devait être mise hors de cause dans l'instance engagée et prétendait que les soins avaient été donnés à cette dernière postérieurement à l'instance en divorce engagée en mai 1920 et malgré son opposition, ledit N... ayant fait connaître à C... qu'il refusait le paiement desdits soins, tout au moins au delà d'une somme de 400 francs convenue au préalable et acceptée par ce dernier.

Comme d'habitude, il sollicitait une expertise, la somme réclamée par C... étant, disait-il, exagérée.

Voici le jugement rendu par la 7e Chambre du Tribunal civil de la Seine, le 12 décembre 1922 :

« Attendu que la somme réclamée aux époux N... forme le solde du prix principal de 1.590 francs réclamée par C... pour divers travaux et fournitures dentaires effectués au cours de l'année 1919 et durant l'année 1920 et consistant en un bridge en or, couronnes en or, soins divers et nettoyage de la bouche de la dame N...; que la qualité des soins et appareils fournis n'a été l'objet d'aucune contestation, un premier acompte de 200 francs ayant été versé en mars 1919 et N... reconnaissant être débiteur d'une somme égale;

Attendu qu'il est établi par les documents de la cause que les soins et fournitures dont le prix est réclamé ont été effectués tout au moins pour majeure partie antérieurement au mois de mai 1920, date à laquelle est intervenue une ordonnance de non-conciliation autorisant les époux N... à suivre sur l'instance en divorce engagée respectivement par chacun d'eux et à résider séparément;

Que ces instances en divorce n'ont pas été suivies par les parties et ont été supprimées dès le mois de décembre 1920;

Attendu que les époux N... ne rapportent pas la preuve qu'un forfait ait été conclu avec C.., à concurrence d'une somme de 400 francs pour le paiement des soins et appareils dont s'agit et dont la valeur excédait manifestement ladite somme;

Attendu que N... reconnaît dans ses conclusions qu'il a bien été informé que les soins dont sa femme était l'objet dépasseraient notablement le chiffre de 400 francs et que, dans tous les cas, il n'a notifié à aucun moment à C... son refus de les autoriser et de les payer;

Que N... n'a pas ignoré le traitement prolongé suivi par sa femme au cabinet de C..., et cela bien avant le début de l'instance en divorce engagée et supprimée peu de mois après;

Attendu qu'aux termes de l'article 214 du Code civil, le mari est tenu de fournir à sa femme tout ce qui est nécessaire pour les besoins de la vie et spécialement de lui assurer les soins médicaux, selon ses facultés et son état;

Que les soins dentaires, au même titre que ceux-ci, constituent une charge du mariage aux termes de l'article 1409 du Code civil et que le mari, en tant que chef de la communauté, est tenu de leur paiement;

Que N... ne rapporte pas la preuve que ladite somme soit disproportionnée avec ses facultés et son état, ce dernier exerçant le commerce de fourreur au numéro 7 de la rue de Miromesnil où il occupe un loyer de 1.700 francs sans avoir à faire face à des charges de famille autres que l'entretien d'un enfant de douze ans;

Attendu que N... ne peut faire un grief à C... d'avoir appelé sa femme en la présente instance, à un moment où l'instance en divorce introduite par les époux N... était encore pendante;

Que toutefois ceux-ci ayant repris la vie commune depuis la fin de l'année 1920, il y a lieu de déclarer N... seul responsable vis-à-vis de C... en tant que chef de la communauté légale de biens existant entre lui et sa femme. »

Le Tribunal, faisant état de ce qu'aucune critique n'avait été adressée au dentiste au sujet des soins par lui donnés, rejeta la demande d'expertise et condamna N... au paiement de la totalité de la somme réclamée.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTE DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de déontologie et de médecine professionnelle, par le docteur E. MARTIN. Un vol., 344 pages. — Paris, Masson et Cie.

Manuel de législation sanitaire française, à l'usage des inspecteurs départementaux d'hygiène, des directeurs de bureaux d'hygiène, des médecins sanitaires maritimes, des délégués sanitaires et des médecins des épidémies, par MM. les docteurs VIOLLE et WIRAUX. Un vol., 253 pages. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Mardi dernier, le professeur Pittaluga (de Madrid) a obtenu le plus vif succès et justement mérité pour la savante leçon qu'il a faite dans le grand amphithéâtre de la Faculté sur les « hémo-dystrophies ».

Si l'on n'avait connu le nom de l'orateur, on aurait pu croire entendre un maître français, telle était la facilité d'expression de l'orateur et la clarté avec laquelle il exposait les faits. Le sujet choisi était des plus intéressants et les idées exprimées de grande valeur.

D'ailleurs, le professeur Pittaluga est, on le sait, passé maître dans les questions hématologiques.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour cinq places d'interne en médecine titulaire, et la désignation d'internes provisoires, des asiles publics d'aliénés de la Seine, et de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police, s'ouvrira à Paris, le lundi 9 avril 1923. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service du département, deuxième bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h., et de 14 à 17 h., du 5 au 24 mars 1923.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours d'internat de l'hôpital Saint-Joseph s'ouvrira le 5 mars prochain pour la nomination de sept internes titulaires — dont un dans le service d'oto-rhino-laryngologie avec épreuves spéciales — et de plusieurs internes provisoires.

Pour les inscriptions et tous renseignements, écrire avant le 25 février à M. l'administrateur délégué de l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (XIVe).

LE CENTENAIRE DE PASTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BARCELONE. — La Faculté de médecine de Barcelone vient de célébrer le centenaire de Pasteur avec l'éclat grandiose que savent donner nos amis de Catalogne à leurs fêtes.

Au cours de la cérémonie, présidée par le président de la Mancomunidad, assisté du marquis d'Alella, du Consul de France, du docteur A. Pettit, représentant l'Institut Pasteur, et de M. Bertrand, directeur de l'Institut français, deux remarquables discours furent prononcés en français par l'illustre doyen Martinez Vargaz, sénateur du royaume et le savant professeur P. Sunyer qui surent rappeler la vie et l'œuvre de Pasteur et son importance capitale en médecine. Le docteur Pettit les remercia au nom de la France et de l'Institut Pasteur et des projections très réussies terminèrent cette mémorable cérémonie.

EN ARGENTINE. — Le centenaire de Pasteur a été célébré avec un grand éclat à l'Université de Buenos-Aires et à l'Académie de médecine. Le doyen Jose Arce prononça un remarquable discours; une adresse de sympathie fut envoyée à l'Académie de médecine de Paris, et les docteurs Perez, Lignières et Segura furent désignés pour représenter l'Académie aux fêtes qui auront lieu en France au début de juin.

MONTEVIDEO. — En présence du président de la République, du corps diplomatique et des corps savants, a été posée la première pierre du monument qui sera élevé à la mémoire de Pasteur dans la cour de l'Ecole vétérinaire. Le discours fut prononcé par le docteur Bauza.

Une autre cérémonie eut lieu à l'hôpital Perara Rossell en présence des étudiants en médecine, et des discours furent prononcés par les docteurs Morquis, Bonaba, de Salterain et Zerbine.

COURS DE PHYSIOLOGIE. (Professeur : M. Charles Richet.) — M. Charles Richet, membre de l'Institut, professeur, commencera le cours de physiologie le jeudi 15 février 1923, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : L'œuvre de Pasteur pendant le mois de

février 1923. — Physiologie de la nutrition pendant les mois de mars, avril et mai 1923.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le lundi 12 février, à 10 h., amphithéâtre de l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), sur « Obsessions et délire » (présentations de malades), et le jeudi 15 février, à 16 h., grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Les impulsions (*fin*). Anxiété pure. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RELEVÉ DES CERTIFICATS DE MÉDECINS EXEMPTS DE TIMBRE

Pour le praticien, rien de plus délicat à résoudre que la question des certificats, rien qui risque davantage de lui valoir les pires ennuis. Dans quels cas peut-on faire un certificat sur papier libre, et dans quel autre s'expose-t-on, en agissant ainsi, aux rigueurs de la loi? C'est ce qu'il était, jusqu'à présent, impossible de savoir, la très grande majorité des listes publiées par les Syndicats ou par les Traités spéciaux paraissant incomplètes, ou n'étant plus au jour.

Grâce à l'amabilité de M. le docteur DUVOIR, professeur agrégé de médecine légale, médecin des hôpitaux, nous sommes à même de donner à nos fidèles lecteurs la liste suivante, émanant d'une personne très haut placée et particulièrement qualifiée pour fournir, à ce sujet, tous renseignements officiels.

Certificats délivrés par les médecins sur la réquisition des agents de l'autorité administrative ou judiciaire ou de la force armée. (Loi du 13 brumaire, an VII, art. 16.)

Certificats délivrés sur la demande de particuliers lorsque ces particuliers se munissent au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits. (Loi du 13 brumaire, an VII, art. 16.)

Certificats de maladie, de guérison ou d'infirmité et tous certificats faits en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. (Art. 29 de cette loi.)

Certificats délivrés aux fonctionnaires par un médecin assermenté.

Certificats délivrés par les médecins assermentés ou non, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat. (Loi du 29 mars 1897, art. 4.)

Certificats ayant pour objet le service de l'assistance aux familles nombreuses. (Loi du 14 juillet 1913, art. 6 et 10.)

Certificats relatifs au service de l'assistance médicale gratuite. (Loi du 15 juillet 1893, art. 32.)

Certificats ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources. (Loi du 14 juillet 1905, art. 30 et 38.)

Certificats relatifs au service des enfants assistés, des enfants maltraités ou moralement abandonnés. (Lois des 24 juillet 1889, art. 17, 21 et 23; 27 juin 1904, art. 54, et 28 juin 1904, art. 2.)

Certificats ou attestations fournis aux compagnies d'assurances par leurs médecins spéciaux, sauf si, d'après la police, ces certificats constituent un titre opposable à l'assuré.

Certificats relatifs à l'exécution de la loi du 11 juillet 1868, portant création de deux caisses d'assurances, l'une en cas de décès et l'autre en cas d'accidents résultant des travaux agricoles et industriels. (Art. 19 de cette loi.)

Certificats relatifs à l'exécution des lois des 18 juin 1850 et 20 juillet 1886 sur la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse. (Lois des 18 juin 1850, art. 11, et 21 juillet 1886, art. 24.)

Certificats relatifs aux procédures visées par les articles 13, 14, 26 et 27 de la loi du 29 juin 1894, sur les caisses de secours et de retraite des ouvriers mineurs.

Certificats concernant l'exécution de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes. (Loi du 5 avril 1910 et décret du 25 mars 1911.)

Certificats délivrés par les médecins des hôpitaux aux malades qu'ils ont soignés.

Certificats délivrés à un militaire par un médecin civil pour obtenir une prolongation de congé ou une saison aux eaux thermales. (Loi du 13 brumaire, an VII, art. 16.)

Certificats pour constater la maladie de réservistes appelés pour une période d'instruction. (Loi du 13 brumaire, an VII, art. 16.)

Certificats relatifs à l'exécution des lois du 21 avril 1898 et du 29 décembre 1905 ayant pour objet la création d'une caisse de prévoyance entre les marins français contre les risques et accidents de leur profession. (Lois des 21 avril 1898, art. 27, et 29 décembre 1905, art. 26.)

Permis d'inhumer prescrits par l'article 77 du Code civil.

Certificats ayant exclusivement pour objet la protection des pupilles de la Nation. (Loi du 27 juillet 1917, art. 31.)

Certificats faits pour l'exécution des articles 22 et 28 de la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée. (Loi du 7 août 1913, art. 48.)

Certificats délivrés aux membres participants des sociétés de secours mutuels régulièrement approuvées. (Loi du 1er avril 1898, art. 19.)

Certificats délivrés aux consommateurs privilégiés (malades et enfants) pour l'exécution des dispositions réglementaires relatives au ravitaillement de la population.

Certificats pour justifier l'absence des enfants de l'Ecole primaire ou pour obtenir leur réintégration. (Loi du 13 brumaire, an VII, art. 16.)

Certificats délivrés aux témoins cités dans une instance criminelle.

Certificats d'aptitude des nourrices. (Loi du 23 décembre 1874.)

Certificats rédigés en exécution de la loi du 12 juin 1893 sur la sécurité des travailleurs. (Art. 11 de cette loi.)

Certificats d'aptitude physique pour le travail des enfants dans les établissements industriels. (Loi du 2 novembre 1892, art. 2.)

Certificats de vaccination ou de revaccination prescrits par la loi du 15 février 1902. (Loi du 13 brumaire, an VII, art. 16, n° 1.)

Certificats de revaccination prescrits par le ministre de l'Instruction publique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 12 AU 17 FÉVRIER 1923)

THÈSES

Jeudi 15 février. — Jury : MM. Achard, président; Carnot, Claude et Guillain. — M. MIGNAC (F.). La claudication intermittente gastrique. — M. DELAMARE (André). Des ulcères du tube digestif. — M PECH (Henri). La gastrite phlegmoneuse. — M. PERRUSSEL (Georges). L'homicide altruiste des persécutés. — M. ADAM (Emile). Le freudisme.

Jury : MM de Lapersonne, président; J.-L. Faure, Brindeau et Schwartz. — Mlle JOLTROIS (Micheline). L'ionisation en thérapeutique oculaire. — Mme ERNST (Suzanne). Les métrorragies de l'adolescence. — M. ADRIAN (Maurice). Les chamberlen.

NOTRE TRIADE HYPNOTIQUE, ANALGÉSIQUE, ANTISPASMODIQUE



DIAL

(Diallylmalonylurée)

INSOMNIE NERVEUSE

EXCITABILITÉ, ANXIÉTÉ, ÉMOTIVITÉ
HYPERESTHÉSIE SENSORIELLE
TOXICOMANIES



DIDIAL

(Diallylbarbiturate d'éthylmorphine)

INSOMNIE-DOULEUR

TRAUMATISMES, CALMANT PRÉ-ANESTHÉSIQUE
AGITATION PSYCHIQUE, ALGIES
CANCERS DOULOUREUX

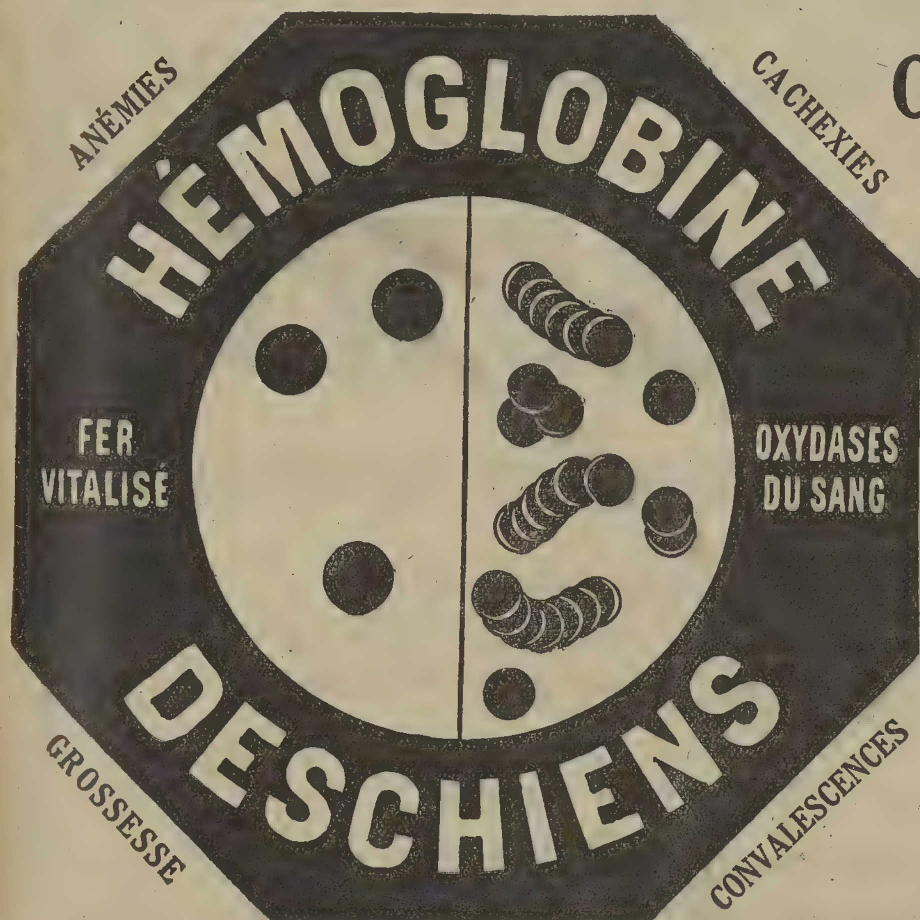
DIALACÉTINE

(Diallylmalonylurée + Ether allylparacétaminophénolique)

ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE

SPASMOPHILIE, NÉVROSES FONCTIONNELLES
NÉVRALGIES, MIGRAINE, LUMBAGO
AFFECTIONS AIGUES

Échantillons : LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, Ph^cien^. 1, Place Morand, LYON.



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP DE

DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES

Syndromes Anémiques
et des
Déchéances organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e).



REVUE GÉNÉRALE

LES ŒDÈMES PULMONAIRES

DES CARDIO-RÉNAUX (1)

Par le docteur ANDRÉ JACQUELIN,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Pathogénie. — La pathogénie des œdèmes pulmonaires a été et est encore très discutée, ce qui tient à l'état pathologique complexe des cardio-rénaux qui en sont atteints. Il s'agit, en effet, le plus souvent de polyscléreux âgés, chez qui des influences presque toujours multiples ont lésé à des degrés divers les reins, l'aorte et le système artériel, le myocarde, les poumons.

Nous allons examiner successivement le rôle de ces divers troubles, tout d'abord pour la production de l'œdème aigu, puis pour celle de l'œdème chronique.

1° LÉSIONS RÉNALES. — Lasègue, Germain Sée avaient déjà établi l'origine rénale de certains œdèmes pulmonaires et Dieulafoy, reprenant l'étude du grand œdème aigu, avait remarqué que cet accident complique plus volontiers les néphrites chroniques interstitielles n'entraînant pas d'œdèmes périphériques notables.

Mais ce sont seulement les travaux de Widal, Lemierre, A. Weill, Pasteur Vallery-Radot sur les néphrites qui, en dissociant leurs différents syndromes chlorurémique, hypertensif azotémique, permirent l'étude précise de la pathogénie rénale de l'œdème pulmonaire aigu :

a. La *chlorurémie* a semblé jouer un rôle pour les raisons suivantes :

1. Il existe une certaine analogie entre les œdèmes pulmonaires et périphériques ; or, l'influence de la rétention chlorurée sur ces derniers est certaine.

2. On a pu provoquer l'œdème pulmonaire aigu par divers procédés de chloruration expérimentale : alimentation abondamment chlorurée, injections sous-cutanées de solutions chlorurées isotoniques (Achard, Loeper, Laubry, Bergé), injections intraveineuses chlorurées isotoniques (Delamare et Descazals, Pozzi) ou hypertoniques (Hallion et Carrion).

3. La cure de déchloruration diminue l'intensité de l'œdème aigu chez les cardiaques subasystoliques, tandis que la chloruration l'exagère (Vaquez et Digne).

4. La notion des chlorurémies sèches, sans œdèmes (Ambard et Beaujard) montre que les rétentions de NaCl peuvent être en cause, même dans les néphrites en apparence purement hypertensives avec ou sans azotémie (au cours desquelles le grand œdème aigu du poumon s'observe avec le plus de fréquence), et l'on a récemment constaté l'hyperchloruration du sang des brightiques en imminence de cette complication (A. Weil).

A tous ces arguments, on peut répondre que la chlorurémie est un syndrome, en réalité, très complexe qui dépend non seulement des reins, mais du cœur, et, en tous les cas, retentit puissamment sur ce dernier (Vaquez et Digne). Il semble, au contraire, que dans les néphrites chlorurémiques pures, sans hypertension et sans défaillance cardiaque, l'œdème pulmonaire ne s'observe pas (A. Jacquelin). La chlorurémie d'origine rénale lui constitue donc une cause prédisposante, mais non efficiente.

b. L'*azotémie* ne paraît influer sur l'œdème pulmonaire pas plus que sur aucune des manifestations broncho-pulmonaires organiques des cardio-rénaux.

c. L'*hypertension* a un rôle beaucoup plus important sur lequel ont insisté Widal, Vaquez, Gallavardin. Nous n'avons pas à reprendre ici l'étude pathogénique de ce syndrome, mais rappelons qu'à côté de l'imperméabilité rénale des néphrites chroniques, on a incriminé, à son origine, une hyperépinéphrie (Bouchard et Claude), soit dépendant de la néphrite chronique elle-même (Gouget), soit isolée (Josué et Bloch, Hallion et Nepper, Cavina).

On a confirmé cet élément d'hyperépinéphrie dans la production de l'œdème aigu du poumon en s'appuyant sur des arguments :

1. *Expérimentaux* (Josué). — Les injections au lapin de grosses doses d'adrénaline produisent l'œdème aigu, les petites doses répétées, l'athérome. Il y aurait même, en dehors de l'adrénaline sécrétée par la zone médullaire de la surrénale, des substances hypertensives produites par sa couche corticale (Josué et Bloch).

2. *Cliniques* (fréquence de l'athérome et de l'hypertension, chez les cardio-rénaux atteints d'œdème pulmonaire).

3. *Anatomiques* (développement anormal des cellules spongiocytaires de la couche médullaire (Sicard et Descamps) ou simplement hypertrophie globale des surrénales avec augmentation de leur poids).

Mais, on peut faire aux partisans de l'hypertension, cause essentielle de l'œdème aigu du poumon la même objection qu'à ceux qui attribuent ce rôle à la chlorurémie pure : des hypertensions extrêmement élevées peuvent n'entraîner, pendant des années, aucun accident d'œdème pulmonaire. Nous en conclurons donc que les troubles de la fonction rénale chez les brightiques ne peuvent, à eux seuls, déterminer l'œdème aigu du poumon.

2° TROUBLES CARDIAQUES. — Déjà les anciens auteurs avaient soutenu l'origine mécanique de cet accident (Welsch, Conheim, Frœntzel, Grossmann) incriminant tantôt une paralysie, tantôt un spasme du cœur ou de l'un de ses deux ventricules.

Cette théorie avait été rejetée, mais voici que la notion du syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, ébauchée dans l'œuvre de Huchard et surtout de P. Merklen (1908), dégagée par Lian (1910) et par Vaquez, a permis de rattacher à ce syndrome la production de l'œdème aigu.

De nombreux signes avant, pendant et après la crise d'œdème témoignent, comme nous l'avons vu, de cette insuffisance cardiaque ; nous ne ferons que rappeler le bruit de galop gauche, la tachycardie avec diminution de la T. A. différentielle, l'insuffisance mitrale fonctionnelle par dilatation, l'augmentation du volume du cœur à la radioscopie (Vaquez).

Gallavardin, en reprenant récemment l'étude du syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche (avril 1921) a montré combien il est aisé de comprendre l'apparition de l'œdème quand on réfléchit aux conditions normales de la circulation pulmonaire. Celle-ci, en effet, est comprise dans un circuit

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 10, p. 157.

entièrement clos, sans voies de dérivation, ce qui explique que, pour qu'il n'y ait ni anémie ni œdème pulmonaire, il faut que règlent exactement leur travail l'un sur l'autre, le ventricule droit fonctionnant comme une pompe foulante et le ventricule gauche comme une pompe aspirante ou d'assèchement.

Henderson et Prince ont pu expérimentalement étudier cette solidarité fonctionnelle des ventricules droit et gauche en faisant varier les pressions intraventriculaires et en étudiant parallèlement le débit. Ils ont vu qu'à une pression égale à la normale correspond un débit égal des deux ventricules; à une pression inférieure à la normale un débit supérieur du ventricule droit destiné à éviter l'anémie pulmonaire, et à une pression supérieure à la normale un début supérieur du ventricule gauche diminuant la congestion pulmonaire.

Ces constatations doivent être rapprochées de celles de Hallion et Nepper qui ont trouvé les pressions intraventriculaires augmentées dans l'œdème pulmonaire par intoxication adrénalinique expérimentale

Si une hypertension considérable fait fléchir la tonicité du ventricule gauche jusque-là sain, ou si une hypertension quoique faible augmente le travail du ventricule gauche déjà défaillant, ce dernier ne pourra plus assumer son rôle et laissera le poumon se congestionner. « Quelques verres de sang suffisent à noyer le poumon, alors que plusieurs litres de liquide peuvent trouver place dans le département de la grande circulation » (Gallavardin).

Dans certains cas c'est un coup d'hypertension paroxystique qui crée cette rupture d'équilibre, dans d'autres cas elle est due à une brusque diminution de la valeur fonctionnelle cardiaque par intoxication ou infection aiguë.

On peut donc à l'heure actuelle poser en principe que le grand œdème aigu dépend essentiellement d'une insuffisance ventriculaire gauche, soit parce que le myocarde s'épuise à lutter contre l'obstacle de l'hypertension, soit parce que cet obstacle s'élève.

Il reste d'ailleurs vraisemblable que des *influences secondaires* s'ajoutent à cette cause essentielle :

1° *Influences vaso-motrices* qui contribuent à expliquer la soudaineté de l'accès. Cette théorie angionévrotique déjà soutenue par Bouveret fut invoquée par Teissier (de Lyon) qui prouva en outre avec Guinard que d'autres facteurs doivent lui être ajoutés pour produire expérimentalement l'œdème : facteurs mécanique (ligature de l'aorte) et toxique (intoxication par le salicylate de méthyle). Enfin Huchard admit la possibilité d'un *réflexe à point de départ aortique* amenant la vaso-dilatation pulmonaire.

2° *Influences pulmonaires*. — Merklen avait déjà noté l'influence provocatrice des infections aiguës trachéobronchiques sur les manifestations respiratoires des cardio-rénaux. Bezançon, de Jong, et A. Jacquelin ont montré l'importance de la sclérose pulmonaire antérieure dans la pathogénie de ces manifestations, ce qui se conçoit quand on songe à l'aptitude fluxionnaire et à la riche vascularisation de ces zones de sclérose.

L'influence localisatrice de la sclérose pulmonaire sur l'œdème dépend en outre de la fréquence des congestions infectieuses pneumococciques se produisant au niveau de ces lésions chroniques du poumon. Et il est parfois difficile de faire le départ entre les causes mécaniques et infectieuses pouvant concourir à faire naître ou à aggraver la transsudation œdémateuse alvéolaire.

3° *Influences pleurales*. — L'évacuation d'un épanchement pleural, hydrothorax ou pleurésie, est, chez un brightique, la cause qui déclenche parfois l'œdème pulmonaire aigu. Aussi devra-t-on au cours de cette intervention effectuée sur de tels malades observer la plus grande prudence.

Œdèmes pulmonaires chroniques. — Chez les rénaux, les néphrites chroniques ou aiguës, même fortement chlorurémiques ne paraissent pas capables de réaliser l'œdème alvéolaire chronique avec son expectoration albumineuse (A. Jacquelin) comme elles réalisent les différents œdèmes périphériques. Pour que la transsudation œdémateuse ne se limite pas au tissu interstitiel pulmonaire et envahisse l'alvéole, il faut que le rénal soit devenu un cardio-rénal.

On retrouve donc pour ces œdèmes pulmonaires chroniques la notion d'insuffisance cardiaque qui dominait le grand œdème pulmonaire aigu. « Aux troubles cardiaques légers des rénaux correspondent les petits œdèmes pulmonaires, aux troubles graves les grands œdèmes, à la subasystolie lente, les œdèmes chroniques et au fléchissement cardiaque brusque les œdèmes aigus. » (A. Jacquelin.)

Cette pathogénie cardiaque des œdèmes pulmonaires des rénaux est d'autant plus importante à retenir que chez ces malades la résistance du cœur commande en grande partie le pronostic et qu'il faut en rechercher tous les signes révélateurs,

Josué et Parturier avaient souligné le rôle de la décompensation cardiaque dans la production ou l'aggravation de certains syndromes chlorurémiques ou azotémiques, par oligurie. Carnot et Rathery sont revenus sur la nécessité de l'hypertension liée à l'hypertrophie ventriculaire gauche pour maintenir à un taux suffisant le débit rénal des néphritiques.

Mais quoique ce rôle du cœur soit essentiel à l'origine des œdèmes pulmonaires des rénaux il faudra se souvenir qu'à titre plus accessoire, d'autres troubles ajoutent leur action pour rendre infiniment complexe la pathogénie de cette affection.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. Ambard et Beaujard. La rétention chlorurée sèche, *Semaine méd.*, 1905, t. XXV, p. 133.
2. L. Ambard. *Physiologie normale et pathologique des reins*, Paris 1920, 2e édition, p. 283.
3. Amblard. La tension artérielle dans l'œdème aigu du poumon, *Presse méd.*, 12 août 1911; — *Paris méd.*, 22 mai 1920.
4. Babonneix et Vigot. Sur un cas anormal d'œdème pulmonaire aigu, *Gaz. des hôpit.*, 24 fév. 1914, p. 365.
5. F. Bezançon et S. I. de Jong. *Traité de l'examen des crachats*, Paris, 1913, p. 217, et planche II, fig. 5.
6. F. Bezançon et S. I. de Jong. Bronchites albuminuriques et catarrhes pituiteux, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 oct. 1910.
7. F. Bezançon, S. I. de Jong et André Jacquelin. Types cliniques et facteurs principaux de la dyspnée des cardio-rénaux : l'asthme cardiaque, *Presse méd.*, 1921, n° 38.
8. Ch. Bouchard et A. Desgrez. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1900, t. II, p. 237-242.
9. Carnot et Rathery. L'hypertension obligatoire des néphro et des artérioscléreux, *Paris méd.*, 1921, n° 39, p. 221.
10. G. Caussade et R. Logre. Œdèmes brightiques infectés par le pneumocoque. Evolution sans fièvre, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1912, p. 173.

11. CAVINA. Pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu produit par l'adrénaline, *Arch. des sciences méd.*, 1912.
12. A. CHAUFFARD et L. LŒDERICH. *Nouveau Traité de médecine* Gilbert et Thoinot, MALADIES DES REINS, 1921, p. 280.
13. CHÉMERY. Pathologie de l'œdème aigu du poumon, *Tribune méd.*, 1909.
14. G. DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, 14e édition, t. I, p. 287.
15. L. GALLAVARDIN. *La Tension artérielle en clinique*, Paris 1920, p. 338, 339 et 588 à 593.
16. L. GALLAVARDIN. Syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 août 1921, n° 39, p. 1129.
17. Germain SÉE. *Les Maladies simples du poumon*, p. 356.
18. GOUGET. *Presse méd.*, 16 nov. 1907.
19. HALLION et CARRION. Contribution expérimentale à la pathogénie de l'œdème, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1899, p. 150.
20. HALLION et NEPPER. Recherches expérimentales sur les effets circulatoires et sur les accidents d'œdème aigu produits dans le poumon par l'adrénaline, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov. 1911.
21. HENDERSON et PRINCE Ondées systoliques relatives du ventricule droit et gauche et leur action pour éviter la congestion et l'anémie du poumon, *Heart*, mai 1914, p. 217.
22. HUTINEL. *Bull. méd.*, 29 janv. 1910, p. 95.
23. A. JACQUELIN. Contribution à l'étude clinique et pathogénique des manifestations broncho-pulmonaires des rénaux et des cardio-rénaux, *Th. de Paris*, 1922.
24. O. JOSUÉ et L. BLOCH. Œdème aigu du poumon expérimental par injection intraveineuse d'extrait de couche corticale de capsules surrénales, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1905, p. 55.
25. O. JOSUÉ et M. PARTURIER. De l'insuffisance rénale des cardiaques asystoliques; les faux cardio-rénaux, *Journ. méd. franç.*, juillet 1918, n° 3, p. 118; — *Les Cardio-rénaux. Etude théorique et pratique*, Paris 1921.
26. KOTOWSCHTCHIKOW. Sur les modifications de l'appareil circulatoire dans l'œdème aigu du poumon, *Zeit. f. exp. Path. und Ther.*, 1913, t. XIII.
27. A. LAFFITTE. *Traité de médecine*, MALADIES DES REINS, 1909, p. 545.
28. LASÈGUE. *Etudes médicales*, 1884, t. II, leçon X, p. 513.
29. LIAN. De la tachycardie par hypertension (syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche), *Progrès méd.*, 22 nov. 1913; — Le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, *Gaz. des hôpit.*, 13 déc. 1913.
30. Pierre MERKLEN. *Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur*, Paris 1908, p. 302, 341, 356.
31. H. MÉRY et L. BABONNEIX. *Traité de médecine* Brouardel, Gilbert et Thoinot, MALADIES DES BRONCHES ET DES POUMONS, 1910, p. 743.
32. MÉRY et BABONNEIX. Œdème aigu du poumon, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, août 1907.
33. M. NATHAN. Brightisme et tuberculose pulmonaire, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, déc. 1917, p. 1323.
34. M. NATHAN. Brightisme et état antérieur, *Presse méd.*, 20 mars 1919, n° 16.
35. NOBÉCOURT et MILHIT. Les troubles cardio-vasculaires dans la scarlatine, *Paris méd.*, 18 juillet 1914.
36. PASTEUR VALLERY-RADOT. Etudes sur le fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques, *Th. de Paris*, 1918.
37. H. ROGER. Quelques considérations sur les fonctions des poumons, *Presse méd.*, 5 oct. 1921, p. 793.
38. H. VAQUEZ. L'hypertension, rapport au *Congrès franç. de méd.*, 1904, et *Tribune méd.*, 1904, 2e série, t. XXVI, p. 85 et 677.
39. H. VAQUEZ et DIGNE. De l'asystolie survenant au repos. Rôle de la rétention chlorurée dans la pathogénie de l'insuffisance cardiaque, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1905, p. 561; — La cure de déchloruration au cours des maladies du cœur, *Tribune méd.*, 19 août 1905, p. 517.
40. H. VAQUEZ. *Nouveau Traité de médecine* Gilbert et Carnot, MALADIES DU CŒUR, Paris 1921, p. 683 (1).
41. André WEIL. L'azotémie au cours des néphrites chroniques, *Th. de Paris*, 1912-1913.
42. F. WIDAL. Les grands syndromes du mal de Bright, *Journ. méd. franç.*, 15 janv. 1911, n° 1, p. 22.
43. F. WIDAL et A. JAVAL. *La Cure de déchloruration dans le mal de Bright*, 1913, 2e édition, p. 35.
44. F. WIDAL et LEMIERRE. Pathogénie de certains œdèmes brightiques; action du chlorure de sodium ingéré, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1903, p. 678 (1).

ACTUALITÉS

LA MALADIE DE LITTLE

Je retrouve, dans mes notes, une leçon faite à Nantes, en 1898, sur la maladie de Little, par le professeur Mirallié qui nous donnait la position de la question telle qu'on la comprenait à cette époque. Vers 1860, Little attira l'attention sur les faits suivants : Un enfant né avant terme, en état de mort apparente, à la suite d'un accouchement difficile, présente de la contracture généralisée, mais prédominant beaucoup aux membres inférieurs ; la sensibilité est bien conservée ; les sphincters sont intacts ; le plus souvent, il existe des troubles intellectuels ; la maladie a une tendance à l'amélioration. Quelques années plus tard, Charcot, décrivant le tabes dorsal spasmodique, en distingue une forme chez l'adulte et une forme chez le nouveau-né. Puis, Marie décrit le tabes dorsal spasmodique infantile en le nommant maladie de Little. Deux théories sont alors proposées par les neurologistes pour expliquer cette curieuse affection. Marie, van Gehuchten acceptent la maladie de Little comme entité morbide. La pathogénie serait celle-ci : les faisceaux pyramidaux amènent de l'écorce cérébrale, chez les sujets normaux, un influx modérateur destiné à la substance grise de la moelle ; que cette voie de transmission (faisceaux pyramidaux) soit supprimée, les cellules de l'écorce ne pouvant plus modérer l'excitation médullaire, la contracture apparaîtra ; tel est le cas des enfants atteints de maladie de Little, dont la lésion est un défaut de développement des faisceaux pyramidaux ; les faisceaux ne sont qu'au début de leur développement au septième mois de la vie intra-utérine ; si l'enfant naît avant terme, le faisceau pyramidal n'est pas encore formé ; donc contracture. Peu à peu, après la naissance, le faisceau pyramidal prend un certain développement, très lent, et jamais ce faisceau ne peut devenir aussi parfait qu'à l'état normal ; ainsi s'explique que dans la maladie de Little, les troubles moteurs puissent s'améliorer spontanément.

Mais, Freud, Raymond n'admettent pas la maladie de Little comme entité morbide ; on peut trouver, disent-ils, dans le grand groupe des diplégies cérébrales infantiles (Freud), des affections spasmo-paralytiques infantiles (Raymond), des formes de transition ayant des caractères communs ; Raymond distinguait plusieurs variétés cliniques, types différents d'un seul groupe à lésions toujours cérébrales. C'est la théorie uniciste. En nous signalant ces deux théories, Mirallié concluait qu'il était presque impossible de prendre parti pour l'une ou l'autre. Depuis vingt-cinq ans, de nombreux travaux ont été publiés sur ces questions difficiles ; aujourd'hui, une doctrine paraît définitivement établie. La

(1) Ne pouvant citer toute l'importante bibliographie de la question, nous avons mentionné surtout les travaux récents. On trouvera un certain nombre d'autres citations dans le *Traité des maladies du cœur* de H. VAQUEZ, p. 707.

théorie dualiste a vécu ; Hutinel et Babonneix (1) qui ont donné, en 1909, une étude qui marque une date dans l'histoire de la neurologie infantile, adoptent absolument la théorie de Freud : la maladie de Little ne se différencie en rien des autres diplégies cérébrales. Tout récemment, Babonneix et Voisin (2) ont exposé la question des encéphalopathies infantiles en s'inspirant des mêmes idées. De leur article, très clair et très clinique, nous résumerons ce qui se rapporte à la maladie de Little.

Les causes de rigidité congénitale sont assez nombreuses. L'alcoolisme, les infections des parents ont un rôle important ; parmi ces infections, la première place revient à la syphilis, qui est très souvent la cause de l'accouchement avant terme; certains Little sont porteurs de stigmates indiscutables d'hérédosyphilis et d'autres ont une réaction de Wassermann positive ; on a parfois trouvé aux autopsies des lésions spécifiques de méningo-vascularite. Les infections, les intoxications, les traumatismes, au cours de la grossesse, pourront parfois être invoqués.

Les causes qui agissent au moment de l'accouchement doivent être mises en évidence ; toutes les difficultés obstétricales, tous les cas de travail prolongé avec asphyxie consécutive peuvent avoir pour conséquence, la maladie de Little. Dans tous ces cas, le cerveau de l'enfant est soumis à un traumatisme, à une forte compression qui déterminent des ruptures vasculaires.

Enfin, après la naissance, les infections diverses, les encéphalites aiguës (Comby), survenant avant le cinquième mois, pourront provoquer des lésions cérébrales. De ces causes, il faut donc retenir l'hérédosyphilis, les traumatismes de l'accouchement et les infections des premiers mois de la vie (3).

Au point de vue anatomo-pathologique, on sait que la maladie de Little est toujours liée à des lésions organiques de l'encéphale ; mais le siège de ces lésions peut se trouver au faisceau pyramidal (théorie classique) ou au corps strié (Vogt). Les lésions classiques intéressent les régions motrices du cerveau, surtout lobules paracentraux et fibres qui en émanent. Elles sont d'aspect variable : sclérose atrophique, porencéphalie, microcéphalie, lésions vasculaires ; au microscope, altérations cellulaires de l'écorce rolandique, sclérose légère ou dense du faisceau pyramidal, celle-ci consécutive à celles-là. Selon le siège des lésions initiales, leur étendue, l'époque de leur apparition, l'existence ou l'absence de processus de réparation, la maladie sera grave ou bénigne, s'accompagnera ou non d'autres symptômes d'ordre cérébral, sera ou non susceptible d'amélioration (Long, Landry). Mais, dans quelques cas, les lésions ne siègent pas au faisceau pyramidal ; elles se cantonnent au corps strié ; c'est une réduction de volume avec aspect marbré du striatum, une dégénération des fibres strio-pallidales et pallido-thalamiques (O. et C. Vogt).

Cliniquement, le tableau de la maladie de Little n'est pas toujours le même. On en décrit une forme pure (Brissaud, Le Meignen), caractérisée uniquement par la contracture ; c'est la rigidité congénitale ; dès les premiers mois après la naissance, les parents s'aperçoivent que l'enfant a les membres raides ; aux premières tentatives de marche, la contracture devient encore plus nette. A la période d'état, contracture prédominant sur les membres inférieurs, atteignant toujours plus ou moins les membres supérieurs, très fréquemment la face. Ces contractures ne s'accompagnent pas d'atrophie musculaire ; mais il existe parfois des phénomènes paralytiques, occupant une place assez effacée, frappant certains groupes musculaires.

Les réflexes tendineux sont exagérés, le signe de Babinski, constant ; la trépidation spinale est fréquente, les réflexes cutanés, abolis. Les réactions électriques sont normales ; pas de troubles de la sensibilité. On observe souvent, aux membres inférieurs, quelques troubles vasomoteurs : cyanose locale avec sensation de froid ou d'engourdissement. Dans cette forme pure, les troubles intellectuels sont infiniment peu accusés.

Babonneix et Voisin remarquent que, si cette forme pure se prête merveilleusement à la description, le malheur est qu'on ne l'observe jamais. En réalité, l'hypertonie du type pyramidal ne reste jamais isolée ; il s'y adjoint toujours divers symptômes ; souvent ce sont des mouvements involontaires, chorée ou athétose, tremblements, secousses musculaires ; quelquefois, l'enfant a des convulsions et il peut présenter des crises d'épilepsies plus ou moins typiques ; enfin les troubles intellectuels ne sont pas rares, le plus habituellement, il s'agit de troubles légers (instabilité, bizarrerie, faiblesse à l'attention), mais les troubles peuvent être plus graves, allant jusqu'à l'idiotie (1).

Quand ces phénomènes surajoutés sont intenses, la différenciation entre la maladie de Little et les diplégies cérébrales devient à peu près impossible.

A cette forme grave de la maladie de Little, s'opposent les formes atténuées : contracture généralisée mais légère, contracture prédominant sur un côté du corps ou sur un membre, forme pseudobulbaire. Quant aux formes ressortissant peut-être à un syndrome strié, Mme C. Vogt en distingue deux : rigidité simple congénitale et régressive, sans symptômes d'ordre pyramidal ; rigidité générale avec athétose terminale progressive.

La maladie de Little affecte une allure chronique ; dans un certain nombre de cas, elle présente une tendance spontanée plus ou moins nette à la régression. L'amélioration est surtout manifeste à la face et aux membres supérieurs ; aux membres inférieurs, il persiste toujours une légère raideur, compatible d'ailleurs avec la marche. Dans d'autres cas, la contracture est telle que la marche et même la station verticale sont absolument impossibles. Le pronostic fonctionnel est donc assez sévère ; il l'est d'autant plus que les troubles intellectuels sont plus marqués.

---

(1) *Les Maladies des enfants*, t. V, Paris, 1909, Asselin et Houzeau.

(2) Encéphalopathies infantiles, t. XXV, PÉDIATRIE du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*.

(3) On retrouve ces trois causes dans toute la neurologie infantile. L'hérédosyphilis n'explique pas tout. Le professeur Pierre Marie a bien montré qu'on faisait souvent la part trop grande à l'hérédosyphilis, qu'on allait jusqu'à la rechercher chez les grands-pères et arriere-grands-pères. En considérant, sans autre forme de procès, comme de nature hérédosyphilitique, toutes les affections nerveuses de l'enfance, on fait une application outrancière d'une notion exacte. (Pierre MARIE. De quelques néosuperstitions médicales, *Progrès méd.*, 14 déc. 1922.)

(1) J'ai vu un enfant présentant un syndrome de Little assez peu accentué ; il avait des mouvements athétosiques aux membres supérieurs, des secousses musculaires à la face ; quant à ses troubles intellectuels, ils étaient au maximum, idiotie complète.

Le traitement de la maladie de Little confirmée se réduisant à peu de chose, il importe surtout d'en faire le traitement préventif. Attention à la syphilis des procréateurs ; traitement de la femme enceinte syphilitique; interventions faites en temps utile dans les accouchements difficiles ; en somme, c'est tout le programme de la puériculture avant la naissance et au moment de la venue au monde. Lorsqu'un enfant naît en état d'asphyxie à la suite d'un accouchement long et laborieux, lorsque, dans les heures qui suivent, il présente des contractures, Hutinel et Babonneix conseillent de lui faire une ponction lombaire pour diminuer la compression qu'exerce l'hémorragie cérébro-méningée sur les centres sous-jacents et empêcher ainsi l'apparition ultérieure d'une maladie de Little.

Contre la maladie confirmée, on essaiera l'administration prolongée des bromures, les bains tièdes, les massages, la rééducation motrice. Un traitement chirurgical et orthopédique a parfois ses indications. Quant au traitement spécifique, il a pu donner quelques résultats, mais est impuissant dans bien des cas, alors même qu'il s'agit d'une maladie de Little chez un hérédosyphilitique. On ne saurait donc trop insister sur la thérapeutique préventive de l'hérédosyphilis par le traitement énergique de la syphilis acquise. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1923)

Prophylaxie de la rougeole par le sérum des convalescents. — MM. H. MÉRY, P. GASTINEL et P. JOANNON font une communication sur l'emploi du sérum des convalescents de rougeole dans la prophylaxie de cette maladie. Ils rapportent, en particulier, les résultats remarquables obtenus à l'asile des convalescents de Médan, confirmant ceux qui avaient été obtenus par les divers auteurs qui ont préconisé cette méthode. Elle a permis, à deux reprises, en juillet 1922 et en décembre 1922, d'arrêter le développement d'une épidémie de rougeole à Médan.

La valeur de cette sérothérapie est précieuse quand on sait les ravages faits antérieurement par la rougeole entrant pour moitié dans la mortalité totale de la fondation.

Les auteurs précisent les conditions d'application de la méthode : doses (de 2 à 4 centimètres cubes), moment d'injection (première moitié de l'incubation); ils insistent sur la nécessité de réserver cette sérothérapie, aux pouponnières, crèches, enfants débiles, services hospitaliers et sur l'urgence de l'organisation de dépôts de sérums de convalescents offrant toutes les garanties désirables.

Syndrome constitué par l'apparition de poussées fébriles et de manifestations articulaires d'origine protémique. — M. F. BEZANÇON rapporte deux observations intéressantes.

La première de ces observations rapportée avec M. André JACQUELIN a trait à un malade entré dans le service pour de la fièvre, de la diarrhée, des manifestations articulaires cédant à la diète et reparaissant après chaque ingestion de viande.

Ces manifestations étaient empêchées par l'absorption, une heure avant le repas, d'un cachet de peptone.

L'intérêt de l'observation tient, d'une part, au passé rhumatismal du malade, l'affection ancienne constituant une reprise sur laquelle se sont greffés les phénomènes humoraux et, d'autre part, à ce qu'il avait subi une gastro-entérostomie rendant incomplète la digestion des albumines.

La deuxième observation rapportée avec MM. Mathieu PIERRE-WEIL et L. DE GENNES est celle d'un ancien goutteux, porteur d'une pleurésie chronique et intarissable. Chaque ponction détermine chez lui l'apparition de fièvre et d'arthralgie susceptibles de revêtir l'aspect typique de l'accès de goutte.

Pour faire la preuve que ces accidents étaient bien liés à la résorption du liquide pleural, on pratiqua, chez le malade, l'injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de ce liquide.

Cette injection déclancha l'apparition d'une véritable maladie fébrile, caractérisée par frissons, fièvre, arthralgies, troubles digestifs précédés par des phénomènes de choc et terminés, après trois semaines d'évolution, par un accès de goutte typique.

La cuti-réaction au liquide pleural déterminait l'apparition d'un véritable placard urticarien.

Somme toute, il s'agit d'une véritable maladie sérique.

Il est intéressant de montrer l'intervention presque expérimentale de l'inoculation protémique dans l'apparition de telles manifestations articulaires susceptibles de revêtir l'aspect clinique de la goutte.

M. HAYEM a observé plusieurs cas analogues.

Un adjuvant physiologique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. TUFFIER fait un rapport sur une communication de M. Knopf (de New-York). On admet généralement que l'immobilisation d'un organe atteint de tuberculose en facilite la guérison. C'est le principe du pneumo-thorax artificiel et de certaines thoracoplasties. En provoquant la réduction du nombre des respirations par minute, en les réduisant, par exemple, à cinq pendant un certain temps, en favorisant la respiration diaphragmatique qui permettent l'immobilisation relative des côtes supérieures et des sommets des poumons, on réalise une certaine immobilisation de la partie du poumon lésée et on exerce ainsi une action favorable sur la marche de la maladie. On diminue aussi le nombre des battements du cœur, ce qui peut être utile dans certains cas de tachycardie, souvent observée dans la tuberculose pulmonaire.

M. Tuffier estime qu'il y a intérêt à faire connaître ces faits, car les observations publiées par M. Knopf sont très encourageantes.

La nourricerie du département du Rhône. — M. COMMANDEUR (de Lyon) fait une intéressante communication dans laquelle il fait connaître les résultats très démonstratifs qui ont été obtenus dans cette nourricerie de Lyon. Pour deux années de fonctionnement, on ne compta, sur 166 enfants, que 6 décès. Le sevrage est pratiqué généralement du cinquième au septième mois. On recueille aussi, à la nourricerie, les enfants abandonnés : ils sont nourris d'abord au sein, par une mère dont l'enfant, de trois à quatre mois, peut recevoir l'allaitement mixte : après quelques semaines, ils reçoivent l'allaitement mixte. Il y a eu 7 décès sur 53 enfants assistés. Six mois suffisent souvent à obtenir de bons résultats. Un seul enfant a succombé quatre mois et demi après sa sortie.

M. PINARD reconnaît les louables efforts réalisés à Lyon, mais l'idéal, pour lui, serait qu'il n'y eût plus d'enfants abandonnés.

M. WALLICH pense que les mesures prises à la nourricerie de Lyon doivent servir d'exemples. Dans toutes les pouponnières, il faut examiner les mères nourrices et pratiquer aussitôt que possible l'isolement des mères tuberculeuses. Cet isolement s'impose si l'on veut arriver à diminuer l'effrayante mortalité des nouveau-nés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1923)

Sur les hémorragies fissuraires de l'aortite chronique. Hématémèses et mélæna ayant simulé l'ulcus gastro-duodénal. — MM. CHABROL et BLUM rapportent l'observation d'une malade de cinquante-trois ans qui fut à la veille d'être opérée pour un ulcus en raison des hématémèses et du mélæna datant de dix-huit mois. La mort étant survenue brusquement, les auteurs trouvèrent, à l'autopsie, l'existence d'une petite fissure au niveau de la crosse communiquant avec la trachée. Aucune érosion du tube digestif.

Corps étrangers intrabronchiques. — M. Fernand LEMAITRE, à propos du procès-verbal de la dernière séance, revient sur la communication de Halphen « corps étranger intrabronchique méconnu simulant une bronchite chronique ».

Il verse aux débats deux observations. L'une concerne un homme qui, pendant cinq mois, conserve dans la bronche gauche, un bridge de quatre dents qu'il croyait avoir perdu, alors qu'il l'avait inhalé pendant son sommeil; cet homme fut considéré comme tuberculeux, jusqu'au jour où l'examen révéla l'existence de la pièce de prothèse. L'autre concerne une enfant de quinze mois qui, en jouant, inhala une « semence » laquelle tomba et se fixa dans la bronche du lobe inférieur droit. A propos de ces deux cas, Lemaître insiste sur la sympatomatologie des corps étrangers bronchiques méconnus qui en impose, soit pour de la bronchite chronique, soit pour de la tuberculose.

Il rappelle également l'intérêt qu'il y a parfois à pratiquer l'extraction de ces corps étrangers sous le double contrôle du bronchoscope et de l'écran radioscopique.

La glycolyse au cours du cancer gastrique. — MM. F. RAMOND, PARTURIER et ZIZINE signalent que chez les cancéreux, le sang contient encore une dose notable de sucre à la vingt-quatrième heure. De plus, la décroissance se fait très lentement, comme dans le diabète.

Application au diagnostic précoce du cancer, de la recherche des produits autolytiques. — MM. F. RAMOND et ZIZINE, dans une précédente note, ont montré, l'existence de phénomènes autolytiques chez les cancéreux. Absents chez les non cancéreux, ils sont la règle chez les cancéreux et peuvent aider au diagnostic précoce du cancer.

A propos du traitement de l'arthrite blennorragique. — MM. Félix RAMOND, JANET et LÉVY ont traité l'arthrite blennorragique par la ponction évacuatrice suivie de l'injection d'air stérilisé, puis de 5 à 10 centimètres cubes d'huile iodée. L'air stérilisé écarte les surfaces articulaires, l'huile iodée détruit le gonocoque et grâce à sa lente résorption remplace provisoirement le liquide synovial.

Pneumococcie pulmonaire. Ophtalmoplégie bilatérale. Guérison. — M. THIROLOIX et Mlle HARMELIN rapportent le cas d'une malade entrée pour angine à fausses membranes avec cyanose et cornage. On constate un foyer de pneumonie avec ptosis bilatéral et ophtalmoplégie. Argyll-Robertson.

Les signes pulmonaires et oculaires disparaissent progressivement, ne laissant aucune séquelle.

Modifications de la formule cytologique au cours d'une arthrite blennorragique. — MM. PAGNIEZ et RAVINA.

Radiothérapie et pleurésie cancéreuse. — MM. LOEPER, JOLY et TONNET étudient les variations du liquide pleural, au cours de la radiothérapie.

Syndrome protubérantiel très limité. — MM. DUHOT et PARDOEN rapportent l'observation d'un malade ayant présenté : parésie du moteur oculaire externe gauche, hypoesthésie dans le domaine du trijumeau gauche, latéropulsion gauche; syndrome qui peut être attribué à une lésion très limitée du tiers inférieur de la protubérance à gauche par endartérite syphilitique.

Un cas de tuberculose médiastino-péricardique de l'adulte. — MM. MASSELOT, JAUBERT DE BAUJEU et AUGÉ.

La rougeole modifiée par l'injection préventive de sérum de convalescent. — MM. Robert DEBRÉ et Jean RAVINA, qui ont appliqué systématiquement la méthode de Charles Nicole et Conseil, à l'hôpital Bretonneau, confirment la valeur de cette pratique inoffensive et précieuse.

L'injection de 2 centimètres cubes et demi à 3 centimètres cubes de sérum de convalescent de rougeole, prélevé sept jours après la défervescence, empêche l'éclosion de la maladie chez les enfants récemment contaminés. Les auteurs injectent systématiquement : 1° les frères et sœurs, âgés de moins de trois ans, des enfants entrant à l'hôpital Bretonneau pour rougeole; 2° les enfants débiles vivant en milieu épidémique; 3° les enfants des crèches dans lesquelles un cas de rougeole s'est déclaré; 4° les enfants couchés dans les différents services hospitaliers, où un enfant atteint de rougeole a été admis par erreur.

La disparition des épidémies de rougeole hospitalière, toujours si redoutables, constitue un réel progrès. Mais un premier obstacle pour la diffusion de cette méthode est la difficulté d'avoir un sérum de convalescent en quantité suffisante. Un autre inconvénient est le caractère passager de l'immunité ainsi obtenue, aussi les auteurs se sont-ils proposé d'obtenir, par l'injection préalable du sérum de convalescent, des rougeoles atténuées chez les enfants contaminés plutôt que la suppression même de la maladie. Pour cela, il faut pratiquer l'injection préventive à la fin de la période d'incubation du septième au dixième jour. Dans ces conditions, on observe une rougeole très spéciale dont l'incubation est parfois prolongée, la période d'invasion est pratiquement supprimée, en ce sens, que, dans quelques cas, à peine, elle se traduit par une légère élévation de température, sans aucun catarrhe, le signe de Koplik n'a pas été observé. Dans ces cas, l'éruption est tantôt discrète, tantôt assez confluente, mais ne s'accompagne pas non plus de catarrhe. La fièvre est nulle ou légère, l'état général reste parfaitement bon pendant toute la maladie qui est très brève. Les complications sont inexistantes. Il n'y a pas d'anergie tuberculinique. Le sérum des sujets convalescents de ces rougeoles modifiées a les mêmes propriétés préservatrices que le sérum de convalescents de rougeole naturelle. Tout permet de penser que les enfants traités par cette méthode ont acquis, vis-à-vis de la rougeole, une immunité suffisante à peu de frais et sans danger.

Etat de mal épileptique mortel chez une goitreuse récemment ovariotomisée. Hémorragie de l'hypophyse. — MM. MARCHAND et ADAM. Une femme, âgée de soixante-cinq ans, goitreuse, hypocondriaque depuis plusieurs années, est opérée d'un fibrome utérin et subit l'ovariectomie double. Des symptômes d'anovarie apparaissent, tels que : asthénie neuro-musculaire, crises d'angoisse, poussées congestives de la face, troubles conscients de la mémoire. La peau devient lisse, sèche et glabre; accès de transpiration abondante. Une première crise épileptiforme survient trois mois après l'intervention chirurgicale, puis des vertiges et des absences fréquentes. Cinq mois après l'opération, état de mal convulsif mortel. L'examen des centres nerveux décèle des plaques d'athérome, intéressant surtout les artères méningées; la glande thyroïde est atteinte de thyroïdite subaiguë, on constate enfin une hémorragie récente de l'hypophyse. Les auteurs, dans la pathogénie des accès convulsifs, attachent moins d'importance à l'insuffisance thyroïdienne qu'à la suppression des fonctions endocrino-ovariennes et surtout aux troubles circulatoires consécutifs qui sont apparus chez une femme atteinte d'athéromasie cérébrale.

Sur un cas d'hémorragie surrénale. — M. J. MICHAUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1923)

Emploi de l'anesthésie régionale pour la néphrectomie. — M. CHEVASSU fait un rapport sur une communication de MM. Billet et Maisonnet. Ces auteurs apportent cinq observations : Première observation : soldat atteint de tuberculose rénale droite; anesthésie à la néocaïne, par M. Billet; néphrectomie, par M. Maisonnet; anesthésie parfaite, suites bonnes, guérison. Les quatre autres observations sont calquées sur celle-ci et toutes les quatre terminées par la guérison, les malades ayant tous présenté une très bonne anesthésie. Dans trois observations, il s'agissait de néphrectomies pour tuberculose rénale, dans la quatrième de néphrite calculeuse. Dans un des cas de tuberculose rénale, la néphrectomie présenta de grandes difficultés et, au cours de l'opération qui fut longue, l'anesthésie a été absolue.

La technique employée par les auteurs de ces observations, est celle qu'a décrite Pauchet. C'est également l'aiguille de Pauchet à laquelle ils ont eu recours.

M. Chevassu rappelle en détail, la technique qui consiste ici à agir sur les nerfs splanchniques. La solution employée est de la néocaïne à 1 p. 200.

M. Chaput rappelle des expériences qui ont été faites sur le cadavre avec des liquides colorés et qui ont permis de fixer exactement les points où doivent être faites les injections.

Torsion à la fois extra et intravaginale d'un testicule droit en ectopie intra-inguinale. — M. Albert Mouchet en présentant un testicule ainsi atteint, en état d'infarctus hémorragique qu'il a dû enlever à un garçon de quatorze ans, attire l'attention sur la fréquence plus grande qu'on ne croit chez l'enfant des torsions du testicule ectopié ou non que l'on prend à tort pour des orchi-épididymites aiguës ou subaiguës.

Il insiste sur le caractère exceptionnel de la torsion à la fois sus-vaginale et intravaginale du cordon.

Cancer du testicule. — M. Descomps fait un rapport sur une observation adressée par M. Gay-Bonnet (de Toulouse). Il s'agit d'un épithélioma du testicule, opéré le 21 février 1921. Adénopathie consécutive, récidive locale précoce. Plusieurs séances de radiothérapie profonde restent sans résultats, mort quatre mois après l'opération.

M. Descomps rapproche de ce fait un cas analogue avec survie, jusqu'ici, de neuf ans, et un bon état de santé général.

Torsion de l'épiploon. — M. Descomps fait un autre rapport sur une observation de M. Lefèvre : Un homme de cinquante-cinq ans est pris de douleurs violentes avec fièvre et vomissements, on croit à une appendicite aiguë, on opère d'urgence; l'appendice est sain; il s'agissait d'une torsion épiploïque ; mort par broncho-pneumonie.

M. Descomps ajoute quelques observations sur le syndrome abdomino-péritonéal qu'on observe dans ces cas.

Fractures de la rotule. — M. Fredet intervient dans la discussion soulevée par M. Dujarrier. Il rappelle que M. Dujarrier s'est montré partisan de la suture directe, immédiate des trois fragments, aux crins de Florence, qu'il préfère les fils longitudinaux au cerclage. Enfin, M. Dujarrier reproche aux fils d'argent d'être susceptibles de s'allonger et de moins assurer ainsi la coaptation des fragments. C'est pourquoi il préfère les crins de Florence.

M. Fredet partage l'opinion de M. Dujarrier. Il estime, comme lui, que la mobilisation, d'abord passive, puis active, ne doit pas être trop précoce.

M. Alglave pense que le cerclage est préférable, quand les fragments sont multiples.

M. Thiéry estime également que le cerclage convient mieux aux fractures comminutives. Mais, dans les cas les plus fréquents, la suture verticale est supérieure au cerclage. Deux fils suffisent généralement, M. Thiéry donne la préférence aux fils de bronze comme étant les plus résistants.

M. Fredet résume la discussion en disant que dans 99 p. 100 des cas, c'est à la suture verticale qu'il faut recourir.

Radiographie des reins facilitée par des insufflations d'oxygène. — M. Chevassu montre une série de films radiographiques de reins avec insufflation suivant la méthode de Carille. Ces radiographies ont été prises par M. Maingaud. Elles sont fort belles. Et il y a bien quelques cas où l'insufflation a bien semblé faciliter la prise du rein.

M. Bazy a même montré un cas où on voyait fort bien deux calculs dans le rein.

Une courte discussion suivit, à laquelle prirent part MM. Chevassu, Marion, Michon, Arrou, Bazy, Duval qui furent tous d'accord pour reconnaître que l'insufflation n'est pas sans dangers (il y a eu dans un cas un emphysème du cou vraiment inquiétant), qu'une bonne radiographie en apprenait autant et qu'il ne paraissait pas utile de recourir à un procédé qui peut avoir ses dangers.

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1923)

Traitement des ulcères gastriques perforés. — M. Lecène fait un rapport sur deux observations adressées, l'une par M. Duboucher (d'Alger), l'autre par M. Marais (de Caen). Dans la première, il s'agit d'un homme de vingt-six ans qui entre à l'hôpital d'Alger avec tous les symptômes d'un ulcère gastrique perforé. Intervention précoce, enfouissement de l'ulcère qui se trouve un peu au-dessus du pylore, gastro-entérostomie, guérison. Il est évident que, dans ce cas, le succès a tenu à la précocité de l'intervention. On ne saurait donc trop insister auprès des médecins pour qu'ils adressent leurs malades le plus tôt possible aux chirurgiens.

Dans le cas de M. Marais, il s'agissait d'un ulcère perforé avec péritonite aiguë. Etat grave. Ablation de la région duodéno-pylorique, six heures après le début des accidents. Au quatrième jour, nouveaux symptômes de péritonite. Désunion partielle de la suture pyloro-duodénale. Mort. On peut se demander si, dans ce cas, il n'eût pas mieux valu recourir à l'enfouissement.

M. Duval a opéré récemment un ulcère perforé avec péritonite d'origine staphylococcique qui a succombé le sixième jour.

Phlegmon profond de l'orbite. — M. Sieur rappelle avoir fait récemment un rapport sur un cas de phlegmon profond de l'orbite adressé par M. Reverchon. Il analyse une observation analogue de MM. Madère et Guichard, médecins de la marine. Il s'agit d'un homme de vingt et un ans qui, après une poussée de périostite alvéolo-dentaire, moucha du pus par la narine gauche; sa paupière devint rouge et tuméfiée. On fit le diagnostic d'abcès de l'orbite, avec sinusite maxillaire. Intervention, suites simples, guérison. Le pus contenait des staphylocoques.

Greffe épiploïque. — M. Marion fait un rapport sur une observation de M Meyer Rejard. Il s'agit d'une intervention sur l'intestin ayant nécessité une greffe épiploïque. Quatre ans après, une nouvelle intervention fut nécessaire pour parer à de nouveaux accidents d'occlusion intestinale. Au cours de cette seconde intervention qui consista en une iléo-sygmoïdostomie, on put se rendre compte des excellents résultats donnés par la greffe épiploïque. Le côlon transverse recouvert de sa greffe épiploïque présentait une surface lisse, luisante, absolument semblable à celle du péritoine. Ces greffes épiploïques peuvent rendre de réels services.

Néphrolithotomie. — Second rapport de M. Marion sur une intéressante observation de son ancien interne, M. Pacpa, actuellement à Constantinople. On connaît les dangers de la néphrolithotomie. La suture des reins, telle qu'on la pratique ordinairement par des points perforants, n'est pas toujours aussi hémostatique qu'on le voudrait, et on voit parfois survenir des hémorragies secondaires graves, nécessitant une néphrectomie d'urgence. En effet, ajoute M. Marion, nous extrayons généralement des calculs infectés; les fils que nous plaçons s'infectent, déterminent des suppurations du parenchyme rénal, partant des hémorragies graves.

M. Pacpa s'est efforcé de faire mieux et a eu recours au procédé suivant : Partant de ce principe qu'il faut éviter de faire de longues incisions sur le rein, M. Pacpa incise d'abord le bassinet qui, on le sait, se cicatrise avec une grande rapidité ; il introduit son doigt dans cette incision et s'efforce de repousser les calculs vers la périphérie du rein. Au point où il a ainsi amené le calcul, il fait une petite incision et dégage le calcul. Il draine le rein par l'ouverture faite au bassinet. Puis, au lieu de suturer l'incision rénale par des points perforants, il met un fil circulaire central qu'il fixe par un nœud; puis il place une série d'anses verticales qui partent du fil central et qui, en aucun point, ne perforent le parenchyme rénal. M. Pacpa apporte trois observations dans lesquelles il a ainsi procédé et qui se sont terminées par la guérison, sans aucune hémorragie secondaire.

Dans cet ingénieux procédé, M. Marion dit qu'il y a un certain progrès accompli. Il est d'accord avec M. Pacpa, sur les avantages du drainage rénal par le bassinet, ainsi que sur la manœuvre qui constitue à repousser, par cette ouverture du bassinet, le calcul vers la périphérie rénale, ce qui permet de faire de petites incisions sur le parenchyme rénal. Mais M. Marion se sépare tout à fait de M. Pacpa, au sujet du mode d'hémostase par des liens circulaires non perforants.

M. Marion a eu recours deux fois à ce procédé. Dans le premier cas, il n'est pas parvenu à arrêter l'hémorragie et il a dû revenir à la suture habituelle par points perforants.

Dans le second cas, le résultat semblait devoir être satisfaisant quand, quelques heures après, la malade se trouvait inondée de sang. Il a fallu pratiquer immédiatement une néphrectomie. M. Marion, dans ces deux cas, a donc échoué complètement et n'a pu assurer l'hémostase par le procédé de M. Pacpa.

Pourquoi M. Pacpa a-t-il réussi là où son maître a échoué ? Celui-ci, en bon chef, trouve une explication : Les Orientaux ont généralement d'énormes calculs, et, partant, des reins plus ou moins atrophiés qui saignent peu. Le procédé de suture qui a réussi à M. Pacpa n'a pas beaucoup de chances de réussir en France.

M. Marion ne l'en loue pas moins des ingénieuses modifications qu'a apportées M. Pacpa, dans l'extraction des calculs rénaux et dans son mode de drainage par le bassinet.

M. Chevassu déclare formellement qu'il n'aura jamais recours à ce procédé. Quand il s'agit de gros calculs, qui nécessiteraient de longues incisions sur le parenchyme rénal, il préférerait recourir d'emblée à la néphrectomie.

M. Marion répond que M. Pacpa a pour principe de conserver les reins autant que possible et il croit qu'il faut retenir de ses observations, le mode d'extraction des calculs et le drainage par le bassinet. Quant à son mode de suture, M. Marion n'y aura plus recours.

Le massage du cœur dans la syncope chloroformique. — M. Lenormant fait un court rapport sur une observation de M. Picqué : Au cours d'une gastro-entérostomie, survient une syncope chloroformique. La respiration s'arrête, le cœur cesse de battre, la pupille se dilate. La respiration artificielle n'ayant pas donné le résultat après deux minutes, M. Picqué incise le diaphragme et pratique le massage du cœur. Celui-ci est encore dur ; il donne d'abord un petit frémissement, puis se remet à battre et le malade est sauvé.

Dans une courte discussion qui a suivi, on s'est montré un peu sévère, en mettant en doute une vraie syncope, c'est-à-dire un arrêt complet du cœur. Nous partageons plutôt l'avis de ceux qui ont prétendu qu'il fallait féliciter M. Picqué de son beau succès.

Les abcès du foie et l'émétine. — Second rapport de M. Lenormant sur une communication de M. Harman Kapel. Dès 1913, l'auteur avait réuni vingt-deux observations d'abcès amibiens, avec ou sans dysenterie, traités par l'émétine. Dans cette communication l'auteur fournit de nombreuses statistiques relatives aux malades atteints d'abcès du foie, et traités par la médication par l'émétine seule, soit par le traitement mixte, intervention chirurgicale et émétine, soit par le traitement chirurgical seul. Par exemple sur une statistique de douze cas traités par l'émétine seule, il y a eu dix guérisons, mais en réunissant toutes les statistiques on arrive à cette conclusion qu'avec le traitement par l'émétine on constate 15 p. 100 de morts. Il est donc démontré que le traitement médical seul peut amener la guérison des abcès amibiens du foie.

Occlusion intestinale. — M. Ockinczyc analyse plusieurs observations de MM. Duboucher et Constantin, relative, à divers cas d'occlusion intestinale pour lesquels ils ont eu recours à divers procédés d'anastomoses ou de résections intestinales.

Traitement du cancer utérin par la curiethérapie. — M. Robineau fait un rapport sur une observation de MM. Degrais et Eugène Monod : il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans qui était atteinte d'un cancer inopérable de l'utérus et du col. Vérifié par l'examen histologique, trois applications de radium ont donné des résultats très remarquables : disparition des pertes et des douleurs, retour à une parfaite santé générale qui se maintient depuis douze ans.

M. Savariaud connaît un fait analogue avec une survie de douze ans.

M. de Martel a observé, avec M. J.-L. Faure un cas analogue.

Invagination intestinale chez l'enfant. — M. OMBRÉDANNE analyse une observation de M. Penot (de Blois). Signes d'invagination chez un enfant de quatre mois. Intervention vingt-quatre heures après le début des accidents. M. Penot constate une absence complète de mésocôlon, désinvagination, omission de gaz. Le lendemain reprise des accidents, mort. M. Ombrédanne rapporte de ce fait celui d'un enfant de trois jours qui ne rend pas de méconium. Incision du périné; l'ampoule rectale est vide. Anus artificiel, laparotomie; sous les yeux de l'opérateur se produit une invagination du côlon, désinvagination, abaissement de l'ampoule rectale. Suites bonnes, mais le vingt et unième jour mort par ostéomyélite de la clavicule.

Elections. — M. SEBILEAU est élu membre honoraire et M. Sauvé est élu membre titulaire à l'unanimité des suffrages (47 voix sur 49 votants et deux bulletins blancs).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1923)

Modifications expérimentales de l'excitabilité par répercussion réflexe chez l'homme. — MM. Georges BOURGUIGNON et Henri LAUGIER. En arrêtant la circulation d'un membre, le membre supérieur gauche par exemple, par compression avec le brassard de l'appareil de Pachon, les auteurs montrent que la chronaxie se modifie à distance dans le transverse du nez du côté opposé.

Ces recherches, à rapprocher des travaux de G. Bourguignon en pathologie humaine et de Mme Lapicque en physiologie animale, montrent que les centres ont une action sur la chronaxie périphérique et sont importantes au point de vue de la théorie générale du fonctionnement du système nerveux, qui paraît bien reposer sur le rapport des chronaxies des différents neurones.

MM. POZERSKI et Max M. LÉVY montrent que le **bacille Shiga** traité par le formol à 4 p. 100 continue, pendant plusieurs heures, à excréter des **produits phosphorés**, cependant que la faculté de se reproduire disparaît dès les premières minutes de contact avec l'antiseptique.

Action des ferments oxydants des tumeurs mélaniques de la choroïde sur les phénols et leurs dérivés. — M. J. MAWAS.

Le sucre des épanchements de la plèvre et du péritoine. — MM. Ch. ACHARD et J. THIERS. L'étude du glycose dans les épanchements de la plèvre et du péritoine et de ses rapports avec celui du sang, a donné à divers auteurs des résultats contradictoires. On a trouvé dans ces sérosités tantôt plus, tantôt moins de sucre que dans le sang et l'on a cherché à établir les différences entre les transsudats et les exsudats.

Les auteurs ont fait des dosages comparatifs dans le sang et les sérosités de la plèvre et du péritoine en opérant sur la partie liquide de ces tumeurs rendues incoagulables au moyen d'un peu de novarsenobenzol, et ils ont rapporté le sucre à son solvant, c'est-à-dire à l'eau.

Dans sept cas d'épanchements pleuraux, ils ont trouvé des chiffres inférieurs à ceux du plasma sanguin. Le minimum d'écart a été de 0g06 dans deux cas de pyopneumothorax et de pleurésie aiguë; le maximum de 0g56 dans une pleurésie aiguë.

Pour les ascites, dont les auteurs ont étudié quatre cas, ils ont trouvé l'écart minimum de 0g05 et 0g06 dans deux cirrhoses et le maximum de 0g83 dans une cirrhose fébrile.

Dans aucun de ces cas les auteurs n'ont observé plus de sucre dans la sérosité que dans le sang. Ils ont pu se rendre compte que les différences constatées n'étaient nullement en rapport avec le taux des albumines. Ils n'ont pas non plus trouvé, comme on l'observe pour le liquide céphalo-rachidien, de diminution notable du sucre dans les processus inflammatoires aigus de la plèvre.

Testicule d'un chimpanzé. — MM. RETTERER et VORONOFF. De l'étude histologique du testicule restant d'un chimpanzé dont l'autre avait été greffé avec succès à un homme fatigué et impuissant, les auteurs concluent que l'action de la greffe doit être imputée aux cellules cordonales et non pas aux cellules interstitielles.

M. FIESSINGER fait remarquer, à l'occasion de la récente présentation de ces mêmes auteurs à la Société de pathologie comparée, que les résultats cliniques obtenus chez des sujets ayant de quarante-cinq à cinquante ans, n'ont rien qui permettent de conclure à une action spécifique. Tout médecin a pu observer des résultats semblables chez des malades qui, grâce à une suggestion favorisée ou non par l'adjonction d'une thérapeutique tonique, ont présenté une amélioration générale aussi importante. Il serait désirable qu'on puisse, dans les observations ultérieures, écarter cette cause d'erreur d'interprétation.

M. RETTERER répond que les résultats observés chez les vieux boucs permettent de ne pas tenir compte de l'intervention de la suggestion qui, en pareil cas, ne semble guère possible.

L'inoculabilité de l'herpès chez les encéphalitiques. — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL et J. REILLY rapportent les résultats de l'inoculation expérimentale d'herpès humain à sept malades atteints d'encéphalite épidémique.

Ces inoculations ont été faites à toutes les périodes de la maladie et le contrôle de leurs résultats était effectué par un passage sur la cornée du lapin.

Tous les sujets ont réagi par une efflorescence de vésicules d'herpès typique qui ont pu être réinoculées en série, quelquefois même les lésions obtenues ont offert une intensité exceptionnelle rappelant les phénomènes d'hypersensibilité.

Les auteurs concluent :

1° Bien que l'herpès soit très rarement noté au cours de l'encéphalite épidémique, les faits d'inoculation expérimentale prouvent qu'à toutes les périodes de l'évolution de cette maladie le tégument demeure réceptif à l'inoculation du virus herpétique.

2° Dans la conception de l'identité du virus encéphalitique et herpétique, il conviendrait donc d'admettre que l'atteinte du névraxe ne confère à la peau aucune immunité.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nº 13. — MARDI 13 & JEUDI 15 FÉV. 1923. 96e ANNÉE. MARDI 13 & JEUDI 15 FÉV. 1923. — Nº 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 7 fr.	— 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr.	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sergent, Barthe, Crouzon, Ravaut, Armand-Delille, Auclair, Thiroloix, Bernard, Darier, Trémolières, Baudouin, Widal.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DE BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE, CHARDON-LAGACHE, HENDAYE ET SAN SALVADOUR. — Le jury est provisoirement composé de MM. Faroy, Monier-Vinard et Deniker.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — La Commission administrative des hôpitaux civils de Grenoble donne avis que, courant avril 1923, il sera ouvert un concours pour la nomination d'un chef suppléant de laboratoire de radiologie et d'électrothérapie des hôpitaux.

Les épreuves auront lieu dans la salle du conseil d'administration des hôpitaux civils de Grenoble.

Les demandes d'inscription devront parvenir à l'administration des hôpitaux avant le 15 mars 1923.

La limite d'âge des candidats est fixée à quarante-cinq ans.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat général des hôpitaux.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Est nommé directeur du centre régional de lutte anticancéreuse de Bordeaux et du Sud-Ouest de la France créé près la Faculté de médecine de Bordeaux, M. le professeur Bergonié, professeur de clinique d'électricité médicale, chargé des applications de radiothérapie et de radiumthérapie.

Sont nommés chefs des divers services :

M. Chavannaz, professeur de clinique chirurgicale, chargé de tout le service de chirurgie du centre.

M. Sabrazès, professeur d'anatomie pathologique, chargé de tous examens histologiques et anatomo-pathologiques.

M. Foch, professeur d'électricité industrielle à la Faculté des sciences de Bordeaux, chargé des services techniques.

— Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin résident à la Maison nationale maternelle de Saint-Maurice, en remplacement de M. le docteur Chambrelent.

Le concours est fixé au 12 mars 1923.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bréavoine (de Paris), Breton (d'Antibes), Caillard (de Nevers), Capdepon (de Pontivy), Coulouma (de Saint-Chinian), Cros (de Mascara), Favier (de Tourcoing), Garin (de Paris), Gauja (de Bordeaux), Guitton (de Vouillé), Laborderie (de Sarlat), Lescarret (de Béliet), Martin et Mougin (de Paris), Noquet (de Lille), Pech (de Cavalaire), Raymond (d'Azille), le médecin inspecteur Viguier, Violle (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Alix (de Brest), Arnaud (de La Calle), Boudol (d'Oran), Bousquet (de Mende), Cornil (de Mayet-la-Montagne), Courbon (de Brumath-Stéphansfeld), Danvin (de Koléa), Deustch (de Soultz-sous-Forêts), Dietrich (de Soultz), Duval (de Vierzon), de Furst (de Périgueux), Hardouin (d'Angers), Martin (d'Aix), Massol (de Saint-Juéry), Philitt (des Ollières), le médecin-major de 1re classe Prat; Rieu (de Paris), Satre (de Grenoble), Schueller (d'Ensisheim), Scoffier (de Nice).

(Au titre étranger.) *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs de Beaufort (du Teek-Lensden), le médecin principal Déjouany; Gonzalez (de Caracas), Habib (du Caire), Jiri (de Prague), Schütte (de Rotterdam), Testaz (de Lausanne).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Mouchet (de Constantinople), Philip (de Londres), Pin (de Trentsin), Poupelain (de Tchenton), Sfez (de Tunis), Ventosa (de Barcelone).

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. les docteurs Metzger, Le Lorier, Lequeux, Ecalle, Lemeland, Bénit, Couinaud, Lantuéjoul, Vaudescal, Réglade, Chomé et Laffont, assistés de MM. Bouscarle, de Manet, Duhazé, Herblan-Morin, Misserliu et Mlle Rogier, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le jeudi 15 février 1923. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à 9 h. 1/2, 16 heures et 18 heures, et le jeudi à 20 h. 45. Les

auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Facultés les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 100 francs.

NOUVELLE REVUE. — Nous recevons le premier numéro de la *Revue médicale d'éducation physique et de sport*, organe officiel de la Société médicale du même nom.

Tous nos meilleurs vœux à ce nouveau confrère.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Devillers; Théophile Reblaud, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild; André Robiot (de Paris), Rousseau (d'Herbignac).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LES MÉDECINS ET LA CRISE DU LOGEMENT

On nous a demandé d'examiner la question de savoir si, dans les conditions actuelles de crise de logement et sous le couvert de garanties qui vont être ci-après énoncées, un médecin exerçant la médecine générale ne commettait pas un acte *moralement* blâmable en s'opposant à l'installation dans l'immeuble qu'il habite d'un confrère spécialiste. Les garanties envisagées sont les suivantes :

1° Honorabilité professionnelle indiscutable du candidat locataire.

2° Différenciation très nette de la spécialité qu'il pratique : ophtalmologie, radiologie, stomatologie, oto-laryngologie, par exemgle.

3° Spécialisation prouvée par des références indiscutables (titres scientifiques, postes occupés, travaux publiés, affiliation aux sociétés et syndicats de la spécialité en cause, inscriptions dans les annuaires médicaux).

4° Engagement d'honneur de l'exercice exclusif de la spécialité précisée.

* * *

Un premier fait est incontestable : le médecin, comme tous ceux qui exercent une profession libérale, tels que les avocats, subit particulièrement les effets de la crise du logement, parce que notamment : ses locaux professionnels doivent répondre à des conditions spéciales comme la hauteur et l'agencement ; établi dans un quartier, le médecin doit pouvoir s'y mainteuir, sinon il peut perdre tout ou partie de sa clientèle ; l'installation préalable d'un médecin dans un immeuble l'empêche de s'y établir, si ce médecin a obtenu que le propriétaire s'opposât à ce qu'un autre médecin y exerçât sa profession.

C'est cette dernière situation qui fait l'objet des préoccupations de certains médecins, à l'heure présente.

Souvent, avant la guerre, le médecin, qui s'installait dans un immeuble pour y exercer sa profession, faisait insérer dans son bail une clause, aux termes de laquelle le propriétaire s'interdisait de louer à un autre médecin. La clause insérée ainsi est de même nature que celle que fait insérer le commerçant ou l'industriel pour éviter une concurrence. La prohibition n'était pas gênante ; car, dans un même quartier, il existait *un certain choix* dans les appartements.

Mais aujourd'hui, depuis la cessation des hostilités, les circonstances ont profondément changé. En quelque endroit que les recherches sont effectuées par le médecin qui veut s'établir ou, établi, est obligé de chercher une autre installation, en raison, par exemple, de l'exiguïté de son appartement ou des exigences inacceptables du propriétaire, il ne trouve pas d'appartement, même en sacrifiant beaucoup sur les conditions dans lesquelles il envisageait l'exercice de sa profession. Et aussi, il est fréquemment en face de propriétaires qui ne veulent pas ou ne veulent plus de médecin : ceux-ci craignent la prorogation légale, ou le va-et-vient d'un trop grand nombre de personnes dans leur immeuble.

Cependant, l'installation du médecin dans un immeuble peut ne pas dépendre du propriétaire ; elle peut dépendre d'un médecin, déjà locataire, bénéficiant d'une clause de son bail interdisant la location à tout autre médecin.

Si ce médecin entend user de cette clause, quelle que soit la spécialité de celui qui pourrait, du consentement du propriétaire, venir exercer sa profession dans l'immeuble, quelle serait la valeur de la clause dont il entend se prévaloir?

Au point de vue juridique, il est sans aucun doute que le médecin déjà installé peut s'opposer à toute installation postérieure à la sienne, d'un autre médecin, *si la clause d'interdiction est générale.* « Les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites », dispose l'article 1134 du Code civil. Le propriétaire qui, au mépris du bail, consentirait une location à un autre médecin, s'exposerait à une action judiciaire, lui enjoignant de faire partir le médecin et tendant à le faire condamner à des dommages-intérêts.

Si la clause d'interdiction n'était pas générale, et ne concernait qu'une spécialité déterminée, la location à un autre médecin pourrait être valablement consentie, pour toute autre spécialité. Il n'y aurait qu'une question de fait à trancher, si des empiétements se produisaient.

Donc, juridiquement, le médecin peut se prévaloir de la clause d'interdiction.

Mais, il y a un autre point de vue à envisager, c'est celui de la confraternité. Le médecin qui, dans les circonstances actuelles, use de cette clause d'interdiction, consentie souvent dans un bail d'avant-guerre, commet évidemment un acte contraire aux règles de la confraternité, aux principes de la déontologie médicale, lorsque exerçant, par exemple, la médecine générale, il refuse à son confrère qui fait de l'ophtalmologie ou de l'oto-laryngologie la possibilité de s'installer dans l'immeuble où, par une chance inespérée, un appartement est ou va être vacant. Chose rare !

C'est son droit; nous l'avons dit. Mais si les garanties indiquées au début de cet article lui sont assurées : honorabilité professionnelle indiscutable du candidat locataire ; différenciation très nette de la spécialité pratiquée ; spécialisation attestée par des références indiscutables et vérifiées, engagement d'honneur de l'exercice exclusif de la spécialité, on se demande ce que le médecin, déjà installé, peut craindre dans l'exercice de sa profession. Il ne va pas trouver en face de lui un concurrent; au contraire, ce peut être un médecin qui l'aidera quelque peu. La crainte de la concurrence est cependant le seul motif qui serait de nature à lui permettre de se prévaloir de la clause générale d'interdiction.

Si le médecin déjà installé, exerçant la médecine générale ou une spécialité qui n'est pas celle du candidat locataire, use de cette clause, il manque certainement à ses devoirs de confraternité et cause un grave préjudice à son confrère, étant données les circonstances actuelles de crise qui ne paraissent d'ailleurs pas aller vers l'atténuation, malgré les nombreuses lois votées.

Et, ce qui donne à l'attitude anticonfraternelle de ce médecin, un caractère grave, c'est que, dans l'état de l'organisation médicale existant aujourd'hui, il n'y a pas de sanctions Une chambre de discipline, comme il en existe dans certaine professions, pourrait arriver à concilier les intérêts en jeu, et faire entendre raison au récalcitrant ; mais elle n'existe pas chez les médecins. C'est regrettable ; le cas actuel en montre l'utilité.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Par P. GASTINEL

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CANCERS CUTANÉS

L'épithéliome pavimenteux, mixte et intermédiaire. Forme métatypique du cancer malpighien de la peau et des orifices muqueux. (DARIER et Marcel FERRAND. *Ann. de derm. et syphil.*, t. III, n° 8, 9, août, septembre 1922, p. 385.) — On décrit deux espèces de cancer malpighien : 1° l'épithéliome spinocellulaire à évolution rapide, qui envahit les ganglions et tend à se généraliser; 2° l'épithéliome basocellulaire, à marche lente, qui peut devenir ulcéreux et mutilant, mais qui ne se généralise pas et n'a aucune malignité locale.

L'épithéliome basocellulaire est radiosensible, c'est-à-dire facilement curable par les rayons ou le radium. L'épithéliome spinocellulaire est radiorésistant. Les auteurs décrivent une troisième espèce, l'épithéliome malpighien dont l'aspect clinique est voisin de l'épithéliome basocellulaire, mais qui peut présenter une évolution rapide et atteindre les ganglions, comme le spinocellulaire, et se montrer comme lui, radiorésistant.

Histologiquement, il s'agit d'une forme mixte; on y voit la juxtaposition de points qui sont de structure basocellulaire et d'autres, de structure spinocellulaire.

Cette variété n'est pas une rareté, et les auteurs ont rencontré quinze cas de ce type contre cinquante de spinocellulaires et trente-cinq basocellulaires. Cliniquement, cette variété d'épithélioma siège sur le nez, le front, les joues. Après une période stationnaire plus ou moins longue, elle prend une allure rapide, et abandonnée à elle-même, la tumeur s'étend progressivement en profondeur et en surface, elle peut aussi atteindre les ganglions.

Il est très difficile de distinguer cet épithéliome du basocellulaire, et on se basera souvent sur sa radiorésistance pour le diagnostiquer. Les auteurs terminent leur article en schématisant ainsi la thérapeutique des diverses espèces de cancers de la peau.

On doit traiter :

1° Par l'extirpation chirurgicale totale et précoce l'épithéliome spinocellulaire opérable, et l'épithéliome métatypique limité;

2° Par la radiothérapie usuelle les épithéliomes basocellulaires encore superficiels;

3° Par la radiothérapie intensive ou la radiopuncture les épithéliomes spinocellulaires non opérables, mais accessibles en totalité ainsi que les épithéliomes basocellulaires et métatypiques ayant pénétré profondément dans les tissus et devenus térébrants. Mais dans ces cas, le pronostic est grave et la radiothérapie est parfois incomplètement efficace. Il importe d'insister sur ce fait que l'étude histologique par une biopsie large demeure la base indispensable du pronostic, et de la thérapeutique des cancers de la peau.

De l'épithéliome calcifié. Etude histologique. (W. DUBREUIL et E. CAZENAVE [de Bordeaux]. *Ann. de derm. et de syphil.*, 6e série, t. III, n° 6, juin 1922.) — Les auteurs concluent que loin d'être une tumeur banale accidentellement infiltrée de sels calcaires, l'épithéliome calcifié de Malherbe est une tumeur très spéciale et bien individualisée par un ensemble de caractères dont la calcification est un des moindres et qui sont au point de vue clinique l'évolution très lente ou même stationnaire, la bénignité absolue, la situation sous-cutanée et la dureté. Au point de vue histologique c'est une néoplasie formée de cellules d'un aspect tout particulier qui aboutissent très promptement à la nécrose pure et simple; la tumeur formée alors uniquement de cellules mortes subit une lente phagocytose et une calcification généralement très partielle.

Cf. — Epithélioma nævique. (DE MARTEL. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 11 janv. 1922, p. 36.)

Le cancer expérimental du goudron. (ROUSSY, LEROUX et PEYRE. *Association française pour l'étude du cancer*, 16 janv. 1922.)

Le rôle du facteur terrain dans la production expérimentale du cancer par le goudron. (ROUSSY. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 juin 1922, p. 617.)

Le cancer des radiologistes. (LEDOUX-LEBARD. *Paris méd.*, 8 avril 1922, p. 299.)

Dermatose précancéreuse de Bowen. (PAUBRIER. *Bull. de Soc. franç. Derm.*, n° 6, 14 mai 1922, p. 57.)

De l'épithéliome calcifié. Etude histologique. (DUBREUILH et CAZENAVE. *Ann. de derm.*, juin 1922, p. 257.)

MALADIE DE RECKLINGHAUSEN

Maladie de Recklinghausen; ses rapports avec le système endocrinien. (SEVIN. *Arch. of derm. and syphil.*, sept. 1921, p. 303.) — L'auteur passe en revue dans une observation personnelle les cas de maladie de Recklinghausen, dans lesquels les glandes endocrines ont été incriminées.

Le syndrome de Recklinghausen dans ce cas particulier s'accompagnait de pigmentation, d'affaiblissement physique et mental, traduisant l'insuffisance surrénale et pituitaire. L'auteur estime que des signes d'insuffisance pluriglandulaire existent constamment dans la maladie de Recklinghausen, mais qu'ils ne sont pas toujours recherchés avec soin.

LICHEN

La localisation génitale du lichen de Wilson. (Marcel WIGNIOLLE. *Th. de Paris*, 1921, p. 99. Arnette, édit.) — Ce très intéressant travail a été inspiré par M. le docteur Thibierge et fait dans son service à l'hôpital Saint-Louis.

La localisation génitale du lichen de Wilson est fréquente, soit à titre d'épisode au cours d'un lichen généralisé, soit au contraire isolée ou unique. Il s'agit alors d'un lichen primitif des organes génitaux avant-coureur d'une éruption se généralisant par la suite; ou bien d'une lésion rebelle, reliquat d'un lichen précédemment généralisé et dont les autres manifestations ont disparu.

Les caractères morphologiques du lichen génital sont aussi nets et bien définis que ceux du lichen du corps. Souvent même ces caractères sont tellement nets qu'ils permettent de poser le diagnostic alors que les éléments du corps sont déformés par une application thérapeutique, ou qu'ils sont d'une atypie marquée.

Donc, au même titre que le lichen de la bouche, celui des organes génitaux doit être systématiquement recherché dans tous les cas douteux d'affection cutanée papuleuse sèche. Il est un élément de diagnostic important.

Il n'existe pas aux organes génitaux de formes spéciales de lichen de Wilson. La papule plane est l'élément le plus fréquent. Le lichen annulaire à papules multiples est la forme qui atteint d'ordinaire la vulve et le gland. Au scrotum il s'agit très fréquemment de lichen hypertrophique corné.

Un chapitre intéressant est consacré au diagnostic avec les lésions planes ou papuleuses, circinées, hypertrophiques, atrophiques et leucoplasiformes qui peuvent atteindre les organes génitaux.

En plus des traitements symptomatiques classiques, la thérapeutique du lichen de Wilson des organes génitaux relève principalement du novarsénobenzène. Dans les formes localisées on s'en tiendra aux préparations arsenicales moins actives (liqueur de Fowler, etc.) et aux traitements externes locaux.

VITILIGO

Le vitiligo génital et abdominal chez la femme. (F. JAYLE. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, t. XVI, n° 4, avril 1921.) — Pour Jayle le vitiligo est sous la dépendance de troubles endocriniens surtout ovariens. Il met en évidence, dans ses observations, cette insuffisance ovarienne au point de vue de la menstruation et de la fécondité. Il montre également des signes de dégénérescence chez ses malades ou leur lignée.

Il est classique de décrire une zone d'hyperpigmentation autour de la plaque achromique.

Jayle décrit en outre un signe nouveau sous le nom de *moucheture hyperchromique*, petite tache brun foncé correspondant à un bloc de pigment. Ces mouchetures, rarement uniques, se groupent en amas de 10 à 30 à la périphérie d'un placard de vitiligo. On peut les noter en plein milieu d'une tache achromique.

Jayle décrit plusieurs types de vitiligo selon le siège et il précise les éléments de diagnostic différentiel avec la pelade, avec la lèpre maculeuse, la syphilide pigmentaire, la leucoplasie génitale, les cicatrices vulvaires dépigmentées. Le pronostic est sans gravité mais il faut se souvenir que le vitiligo génital est lié à des lésions importantes de glandes ovariennes avec toutes les conséquences qu'elles comportent. Le vitiligo abdominal s'accorde mieux avec un appareil génital moyen.

La thérapeutique endocrinienne doit être instituée polyglandulaire et plus particulièrement ovarienne.

LYMPHOGRANULOMATOSE

Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux. — Consulter les rapports du Congrès des médecins dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Paris, juin 1922 ; analyse, *Gaz. des hôpit.*, 17 juin 1922, n° 47.

Ulcère vénérien adénogène. Ses rapports avec le bubon climatérique. (PHYLACTOS. *Th. de Lyon*, 1922.) — Cette thèse, faite dans le service du docteur Favre, est une mise au point très complète de la question de la lymphogranulomatose décrite pour la première fois par MM. Durand, Nicolas et Favre. Bibliographie complète de la question.

L'adénopathie inguinale subaiguë à suppuration intraganglionnaire (lymphogranulomatose inguinale). (GASTINEL et J. REILLY. *Bull. méd.*, 15 juillet 1922, n° 29.) — Dans cet article, les auteurs rapportent vingt cas personnels, ils précisent l'histopathologie de la maladie et montrent quels caractères anatomiques la séparent des ganglions pesteux qui peuvent avoir une symptomatologie absolument superposable.

LYMPHOGRANULOMATOSE DE HODGKIN

Contribution à l'étude des lymphodénies infectieuses. L'adénie éosinophilique prurigène (lymphogranulomatose). (COLRAT. *Th. de Lyon*, 1921.) — Travail d'ensemble très documenté sur la question, inspiré par le docteur Favre (de Lyon).

Comment faut-il comprendre la maladie de Hodgkin? (GASTINEL, REILLY, POTEZ. *Bull. méd.*, 13 janv. 1923, n° 2.) — Les auteurs résument quatre observations personnelles de maladie de Hodgkin ; ils insistent sur le caractère particulier de la courbe thermique et au point de vue histopathologique sur l'association d'un tissu granuleux à caractère inflammatoire et d'éléments cellulaires, multinucréés, ou à noyaux bourgeonnants (cellules de Strenberg).

Ils discutent la place de cette maladie dans le cadre des affections ganglionnaires, et pensent qu'elle est un fait de transition entre les lésions inflammatoires et les lésions néoplasiques. Ils rappellent la dénomination de pseudo-sarcome inflammatoire donnée par Dominici à des faits superposables, et orientent la question dans le sens d'une maladie infectieuse.

GALE DU CHAT

Sur la transmission à l'homme de la gale sarcoptique du chat. (G. THIBIERGE. *Paris méd.*, 18 mars 1922.) — On sait que l'on doit à cet auteur une intéressante description de la gale du chat ; dans cet article, Thibierge revient sur les points importants de cette affection. Le chat peut être atteint de plusieurs espèces de gale : la gale sarcoptique et la gale symbiotique. Seule, la gale sarcoptique est susceptible de se transmettre à l'homme. L'éruption provoquée a pour éléments une lésion papuleuse, d'abord saillante, rappelant la papule de strophulus. A son centre, apparaît une vésicule qui ne tarde pas à se rompre ; apparaît alors une croûtelle brunâtre. La lésion réalise la papule du prurigo. Il faut insister sur l'absence de toute lésion cutanée autre que la papule. On n'observe jamais le sillon de la gale habituelle.

L'éruption présente une topographie très spéciale, les lésions sont, en effet, réunies sous forme de plaques d'étendue variable. Cette plaque occupe une région quelconque du tronc ou des membres et elle est toujours asymétrique. Dans tous les cas où l'on observe cette localisation, on peut démontrer qu'elle correspond à la région où s'exerce le contact le plus prolongé du chat ou à celle sur laquelle reposent des vêtements sur lesquels l'animal a coutume de se blottir ; ces faits sont expliqués par les mœurs du chat qui partage souvent le lit de son propriétaire.

Il est exceptionnel que les lésions envahissent des territoires étendus. La gale du chat provoque du prurit dont les exacerbations nocturnes entravent le sommeil.

Le diagnostic de la gale féline est facile à porter quand on connaît cette affection, mais il faut y penser.

L'auteur, dans son article, étudie tous les éléments de ce diagnostic. Il rapporte les expériences de transmission expérimentales réalisée dans son service.

L'observation clinique établit que la transmission peut se faire directement ou indirectement par les vêtements.

Si le sujet contaminé est porteur de sarcoptes vivants, il peut, à son tour, être un objet de contamination. Le traitement de cette gale féline est très simple : prophylactique vis-à-vis de l'animal, on se contentera d'appliquer sur le malade une pommade calmante, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux parasiticides et aux préparations soufrées.

Cf. — Etude sur l'éruption cutanée provoquée chez l'homme par la gale féline. (H. STIASSNIE. *Th. de Paris*, 1921, Arnette, édit.)

MYCOSES

De l'intertrigo mycosique, forme nouvelle d'épidermophytie due à une levure. (DUBREUILH et JOULIA. *Ann. de derm. et syphil.*, t. III, avril 1922, n° 4.) — Le domaine des épidermomycoses s'est très étendu depuis quelques années. Petges a attiré l'attention sur des cas d'eczéma banal et qui étaient traités avec succès par des médications antiparasitaires. Dans la même catégorie de faits, il faut placer l'intertrigo mycosique. Il siège au pli génito-crural, habituellement de couleur rouge foncé, homogène, la surface est lisse, comme vernie, recouverte d'un épiderme mince, sans desquamation, souvent humide. Il n'y a ni relief, ni épaississement, ni induration de la peau, le contour irrégulier, déchiqueté, limité par une fine collerette desquamative.

Dans le voisinage de la plaque principale, on trouve des lésions disséminées de la grandeur d'une tête d'épingle ; ces éléments sont ronds, entourés d'une fine collerette, comme celle déjà écrite. L'intertrigo mycosique s'accompagne d'un prurit violent ; l'éruption peut gagner le périnée, la région vulvaire peut également être envahie. Les auteurs en examinant la collerette desquamative qui borde les lésions, ont trouvé un parasite qui est représenté par des spores et des

filaments mycéliens ; ceux-ci sont ramifiés, tortueux et enchevêtrés.

Ce parasite diffère des trichophytons et des achorions en ce qu'il se reproduit uniquement par des spores exogènes. Les ensemencements faits sur milieu de Sabouraud, ont donné des cultures qui, au quinzième jour, sont irrégulières, mamelonnées, présentant des traînées saillantes. Bientôt, à la périphérie, il se forme une auréole de filaments rayonnants qui cheminent dans le milieu de culture et s'étendent sur les parois du tube.

Le parasite de l'intertrigo mycosique se présente sous l'aspect de filaments ramifiés et de spores en groupes provenant du bourgeonnement de ces filaments.

La thérapeutique de ces formes a été réalisée par des pommades à base d'acide benzoïque et salicylique avec grand succès. On peut également employer des lavages à l'eau iodée.

PELLAGRE

Considérations étiologiques sur la pellagre avec cinq observations inédites. (NICOLAS, MASSIA, DUPASQUIER. *Ann. de derm. et de syphil.*, janv. 1922, t. III, n° 1.) — La question est encore discutée de l'identité de la pellagre vraie, maladie endémique et épidémique qui serait due à l'ingestion du maïs avarié ou non et des pseudo-pellagres ou érythèmes pellagroïdes se rapprochant de la pellagre vraie par les symptômes, mais en différant par l'étiologie qui serait variable.

Les auteurs soutiennent l'identité clinique des deux groupes de manifestations pellagreuses, et estiment que la pellagre est constituée par un érythème spécial dans sa morphologie, atteignant même les parties qui ne sont pas exposées au soleil, par des troubles digestifs intenses, par de la vulvite, des phénomènes nerveux allant jusqu'à la névrite, le tout constituant un syndrome pellagreux qui est toujours identique dans tous les cas.

Les auteurs rapportent cinq observations et font une étude rapide des nombreuses théories qui se sont élevées au sujet de l'origine de la pellagre. Ils rappellent la théorie maïsique : on accusait le maïs sain ou le maïs altéré par le développement d'un parasite.

D'autres auteurs prétendirent que le maïs contient une substance photosensibilisatrice, capable d'expliquer les poussées à certaines périodes de l'année. Les recherches de Sambon ont cependant montré que la distribution géographique de la pellagre ne coïncide pas avec la distribution de la culture du maïs, ni avec celle de la consommation. On ne peut donc admettre que le maïs intervienne dans la production de la pellagre comme une cause spécifique.

Il n'exerce son action que chez les sujets qui s'en nourrissent exclusivement qu'à titre d'aliment insuffisant, avarié ou trop uniforme. La découverte des vitamines donna aux recherches sur la pellagre une orientation nouvelle, et les auteurs arrivent à la conclusion que le syndrome pellagreux se développe chez des sujets miséreux, ayant une alimentation carencée. Il faut également tenir compte de l'uniformité de l'alimentation, et l'usage répété et prolongé de la même substance nutritive. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte le terrain éthylique et une mauvaise hygiène générale.

LÈPRE

Traitement de la lèpre par les sels de terres rares. (NOËL. *Ann. de dermat. et de syphil.*, oct. 1922, p. 475, t. III, n° 10) — L'auteur a traité par les terres rares des malades atteints de lèpre à forme tubéreuse; la voie adoptée a été exclusivement la voie intraveineuse. Sept malades ont été traités pendant une période de six à sept mois, ils ont reçu de six à sept cures répondant à un total de 4g50 pour les enfants et 11 grammes pour les adultes; il a obtenu deux améliorations notables, quatre fois l'état est resté stationnaire, une fois aggravation nette.

Les nouveaux traitements de la lèpre. (P. NOËL. *Ann. de dermat. et de syphil.*, déc. 1922, p. 644, t. III, n° 12.) — Noël passe en revue la thérapeutique actuelle de la lèpre. Il reconnaît immédiatement que l'huile de chaulmoogra est l'agent le plus actif de l'arsenal médicamenteux.

La voie gastrique, la plus répandue, détermine vite de l'intolérance. Aussi on a tenté d'autres voies, intramusculaire et intraveineuse; la collobiase de chaulmoogra a fourni de bons résultats.

Aux Indes anglaises, Léonard Rogers a utilisé les acides gras solubles de l'huile de chaulmoogra. En les saponifiant avec de la soude il a préparé un gynocardate de soude soluble qu'il a injecté par voie veineuse. On a tenté aussi l'emploi des acides de l'huile de chaulmoogra en les utilisant directement à l'état liquide sans les saponifier avec un alcali. Cette méthode de Hollmann et Dean a donné en Hawaï de très beaux résultats. Son emploi se généralise dans nos colonies.

LEISHMANIOSE CUTANÉE

Deux cas de Leishmaniose cutanée contractée en Espagne et en France. Premier cas de contagion en France. (P. RAVAUT. *Ann. de derm. et de syphil.*, 1921, n° 1, p. 29.) — La pathologie infectieuse s'est enrichie, en France, d'apports exotiques. L'amibiase en est un exemple typique.

D'autre part, en se propageant sous nos climats, certaines infections se déforment et le tableau clinique s'éloigne du schéma observé dans les milieux habituels. Ravaut rapporte deux observations de leishmaniose cutanée : dans le premier cas, il s'agissait de bouton d'Orient, contracté en Espagne, dans le second, il s'agissait également de bouton d'Orient, contracté, en France, dans une région où se trouvaient des travailleurs coloniaux. La présence, dans les lésions, de nombreux leishmania confirma le diagnostic. Ces germes ont été transmis aux malades par des insectes piqueurs, tous les deux sont, en effet, affirmatifs sur les piqures de moustiques ou de mouches qu'ils ont subies.

Cliniquement, les lésions étaient représentées par de petits nodules inflammatoires sans ulcération, sans suppuration avec ébauche d'orifice central laissant sourdre un peu de sérosité. Aucun diagnostic ne put être porté par le seul examen clinique. Le laboratoire seul montra la nature de ce nodule inflammatoire. Il est à remarquer que la lésion observée était très différente des boutons d'Orient classiques à forme ulcéreuse étendue ou furonculeuse.

Les parasites furent retrouvés très nombreux dans les fragments de tissu.

L'auteur insiste sur la morphologie cellulaire spéciale car, malgré la présence de très nombreux parasites, l'on ne trouve pas de réaction polynucléaire, mais de grands mononucléaires et quelques cellules géantes.

L'évolution fut lente et torpide (plusieurs mois), cette lenteur différencie encore le bouton d'Orient de nos pays du type exotique.

Les deux malades de Ravaut furent traités par des injections intraveineuses de novarsenobenzol, la guérison fut rapide dans le premier cas, mais beaucoup plus lente dans le second Aussi l'auteur doute-t-il de l'efficacité du novarsenobenzol, car on sait que le bouton d'Orient peut guérir seul. Dans d'autres cas de leishmania, Ravaut a vu de rapides améliorations par des injections intraveineuses d'émétique et c'est à ce médicament qu'il conseille de recourir d'emblée.

DERMITES

Les éruptions provoquées par l'usage externe des dérivés salicyliques (salol, salicylate de méthyle et ses succédanés inodores). (G. THIBIERGE. *Journ. des prat.*, 24 juin 1922, p. 401.) — L'auteur montre que les éruptions développées au contact des dérivés salicyliques ont pour caractère commun de se traduire par un érythème plus ou moins étendu, accompagné d'infiltrations œdémateuses et par des vésicules d'abondance variable, pouvant arriver à coalescence pour constituer des soulèvements bulleux. Les substances nocives peuvent agir dès la première application et elles déterminent en même temps une sensibilisation qui rend les malades de plus en plus aptes à réagir aux produits.

L'auteur termine son article en montrant les déductions thérapeutiques qu'il faut tirer de la nocivité des produits salicylés.

Les lésions des ongles dans l'eczéma, le psoriasis et les dermites artificielles de cause externe. (Léon MAUREL. *Th. de Montpellier*, 1922.) — L'auteur conclut que la plupart des altérations que l'on observe dans l'eczéma et le psoriasis n'ont aucune spécificité. Les lésions qui semblent le plus spécifiques sont, pour l'eczéma, l'état gondolé, ainsi que son aspect terne et jaunâtre. Pour le psoriasis, l'hyperkératose de l'ongle. Les dermites artificielles, d'origine externe, provoquent une forme eczémateuse dans laquelle les lésions unguéales ne se différencient pas de celles de l'eczéma et une forme péri-unguéale pouvant aboutir à la suppuration et au décollement. Il faut retenir l'aspect particulier des onychopathies professionnelles chez les confiseurs, les plongeurs et au cours des radiodermites des radiologues; il y a lieu d'envisager la possibilité de mycose unguéale. Aussi, l'examen microscopique s'impose-t-il toujours.

L'auteur fait ressortir l'intérêt de l'examen médico-légal des affections unguéales.

De l'érysipéloïde. (W. DUBREUILH et P. JOULIA. *Ann. de dermat. et de syphil.*, déc. 1922, n° 12, t. III, p. 609.) — Les auteurs rapportent cinq observations de cet état, très voisin comme aspect de l'érysipèle mais qui ne s'accompagne pas de phénomènes généraux et de tuméfaction notable des ganglions. Il s'agit dans tous les cas rapportés d'une inoculation septique, mais jusqu'ici les résultats microbiologiques sont demeurés négatifs.

SCLÉRODERMIE

Sclérème des adultes et syphilis. Contribution à l'étude des endocrinides angio-neuro-trophiques d'origine syphilitique. (C. AUDRY et L. CHATELLIER. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1923, 6e série, n° 1, t. IV.) — Les auteurs concluent :

Il est absolument nécessaire de reprendre l'étude des sclérodermies généralisées en s'appliquant à y rechercher les stigmates de la syphilis. Si cette recherche, et en particulier les examens sérologiques, découvrent ces stigmates chez un grand nombre d'autres malades, il faudra bien se résigner à croire que la syphilis joue un rôle éminent dans l'étiologie des grandes sclérodermies.

Quelle part revient à la syphilis, à la tuberculose, voire en certains pays à la lèpre? C'est ce que l'avenir et de longues enquêtes permettront seuls d'établir.

Pour le moment, les auteurs émettent que le sclérème des adultes peut traduire une endocrinide syphilitique, et, s'il est vrai que la sclérodermie rentre dans le cadre des angiotropho-neuroses, une endocrinide syphilitique angio-trophoneurotique, au même titre que le syndrome de Raynaud et le syndrome de Pick.

Contribution à l'étude de la dermatite chronique atrophique Erythomélie de Pick. Acrodermatitis chronica atrophicans de Herxheimer. (L.-M. PAUTRIER et Mlle ELIASCHEFF. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1921, n° 6, p. 241.) — Les auteurs rapportent une observation typique de cette maladie beaucoup plus fréquente dans le centre de l'Europe qu'en France. Ils en donnent une bonne étude anatomo-histologique qu'on ne peut analyser ici et ils émettent l'hypothèse qu'à l'origine de cette affection est un état de dystrophie thyroïdienne.

Si cette pathogénie se confirmait, elle établirait un lien entre la dermatite chronique atrophique et la sclérodermie.

HERPÈS

Ectodermes neurotropes. Poliomyélite. Encéphalite. Herpès. Etude clinique, épidémiologique, histopathologique et expérimentale. (C. LEVADITTI. *Monographies de l'Institut Pasteur*, 1922, Masson et Cie, édit.) — Dans cet ouvrage, l'auteur résume tous ses travaux antérieurs sur les virus de ces trois maladies. On y trouvera une étude comparative sur les ultravirus neurotropes, et en particulier sur les relations du virus de l'herpès avec celui de l'encéphalite.

Cet ouvrage est trop important pour être analysé en quelques lignes.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET TRAITEMENT

Deux cas de prurigos rebelles guéris par l'autohémothérapie. (J. NICOLAS, J. GATÉ et D. DUPASQUIER. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1921, n° 3, p. 127.) — En 1913, P. Ravaut a montré les résultats que paraît donner l'autohémothérapie dans quelques dermatoses. Sans doute les indications de ce traitement ne sont pas encore bien réglées, mais il est acquis que, dans certains cas, la méthode a plein succès.

Les auteurs rapportent deux observations : la première est celle d'un tabétique atteint de prurit des membres secondairement accompagné de prurigo. Tous les traitements échouent. L'autohémothérapie est pratiquée à cinq reprises et la guérison complète est obtenue et demeure persistante.

La deuxième observation a trait à un prurigo ferox diathésique. Les traitements habituels ayant échoué, l'autohémothérapie est faite. Dix injections sont réalisées et la guérison est absolue.

Les auteurs rapportent ces deux cas, sans commentaires.

Il convient de retenir cet effet remarquable obtenu dans des prurigos rebelles, sans chercher des hypothèses interprétatives.

Métabolisme dans les dermatoses. Pathologie du métabolisme et dermatoses. (E. PULAY. *Dermat. Woch.*, 1921, n° 39, p. 1025 ; n° 47, p. 1217; n° 48, p. 1245.) — Pulay rapporte la suite de ses recherches. Dans un cas de lymphogranulomatose de la peau, hyperuricémie sanguine et urinaire. Dans deux cas de sclérodermie, augmentation considérable de la chaux dans le sang, beaucoup plus légère dans l'urine. L'examen du sang et des urines de trois cas de syndrome de Raynaud indique des troubles de la fonction rénale. Cholestérinémie dans un cas d'érythème polymorphe. Rétention calcaire considérable dans le sang au cours d'un lichen circonscrit de Vidal. Cholestérinémie dans quatre cas de xanthome. Hyperglycémie dans un cas de lipomatose douloureuse. L'auteur, à propos du lupus érythémateux, rappelle les travaux de Grosz et Volk qui font jouer un rôle éminent à l'influence de la lumière sur un territoire cutané modifié antérieurement par des actions microbiennes. Il résume à ce propos les expériences faites au sujet de l'influence de l'irradiation lumineuse sur les échanges nutritifs. Lui-même a constaté l'existence d'hyperuricémie sanguine. Il développe longuement une série d'arguments à l'appui de cette théorie de l'influence de la lumière sur la genèse du lupus érythémateux.

CRYOTHÉRAPIE

LORTAT-JACOB : 1° **Emploi du froid dans le traitement de certaines dermatoses. Cryothérapie. Cryocautères. Indications de la méthode. Résultats.** (*La Médecine*, numéro du 9 juin 1920.)

2° **La cryothérapie en dermatologie.** (*Progrès méd.*, 10 juillet 1920.)

3° **Cryothérapie**, art. *Traité* Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix.

4° **Comment employer la neige carbonique pour le traitement des dermatoses. Crayons et cryocautères. Technique. Indication de la méthode.** (*Paris méd.*, 18 mars 1922, 12e année, n° 11.)

Dans cet article d'ensemble, l'auteur résume les indications et l'emploi de la méthode qu'il a préconisée avec l'appareil dont il est l'inventeur. C'est une technique thérapeutique bien mise au point et ayant place désormais dans les traitements des maladies de la peau par les agents physiques.

SYPHILIGRAPHIE

I. Anatomie pathologique.

Recherches expérimentales sur la syphilis. (WASSERMANN. *Berl. klin. Woch.*, 1921, p. 193.)

Histopathologie des adénites syphilitiques primaires et secondaires. (M. E. ZURKELLE. *Dermat. Zeit.*, 1921, t. XXXIV, p. 1.)

Sous l'influence des spirochètes ou de ses toxines, les centres germinatifs ganglionnaires prolifèrent. Autour des

centres germinatifs, s'accumulent des cellules plasmatiques lymphocytaires, on observe d'une manière précoce l'endophlébite végétante et la périphlébite, les spirochètes occupent les fentes lymphatiques, le tissu lymphoïde, les parois vasculaires sanguines et la capsule. Il n'y a pas de spirochètes dans le centre germinatif.

Un cas de tréponémurie au cours de la syphilis secondaire. (Noël FIESSINGER et J. HUBER. *Soc. méd.*, 11 fév. 1921.) — Les auteurs trouvèrent, au septième jour d'une éruption secondaire, des tréponèmes dans l'urine; ce sont là des faits rares, et ils insistent sur la nécessité d'une technique précise mettant à l'abri des causes d'erreur. Cette élimination s'accompagne, tantôt de signes d'une grande néphrite secondaire, tantôt d'une simple albuminurie, dans quelques cas il n'y a pas de troubles du fonctionnement rénal.

II. Traitement.

Le traitement de la syphilis par le bismuth. (Voir les communications au *Congrès de dermatologie*, juin 1922.)

Le bismuth dans le traitement de la syphilis. (Emile WALLON. *Th. de Paris*, 1922.)

Dans sa thèse sur l'action des produits bismuthés dans la syphilis, l'auteur présente les résultats obtenus avec le tartrobismuthate de sodium et le bismuth colloïdal en injections intraveineuses. La rapidité du blanchiment est très favorable dans les deux cas, mais la négativité du Wassermann est plus durable avec le tartrate qu'avec le bismuth colloïdal.

Par contre, avec ce dernier produit, il n'y a pas à craindre de réaction locale, et la stomatite, quand elle survient, est moins intense et moins prolongée, car il n'y a pas ici d'accumulation de bismuth, suivie de décharges successives, comme on peut le voir avec des injections intramusculaires.

L'auteur met en lumière un fait intéressant : la forme sous laquelle le bismuth est introduit dans l'organisme joue un rôle important pour un même résultat, si l'on utilise le bismuth colloïdal, il faut un poids de bismuth moindre que si l'on utilise le tartro-bismuthate. La stomatite reste le gros obstacle au traitement bismuthé intensif. L'expérimentation chez le chien, très sensible comme l'homme à l'infection fuso-spirillaire, montre le rôle préventif incontestable de l'arsenic. Chez l'homme, un traitement bismutho-arsenical permet de prévenir la stomatite ou du moins retarde son apparition.

En somme, en regard d'une efficacité incontestable, voisine de celle des arsenobenzènes, le bismuth n'a à son actif aucun accident très grave. Enfin, le traitement bismuthique est extrêmement utile chez les intolérants aux injections d'arsenobenzènes et chez les arsenorésistants.

Névrite optique aiguë au cours d'un traitement par le bismuth. Méningo myélite aiguë mortelle au cours d'un traitement par le bismuth. Méningite aiguë un mois après la fin d'une série de 20 injections de 132 (Clément SIMON et BRALEZ. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syphil.*, n° 8, 1922, p. 345.) — Dans les deux premiers cas rapportés par les auteurs, les malades étaient soignées par le bismuth, la première malade, après onze injections, présenta une névrite optique suraiguë qui aboutit à la cécité définitive de l'œil.

La deuxième malade soignée pour une roséole, fut atteinte en plein traitement bismuthé d'une méningo-myélite mortelle.

Les auteurs pensent que ces lésions se sont produites, parce que le traitement n'a pas été assez actif, mais ils ne l'affirment pas, car leur troisième malade présenta une méningite aiguë après un traitement arsenical intensif. Il s'agit donc de trois faits de neuro-récidive. Pratiquement, ils concluent qu'il faut employer la médication au début de la syphilis aux doses les plus élevées possible, et cependant, avec certains types d'infections syphilitiques, on n'évitera pas toujours les localisations graves et précoces sur le système nerveux.

A propos de la stomatite mercurielle. (Clément SIMON. *Soc. franç. de derm. et de syphil.*, 11 janv. 1923.) — L'auteur rappelle l'histoire d'une malade qui n'avait eu aucun traitement mercuriel, mais qui avait présenté de l'intolérance pour le novarsenobenzol. Ce traitement ne tarda pas à provoquer un érythème scarlatiniforme avec une stomatite accompagnée de nécrose et de perforation du maxillaire supérieur. La mort survint par septicémie à point de départ buccal.

L'auteur insiste sur la gravité de cette stomatite, très rare, mais dont il faut tenir compte chez les malades intolérants.

III. Réactions de floculation.

Les récentes réactions de floculation dans la syphilis (BOAS et B. PONTOPPIDAN. *Acta dermato veneriologica*, vol. II, fasc. 10, avril 1922, p. 419.) — Les auteurs étudient comparativement la méthode Bordet-Wassermann et les techniques de floculation d'après la méthode de Meinicke et de Sachs Georgi. Ils concluent que ni l'une ni l'autre de ces deux méthodes peut remplacer la réaction de Bordet-Wassermann. Mais qu'il y a intérêt dans l'emploi parallèle de ces différentes modes d'exploration.

La méthode de Hecht et la réaction de Sachs Georgi en comparaison de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis. (Alessandro RADAËLI. *Giorn. ital delle mal. vener. e della pelle tar.*, p. 506, 1922.) — L'auteur insiste sur la plus grande simplicité de la méthode de Sachs Georgi qui en rend l'emploi aisé : Les résultats sont superposables à ceux du Wassermann.

La réaction de Sachs Georgi dans la syphilis. (TANIGUCHI et YOSHINARE. *British med. journ* , 1921, p. 239.) — Résultats concordant avec la réaction Bordet-Wassermann.

Recherches biologiques sur la réaction floculante de Sachs-Georgi dans la syphilis. (S. NICOLAU et A. BANCIN. *Ann. de derm. et de syphil.*, 6e série, t. III, n° 3, mars 1922.) — Les recherches personnelles des auteurs, entreprises sur plus de 500 cas, démontrent que les résultats de la méthode s'accordent dans la majorité des cas avec ceux de la réaction Wassermann et des données de la clinique.

L'article contient ensuite des renseignements d'ordre technique pour lesquels le lecteur devra se reporter à la lecture du texte original.

Cf. — Recherches comparatives sur les réactions de Wassermann et de Sachs Georgi. (VALLILO et J. SCOMAZZONI. *Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle* p. 1920, p. 664.)

Sur la réaction de Sachs Georgi (ROMAGNOLO. *Minerva medica*, déc. 1921, p. 50.)

LIVRES NOUVEAUX

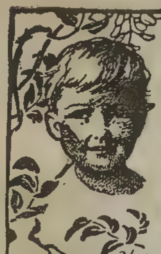
Propédeutique et technique urologiques (1), par le docteur G. WIENER, ancien urologue adjoint à l'hôpital Saint-Pierre, a Bruxelles.

Bien que l'urologie soit une évidente spécialité, les affections qui en relèvent se présentent au médecin avec une fréquence telle que la technique urologique moderne ne peut être ignorée des praticiens, certaines méthodes d'exploration urologique pouvant faire partie de leur pratique quotidienne.

Le précis rédigé, dans ce but, par le docteur Wiener, rappelle, tout d'abord, dans les premiers chapitres, les procédés d'examen de l'urine et des sécrétions génitales. Les chapitres suivants sont consacrés à l'instrumentation urologique, puis aux procédés spéciaux d'anesthésie L'auteur décrit, ensuite, dans tous ses détails, les procédés d'examen et de traitement de tout l'appareil uro-génital, y compris les procédés d'exploration fonctionnelle, aussi bien dans les affections chirurgicales que dans celles dites médicales des reins. Les derniers chapitres se rapportent à la symptomatologie urinaire générale ainsi qu'aux procédés les plus récents de diagnostic biologique usités en urologie.

L. G.

(1) Grand in-8 (16 × 25) de 492 pages avec 153 figures dans le texte. — Prix : 40 francs. — Bruxelles, Goemaere, imprimerie de l'Académie de médecine; Paris, Masson et Cie.







L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, par A. CALMETTE. Un vol. 632 pages, 2e édition. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Crouzon, Trémolières, qui acceptent; Sergent, Œttinger, Ravaut, Armand-Delille, Auclair, Thiroloix, Bernard, Darier, Baudouin, Widal, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DE BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE, CHARDON-LAGACHE, HENDAYE ET SAN SALVADOUR. — Le jury est définitivement composé de MM. Faroy, Monier-Vinard et Deniker.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN DES ASILES D'ALIÉNÉS EN 1923. — Un concours pour douze places de médecin chef de service dans les asiles d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 12 mars 1923. Par suite d'une disposition nouvelle résultant d'un décret du 26 décembre dernier, tous les docteurs en médecine français âgés de moins de trente-trois ans au 1er janvier 1923 peuvent s'inscrire à ce concours sans présenter obligatoirement un certificat de stage comme interne dans les asiles d'aliénés ou dans les hôpitaux.

Les candidatures sont reçues au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (premier bureau de la direction de l'Assistance) jusqu'au mardi 20 février inclus. Chaque postulant sera avisé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Pour tous renseignements complémentaires notamment au sujet de la situation matérielle (traitement plus avantages en nature), des épreuves du concours, des pièces à produire, etc., s'adresser au premier bureau de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, Paris (VIIIe).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Bar (de Paris), M. Vaillant, radiographe (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Binet et Comby (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Arnaud (de Vanves), Binant (d'Ailly-sur-Noye), Benech (de Bordeaux), Derien (de Rohan), Gautier (de Sétif), Mlle Landais (de Paris), MM. Maguin (de Château-la-Vallière), Meusnier (d'Amboise), Pecker (de Maule), Rafinesque (de Neuilly-sur-Seine), Rochon-Duvigneaud, Seglas et Tournier (de Paris).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — La médaille d'honneur des épidémies en vermeil a été décernée, à titre posthume, à M. Hauttement (Louis-Alfred), étudiant en médecine à Paris, décédé victime de son dévouement.

HOMMAGE A M. CH. VAILLANT. — La municipalité de Paris recevra lundi prochain 19 février à 3 h., en séance solennelle, M. Charles Vaillant, radiographe des hôpitaux, à qui sera remis une médaille d'or au nom de la Ville de Paris.

La cérémonie aura lieu dans la salle de séances au conseil municipal.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE THALASSOTHÉRAPIE. — Ce Congrès aura lieu à Venise les 9, 10, 11 et 12 avril 1923. Les titres des communications devront être transmis au plus tard le 15 mars, au secrétaire général du Comité italien, le professeur Ceresole, Ospedale civile, à Venise.

Les rapports devront être envoyés dactylographiés à la même adresse, au plus tard le 1er mars.

Des excursions guidées par des médecins compétents seront organisées pour faire visiter aux congressistes les principales villes d'Italie, les plus importantes stations balnéaires, thermales, climatiques.

Ces visites comporteront plusieurs itinéraires différents : les stations balnéaires marines de la Haute-Adriatique; le groupe thermal euganéen; le groupe toscan émilien; les stations de la Riviera de Gênes; les stations climatiques et thermales du golfe de Naples.

En outre, moyennant un modeste supplément de cotisation, les membres du Congrès de thalassothérapie pourront adhérer au Congrès italien d'hydrologie qui doit avoir lieu à Palerme, du 15 au 18 avril, et tout en bénéficiant des réductions accordées pour ce dernier Congrès sur tous les chemins de fer italiens, avec faculté d'arrêt dans toutes les villes situées sur le parcours jusqu'en Sicile.

Les adhérents français peuvent, dès à présent, s'adresser, pour transmettre leurs rapports ou communications, soit au

secrétaire général de l'Association de thalassothérapie, 21, rue du Mont-Thabor, Paris (Ier), soit au directeur de la *Presse Thermale et Climatique*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS (14 et 15, rue de la Bûcherie). — L'Assemblée générale des membres actifs de l'Association générale des étudiants aura lieu le samedi 17 février, à 20 h. 30, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine.

La carte 1922-1923 sera rigoureusement exigée à l'entrée.

LA MORT DU PROFESSEUR RŒNTGEN. — Le physicien Wilhelm-Conrad Rœntgen est mort à Munich, à l'âge de soixante-dix-huit ans. Il était né à Lennep, en 1845, et appartenait à une famille rhénane. Nommé privat-docent en 1874, il occupa successivement la chaire de physique des Universités de Strasbourg, Giessen et Würtzbourg. Il s'était déjà fait connaître par d'importantes études sur les phénomènes de capillarité, les chaleurs spécifiques, etc., lorsque son nom devint tout à coup célèbre à la suite de la découverte des rayons X, en 1895. Il est inutile d'insister sur la grandeur de cette découverte et la révolution qu'elle causa dans la physique, la biologie, la chirurgie, la médecine, etc. On donna, à ces rayons, le nom de rayons Rœntgen et leur inventeur qui, semble-t-il, n'en voulut tirer aucun profit personnel, fut nommé conseiller intime et professeur à Munich.

Il fut, rappelons-le, un des 93 signataires du fameux manifeste des intellectuels allemands, en octobre 1914.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — MALADIES DES YEUX. — Le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, fera le mardi 20 février 1923, les jeudis, samedis et mardis suivants, à 14 h. 1/2, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin, une série de dix conférences d'ophtalmologie pratique pour les médecins non spécialistes. Présentations de malades. Projections.

Ces conférences sont gratuites. S'inscrire à l'avance, directement ou par lettre, à l'hôpital Cochin.

Semblables séries en juin-juillet et en novembre-décembre 1923.

Tous les jours, à 9 h. 1/2 : Présentation d'affections oculaires courantes.

COURS PRATIQUE DE BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — Le docteur Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera son cours sur la broncho-œsophagoscopie et maladies de l'œsophage, à sa clinique-maison de santé, 15, rue de Chanaleilles (rue Vaneau), le mardi 27 février, à 5 heures, et les continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

S'inscrire auprès de la directrice de la clinique le matin, de 10 heures à midi et demi.

CHRONIQUE

LE LIVRET DE L'ÉTUDIANT

Ce livret qui vient d'être édité par le bureau des renseignements scientifiques de l'Université de Paris est appelé à rendre les plus grands services à nos étudiants, en leur donnant des conseils fort utiles. Tout étudiant, arrivant à Paris, devra se rendre à ce bureau dont le siège est à la Sorbonne, au centre des bâtiments, entre la galerie des Sciences et la galerie de Sorbon. Tout nouveau venu qui voudra s'instruire auprès de nos maîtres les plus éminents, qu'il se destine aux lettres, aux sciences, au droit, à la médecine ou à la pharmacie trouvera à ce bureau tous les renseignements dont il pourra avoir besoin sur les conditions de la vie matérielle et sociale au quartier latin : Logements, pensions, restaurants, etc.

On sait que la Chambre des députés vient de voter à l'unanimité le « prêt d'honneur ». Qu'est-ce que ce prêt d'honneur? Le moyen, pour les élèves des grands établissements d'enseignement supérieur, de continuer leurs études, malgré les difficultés de la vie actuelle : Or, il n'y a pas que l'Etat qui ait institué ce prêt d'honneur. Le chef du bureau des renseignements pourra indiquer à nos jeunes étudiants, certains établissements accueillants, amis de la jeunesse studieuse, qui ont déjà organisé, à leur manière, ce fameux prêt d'honneur, en ouvrant, à leur clientèle, un large crédit, à condition que le jeune client, devenu plus tard grand médecin ou grand avocat, saura s'acquitter de sa dette envers le confiant restaurateur.

Il existe, en outre, des legs, des donations, des fondations créées dans le but de venir en aide aux étudiants peu fortunés, à condition qu'ils s'engagent, par écrit, et sur l'honneur, à s'acquitter aussitôt qu'ils le pourront. Il suffira à l'étudiant gêné, pour continuer ses études, de s'adresser au doyen de la Faculté dont il dépend. Enfin, il y a les prix et les bourses fondés par des bienfaiteurs de l'Université de Paris, tels que les prix du baron de Trémont, les trois prix Goullencourt, le prix Voulers, le prix de la baronne de Rothschild, la bourse de voyage de M. Vergniaud, le prix Lacaze, le legs Marjolin, le legs Veret, la fondation Hervieux et d'autres encore.

On est vraiment ému de la généreuse pensée qui a guidé tous ces bienfaiteurs de la jeunesse de nos grandes écoles et on ne saurait se montrer assez reconnaissants à l'égard d'une générosité si bien placée et dont les résultats peuvent être si utiles à la patrie. En effet, combien de jeunes gens qui, par suite de leur pauvreté, seraient dans l'impossibilité de poursuivre leurs études et qui, grâce à ces précieux secours, pourront travailler et devenir plus tard d'excellents serviteurs de leur pays.

Etudiants, mes chers amis, n'oubliez pas le bureau des renseignements scientifiques de l'Université de Paris, ni le livret de l'étudiant.

A. BROCHIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 19 AU 24 FÉVRIER 1923)

THÈSES

Lundi 19 février. — Jury : MM. Letulle, président; Sebileau, Sergent et Lardennois. — M. LEYRAT (Louis). Pathogénie des ulcérations dans l'urémie. — M. DIDIERJEAN (P.). Contribution à l'étude des éventrations médianes. — M. GÉRARD (Paul). Des corrections cosmétiques de la pyramide nasale. — M. WUNSCHENDORFF (Georges). Etude du diagnostic entre le syndrome de Basedow et la tuberculose pulmonaire.

Mardi 20 février. — Jury : MM. Bernard, président; Claude, Laignel-Lavastine et Guillain. — M. KUDELSKI (Ch.). La gangrène syphilitique des extrémités. — M. GUILLERM (Henri). Contribution à l'étude des états fébriles au cours des psychoses. — M. LEYRITZ (Jacques). L'hallucinose.

Jeudi 22 février. — Jury : MM. Balthazard, président; Jsanselme, Roussy et Villaret. — M. LHUILLIER (Paul). Contribution à l'étude du chancre syphilitique du vagin. — M. JEANGEON (Jean). De la responsabilité médico-légale du dentiste.

RENSEIGNEMENTS

594. — **UNE PLACE D'INTERNE EST VACANTE A L'INSTITUT CALOT A BERCK-PLAGE** (Pas-de-Calais). — Conditions à remplir : avoir passé tous ses examens; engagement pour un an. Conditions offertes : logé, nourri et 400 fr. par mois. Se présenter chez M. Calot tous les samedis et lundis, de 3 h. à 5 h., à Paris, 69, quai d'Orsay.


LABORATOIRE
Prof. Arnaud
NATIVELLE


Nujol
Nujol

ou de transformation, jouent un rôle en pathologique gastrique notamment dans la formation de certains ulcères.

Méthode de floculation (Vernes) et réaction de Bordet-Wassermann — Dans cinquante cas de syphilis, MM. LORTAT-JACOB et LEGRAIN ont noté dans la majorité des cas une concordance entre les résultats fournis par la réaction de Bordet-Wassermann, le Hecht et la méthode de Vernes. La réaction de Hecht s'est montrée plus sensible que le Bordet-Wassermann et dans deux cas elle fut positive alors que les réactions de Wassermann et de Vernes étaient négatives.

M. QUEYRAT insiste sur ce fait que la réaction de Hecht est beaucoup plus sensible que la méthode de Vernes et critique le terme inexact de syphilimétrie.

M. MILIAN partage l'opinion de M. Queyrat et considère que la floculation n'est pas un progrès.

Note sur l'histopathologie de l'aïrhum paralépreux. — MM. DELAMARRE et ACHITOUR.

Péricardite séro-fibrineuse. Pneumopéricarde artificiel. Symphyse consécutive. L'hémiplégie péricardique. — MM. J. TROISIER, A. JACQUELIN et R. GAYET relatent la longue évolution d'une polysérite tuberculeuse au cours de laquelle une péricardite séro-fibrineuse se déclara. Traité successivement par les ponctions sous-xyphoïdiennes et l'injection d'azote, l'épanchement finit par se résorber et laisser place à une symphyse péricardique pure, en l'absence d'adhérences sterno-costo-cardiaques.

Les auteurs décrivent en outre l'hémiplégie péricardique, complication de la période d'état de la péricardite avec épanchement, indépendante à leur avis de la parcentèse et liée à des lésions organiques des noyaux gris d'origine vraisemblablement embolique.

Traitement d'un cas de purpura hémorragique par le choc peptonique. — MM. G. PAISSEAU et ALCHEK.

Les images radioscopiques de la pneumonie franche. — Les examens pratiqués par MM. G. PAISSEAU et ISER-SALOMON les conduisent à cette conclusion que la forme de l'ombre pneumonique est subordonnée au siège du foyer hépatisé. La pneumonie du lobe supérieur se traduit chez l'adulte comme chez l'enfant, par le triangle classique il n'y est plus rare qu'en proportion de la rareté relative de la pneumonie du sommet qui est, au contraire presque la règle chez l'enfant.

Les pneumonies du lobe inférieur débutent le plus souvent par la corticalité, cette origine corticale sans être aussi constante que l'admettent les auteurs lyonnais est cependant beaucoup plus fréquente que le point de départ hilaire considéré comme la règle par les auteurs allemands. Toutefois le siège et la forme du foyer primitif sont variables et il ne naît pas en un point d'élection, comme la région axillaire dans la pneumonie du sommet.

Le foyer se caractérise par une extension rapide à toute l'étendue du lobe, mais il respecte assez souvent les régions marginales (sinus-costo-diaphragmatique et région médiastine) ce qui peut lui donner secondairement une apparence triangulaire, triangle tardif qui n'a ni la signification ni la constance du triangle primitif de la pneumonie du sommet.

Au cours de leurs examens les auteurs ont eu l'occasion d'examiner une malade à l'écran dès le début du frisson et de constater l'existence d'une image de foyer hépatisé. Il peut donc y avoir synchronisme entre le début des signes généraux de la pneumonie et l'hépatisation, sans phase de scepticémie préalable.

Etude expérimentale radiologique des injections trachéales au moyen de l'huile iodée. — MM. J. FORESTIER et L. LEROUX, par injection sous-glottique après anesthésie laryngée, sur des sujets en position couchée, ils obtiennent suivant l'inclinaison donnée au sujet et la dose de liquide injectée, la pénétration de celui-ci dans les différents lobes pulmonaires y compris les sommets, réalisant ainsi une thérapeutique rationnelle qui est d'amener le médicament au contact de la lésion à atteindre.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1923)

Ostéomyélite chronique et tuberculose ostéo-articulaire. Considérations cliniques et radiographiques. — MM. MASSABUAU, MILHAUD et GUIBAL. A propos de deux cas de diagnostic difficile, les auteurs insistent sur la nécessité de mettre en œuvre systématiquement toutes les ressources du laboratoire : examen du sang (Wassermann, Hecht, Bauer, Besredka), épreuve de la cuti-réaction et parfois intradermo-réaction, pour l'établissement d'un diagnostic certain dans les affections ostéo-articulaires. C'est la méthode suivie par les chirurgiens de l'hôpital maritime de Berck.

Tuberculose cérébro-méningée latente chez un tuberculeux pulmonaire, méningite tuberculeuse rapide terminale déclanchée à l'occasion d'un traumatisme. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et SIMÉON. Il faut souligner le rôle révélateur du traumatisme (révélation ou coïncidence?). Le moindre ébranlement statique est à redouter chez les sujets porteurs de foyers bacillaires juxta-rénaux (témoin les méningites consécutives à la ponction lombaire survenues chez certains pottiques).

Il est remarquable, en outre, que, dès le deuxième jour de cette méningite à début brutal et sans déchéance préalable, le taux des chlorures rachidiens ait été trouvé abaissé à 5gr10.

Lymphangiome kystique congénital du cou. — M. GRYNFELTT rapporte l'observation d'un lymphangiome du cou enlevé sur un enfant nouveau-né par le docteur E. Arrufat (de Béziers). Il donne une étude histologique détaillée de cette tumeur, intéressante par la constitution de sa trame conjonctive, du type tramulaire suivant la terminologie de Renaut. Dans ce tissu conjonctif d'allure si spéciale existaient de nombreux ganglions lymphatiques en voie de formation. D'après la disposition générale des cavités lymphatiques qui constituent cette tumeur polykystique, il est important de noter que l'on a affaire à une forme mixte, c'est-à-dire kystique par endroits, caverneuse par ailleurs, ce qui montre que la classification des lymphangiomes, selon Wegner en simples caverneux et kystiques, est artificielle et schématique.

Gangrène pulmonaire. (*Présentation de pièces.*) — MM. DUCAMP, GUEIT, PUECH et SOLIER.

Une méthode précise et sensible pour obtenir le spectre de l'hémochromogène. — MM. PIETRI et PORTES.

Application de la méthode de Ross à l'examen du sang des ascidies. — MM. PORTES et Ch. BENOIT indiquent la modification qu'ils ont apportée à la méthode de H. C. Ross (1906) pour l'appliquer à l'étude des globules d'ascidies. Ils déposent une goutte de sang recueillie par ponction du cœur sur une mince pellicule d'agar (17 p. 100 dans de l'eau de mer artificielle) qui contient des colorants vitaux (le rouge neutre, par exemple, qui est aussi un indicateur de P. H). Les globules absorbent le colorant et peuvent prendre des teintes variables suivant les réactions qu'ils présentent. Il y a là une méthode d'observation pratique.

Urémie et opothérapie. — M. FABRE DE GRAISSESSAC. Observation d'une crise d'urémie survenue au cours d'une grippe et caractérisée par de l'oligurie, de l'albuminurie, de la céphalée, des vomissements, de l'amaurose, des crises épileptiformes. Au quatrième jour, injection de 20 centimètres cubes de sérum de veine rénale de chèvre (carrion); puis injection quotidienne de macération de rein de porc (un rein par jour); enfin, nouvelle injection de 20 centimètres cubes de sérum de veine rénale, guérison de tous les accidents.

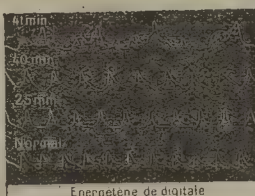
Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

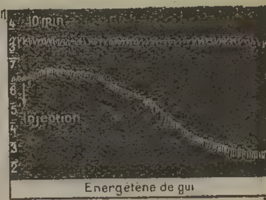
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

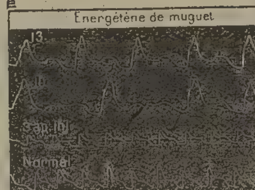


BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dents et maux de dents, par le docteur Albert Ducournau, chef de clinique à l'Ecole de stomatologie. (Bibliothèque des connaissances médicales, dirigée par le docteur Apert.) Un vol. in-18, avec 24 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.









Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Crouzon, Trémolières, Œttinger, Armand-Delille, Thiroloix, Darier, Baudouin, Widal, qui acceptent; Sergent, Ravaut, Claude, Bernard, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le lundi 14 mai 1923, s'ouvrira un concours public pour la nomination d'un chef de laboratoire de radiologie.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 5 mai 1923, à 11 h. du matin.

Pour toutes autres conditions d'admission au concours, s'adresser à l'administration centrale des Hospices, bureau du personnel, passage de l'Hôtel-Dieu, 44.

— Rouen. — Le mercredi 6 juin 1923, un concours aura lieu à l'Hospice-Général, à 16 h. 1/2, pour la nomination d'un médecin-adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'Hospice-Général; la liste d'inscription sera close le 11 mai 1923, à 18 h., et passé cette date, aucune inscription ne sera admise.

— Toulouse. — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Bertrand, Lyon, Viela, Calmette, Galy-Gasparrou, Charry et Sarroste.

Internes provisoires : MM. Thomas, Caffort, Morel et Lapasset.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur G. Rafinesque (de Paris, et non de Neuilly-sur-Seine, comme l'a indiqué le *Journal officiel*).

CONGRÈS INTERNATIONAL D'URBANISME ET D'HYGIÈNE MUNICIPALE (Strasbourg, 15, 16, 17 et 18 juillet 1923), organisé par la Société française des urbanistes.

Programme provisoire. — Section I. — *Législation.* — Où en est la législation urbaniste en France et à l'Etranger; règlements; enseignement de l'urbanisme; propagande.

Section II. — *Plans de villes.* — Plans d'aménagement et d'extension des villes; esthétique urbaine; lotissements; cités-jardins; promenades; parcs et terrains de jeux; jardins ouvriers; lever de plans de villes.

Section III. — *Hygiène urbaine.* — Adduction et stérilisation des eaux; construction et entretien des rues; assainissement; nettoiement; ordures ménagères; transports en commun.

Section IV. — *L'habitation.* — Crise du logement; reprise de la construction; mesures d'avenir; hygiène de l'habitation; assainissement des logements insalubres.

Participation au Congrès. — Droit d'entrée de 25 francs donnant droit : à des réductions de tarifs sur les transports, par chemin de fer et sur les lignes aériennes; à l'entrée permanente de l'Exposition de Strasbourg pendant le Congrès; à la participation aux travaux du Congrès, etc.

Les adhésions au Congrès devront parvenir au Commissariat général avant le 20 avril, accompagnées de la somme de 25 francs en mandat ou chèque au nom de M. Balleyguier.

Journées du Congrès. — *Dimanche 15 juillet.* — Visite de l'Exposition. Le soir, dîner amical permettant aux congressistes de faire connaissance.

Lundi 16 juillet. — 9 h. : inauguration du Congrès, discours, directives générales. — 10 h. : ouverture des travaux par sections. Lecture et discussion des rapports. Déjeuner. — 2 h. 1/2 : reprise des travaux. — 7 h. 1/2 : dîner.

Mardi 17 juillet. — 10 h. : réunion plénière. Mise aux voies des vœux. Déjeuner. L'après-midi, visite dans la ville et aux environs. Œuvres municipales de Strasbourg. Banquet.

Mercredi 18 juillet. — Visite à Mulhouse. Cités ouvrières Dollfus. Cités-jardins des Mines de potasse. Retour par Belfort.

Ce programme sera complété.

Toute la correspondance doit être adressée à M. Albert Parenty, 10, rue Lavoisier, Paris, tél. : Gutenberg 21-45.

FÊTES EN L'HONNEUR DE PASTEUR. — MEXIQUE. — Le 27 décembre dernier, en présence des professeurs et des étudiants réunis à la Faculté de médecine, le docteur J. Terrès Torija, au nom de l'Association médicale franco-mexicaine, remit à la Faculté un médaillon en bronze de Louis Pasteur. Le docteur Fr. Canale accepta le bas-relief, puis le docteur Blanco Villalta, ministre d'Argentine et auteur de cette œuvre d'art qu'il grava avec tout son cœur d'artiste et de médecin, en offrit un autre exemplaire à l'Alliance française, tandis que le troisième médaillon fut envoyé à Paris au nom des intellectuels de Mexico et de la colonie française.

Le préfet de la ville prit alors la tête du cortège civique qui, traversant la ville, se rendit au monument de Pasteur dans le jardin Pasteur. Là, au milieu de décorations improvisées, la foule écouta respectueusement le discours du docteur César Margain.

Le soir, eut lieu au théâtre une fête organisée par le ministère de l'Hygiène; le docteur A. Pruneda prononça l'éloge de Pasteur et le docteur Puig récita une poésie.

Enfin, l'Association médicale franco-mexicaine tint une séance scientifique au cours de laquelle un hommage d'admiration fut rendu au grand savant français.

— BRÉSIL. — A l'occasion de l'anniversaire de Pasteur on a procédé solennellement à la pose de la première pierre d'un monument à la mémoire de Pasteur. Des discours furent prononcés par le professeur Magalhaes et M. Conty, ambassadeur de France.

A l'Académie de médecine les étudiants et les professeurs écoutèrent les discours des docteurs Garfield Almeida et Oserio Almeida.

Le préfet de Rio décida de donner le nom de Pasteur à l'une des avenues débouchant sur la place où s'élèvera le monument de Pasteur.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MÉDECIN-CHEF D'UN DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX. INDÉPENDANCE DU MÉDECIN. RÉVOCATION POUR CAUSE LÉGITIME.

Dans l'exercice de ses fonctions, le médecin-chef d'un établissement médical doit avoir toute son indépendance pour ordonner le traitement que doit suivre le malade; et s'il y a divergence à cet égard entre lui et le Conseil d'administration, celui-ci ne peut trouver un motif légitime dans la résistance du médecin pour le révoquer. La révocation sera au contraire légitime si elle trouve sa cause dans des faits graves à la charge du médecin, rendant impossibles les relations entre ce dernier et le Conseil.

C'est ce qu'a décidé la 1re Chambre de la Cour d'appel de Paris dans son arrêt du 14 décembre 1922 (*Gaz. Trib.*, 28 janv. 1923). En voici la teneur dans la partie qui peut intéresser les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*.

« Considérant que le docteur X..., médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Y..., révoqué de ses fonctions par décision du Conseil d'administration, a intenté contre le Conseil représenté par son président une demande en dommages-intérêts; que le Tribunal, appréciant la mesure prise contre le docteur X..., en trouve la justification dans la résistance opposée par lui à l'injonction qui lui avait été adressée par le Conseil d'administration de n'employer que la spécialité pharmaceutique dite « D........ » et de s'abstenir de prescrire tout produit similaire non autorisé par « l'Œuvre de la tuberculose humaine » ; que le Tribunal affirme le droit qu'avait le Conseil d'administration d'imposer à X... l'usage exclusif d'un médicament, ajoutant que si, dans les hôpitaux, les médecins véritables chefs de service agissent pour le traitement des malades en toute indépendance, il en est autrement au dispensaire de Y... où les malades tous atteints de la même affection — la tuberculose — se trouvent soumis à une médication identique.

Considérant qu'à aucun point de vue cette thèse ne saurait être admise; que l'identité de traitement imposé au médecin à l'égard de tous les malades du dispensaire, à raison de leur qualification commune de tuberculeux, et abstraction faite de toutes particularités individuelles, paraît contraire aux principes les moins contestables de la science ; qu'elle méconnaît les droits et les obligations du médecin à qui son diplôme attribue toute liberté dans les prescriptions et dont la fonction est d'instituer un traitement dépendant uniquement de la conscience professionnelle; que cette liberté est la condition même de sa responsabilité, et que sans elle ne peut se concevoir la pratique de l'art médical; que les motifs sur lesquels est fondée la décision du Tribunal doivent donc être complètement écartés... »

L'arrêt décide dans la suite que le Conseil d'administration a pu légitimement prononcer la révocation du médecin-chef de l'établissement en raison de faits qui sont ici sans intérêt. Ce que nous voulons signaler, c'est le principe, proclamé par la 1re Chambre de la Cour d'appel de Paris, de l'indépendance du médecin dans l'institution du traitement; et elle le proclame dans des termes très heureux. Ce qu'il importe d'observer, d'autre part, c'est que la Cour reconnaît implicitement la validité du contrat de louage de services dans l'exercice de la profession de médecin, puisqu'elle a prononcé la révocation de ce contrat.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Légendes et contes du Bocage Vendéen (1) transcrits par le docteur BOISMOREAU, *vendu au profit* de « la MAISON DU MÉDECIN. »

Encore une bonne action à signaler : s'il est une œuvre qui mérite notre intérêt et nos encouragements, c'est bien cette chère maison du médecin où nos vieux confrères fatigués et peu fortunés trouvent un asile si confortable et si agréable.

Notre excellent et éloquent collègue Dartigues, trésorier général de la Maison du médecin, a écrit pour ce livre une préface empreinte d'une de ces envolées lyriques dont il a le secret.

Nous ne pouvons que nous joindre à lui quand il dit à nos confrères : « prenez, ouvrez, lisez ce livre. » En le prenant nos confrères feront une bonne action, en l'ouvrant ils verront une belle édition, ornée de fort jolies gravures de Marcel Fleury, en le lisant, ils reconnaîtront que l'auteur, le docteur Boismoreau (de Saint-Mesmin) a su très heureusement traduire tout le charme qui émane de son Bocage vendéen.

La lecture de ces légendes et de ces contes n'est pas sans charmes. Elle repose un peu l'esprit des lectures trop sérieuses de nos œuvres professionnelles ou des lectures plus ou moins scandaleuses de la littérature moderne. Et puis, ne l'oublions pas, il s'agit de venir en aide à la Maison du médecin.

Confrères, en faisant une bonne œuvre vous passerez d'agréable moments, *omne tulit punctum qui miscuit utile dulci.*

A. BROCHIN.

(1) Paris, Edition du Livre de France, 42, boulevard Port-Royal.

LA TRACHOMTHÉRAPIE

PAR L'INFILTRATION SOUS-CONJONCTIVALE DE CYANURE DE MERCURE (1)

Par le docteur EMILE JUNÈS,
Oculiste municipal à Sfax (Tunisie).

Les moyens thérapeutiques opposés au trachome sont aussi nombreux que variés. On peut s'en rendre compte en relisant l'inventaire qu'en ont récemment dressé MM. Archimbaud et Chauvin (2). C'est là une preuve que le véritable traitement de cette maladie reste à trouver. Les expériences de Charles Nicolle et A. Cuénod sur la vaccination antitrachomateuse, commencées en 1907 avec la collaboration du docteur L. Blaizot et reprises en 1919 avec celle du docteur Georges Blanc, ont découvert des horizons nouveaux et pleins de promesses; mais elles n'en sont encore qu'à leur période d'essai (3). Nous devons donc nous contenter des méthodes qui nous sont actuellement offertes. Parmi elles, l'injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure occupe l'une des premières places. C'est son étude que nous allons entreprendre.

***

Historique. — Les injections sous-conjonctivales sont, depuis assez longtemps, employées dans les affections du globe de l'œil. Rothmund, de Munich, a eu l'honneur, en 1866, d'imaginer et d'introduire ce procédé en thérapeutique. Il se servait d'une solution concentrée de sel marin pour éclaircir les taies de la cornée. Après lui, plusieurs auteurs, et tout particulièrement Darier dès 1891, en étendirent considérablement les applications. Les maladies des diverses parties du globe, cornée, sclérotique, épisclère, iris, corps ciliaire, choroïde, rétine et même nerf optique, ont été appelées à en bénéficier. C'est une méthode précieuse, mais il ne faut y recourir qu'à bon escient et concurremment à d'autres moyens.

Dans le traitement des affections oculaires autres que celles du globe, et spécialement dans la conjonctivité granuleuse, les injections sous-conjonctivales ne paraissent avoir été méthodiquement utilisées que depuis les essais de Santos Fernandez, de Dransart, et surtout depuis Cuénod. A leur suite, ont été recommandées, d'après ce procédé, un grand nombre de substances, parmi lesquelles nous citerons : le permanganate de potasse, — le sublimé, le cyanure d'hydrargyre, le salicylate de mercure ou Enésol, — l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, — l'iodate de sodium, l'eau de mer, l'air stérilisé, — les sérums antitoxiques, le lait bouilli, — les vaccins antitrachomateux. Mais c'est au cyanure qu'est allée jusqu'ici la grande majorité des suffrages (4).

L'idée première concernant l'emploi de ce sel en injections sous-conjonctivales contre le trachome, revient, à notre connaissance, au docteur Cuénod. De cela témoigne un travail publié par lui, il y a une quinzaine d'années (1). Cette publication est de mai 1907, mais l'auteur appliquait sa méthode depuis le 3 octobre 1902. A cette date, il l'expérimenta sur une femme arabe de la campagne, Zenika B... Encouragé par les résultats obtenus, il l'utilisa, dès lors, d'une manière systématique, en l'associant, pour plus de sécurité, au curettage des granulations. En 1907, le relevé des cas ainsi traités s'élevait à plus de 2.000. Nombreux sont les oculistes qui s'engagèrent dans la voie explorée par l'éminent spécialiste tunisien (2). Pour notre part, depuis une dizaine d'années, nous avons eu fréquemment l'occasion, et non sans succès, de mettre en pratique son enseignement.

Au récent Congrès de Washington, le docteur Gemblath a présenté une intéressante communication concernant le traitement du trachome par ces mêmes injections au cyanure (3). Ce serait là, d'après lui, un procédé nouveau. Deux médecins roumains, MM. Lobel et Stiacovici, l'avaient, dit-il, déjà préconisé en novembre 1920, mais postérieurement à ses premiers essais. Il faut remercier le docteur Gemblath d'avoir de nouveau attiré l'attention sur cette excellente méthode, et d'avoir précisé certains

---

(1) Communication à la Société Tunisienne des Sciences médicales.

(2) ARCHIMBAUD et CHAUVIN. Le trachome, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 75, p. 1194-1196.

(3) Ces recherches ont été consignées dans deux mémoires publiés, le premier dans les *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis* (1913, fasc. 2, p. 157-182) et le second dans les *Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord* (1921, fasc. 2, p. 149-179).

(4) Santos FERNANDEZ (de la Havane) qui, l'un des premiers, préconisa l'emploi des injections sous-conjonctivales dans le trachome, employait le *permanganate de potasse*, mais avec des résultats insuffisants (*Revue gén. d'ophtalm.*, oct. 1897). — Le *sublimé*, utilisé par Dransart (cité par CETNAROWICZ. *Clinique ophtalm.*, 1901, p. 279), a été abandonné comme dangereux et producteur d'escarres; il est, en outre, extrêmement douloureux. — Après Darier, Albert TERSON a indiqué l'*énésol* comme pouvant être substitué aux autres sels mercuriels (*Paris méd.*, 1917, p. 284); mais, en ce qui concerne ses applications dans le trachome, l'étude approfondie qu'il nous a promise n'a pas encore été publiée. — L'*iodate de sodium*, expérimenté par Schiele, agit par l'iode à l'état naissant; il ne semble pas avoir donné de grands résultats entre les mains du docteur KONKROFF [de Pensa] (*Wiestnik Ophtalm.*, janv. 1914). Cet auteur essaya plusieurs autres substances, parmi lesquelles l'*acétate de plomb*; ses préférences s'arrêtèrent, enfin, au *sulfate de cuivre*. Ce dernier sel avait cependant été déconseillé par le docteur CUÉNOD qui lui attribue une action trop violente et trop douloureuse (*Clinique ophtalm.*, 1907, p. 150). — Nous basant sur l'influence du terrain lymphatique sur l'éclosion de la maladie, nous avons, à l'exemple d'autres expérimentateurs, utilisé l'*eau de mer* en solution isotonique; nous n'en avons obtenu que des améliorations légères, fugaces et, somme toute, insignifiantes. — L'*air stérilisé*, d'après DARIER (*Traité de thérapeutique oculaire*, 1921, p. 133), serait complètement dépourvu d'effets dans le trachome. — Le *sérum antidiphtérique* ne modifie pas les granulations, mais exerce une action favorable sur les infections aiguës intercurrentes (PICALUGA. *Clinique ophtalm.*, 1910). — Le *lait complet bouilli* n'agit que sur les complications cornéennes du trachome (MAZZEI. *Arch. di ottalm.*, Naples, août 1921). — Les *vaccins antitrachomateux* : auto-vaccin de l'Institut Pasteur de Tunis; vaccin humain polyvalent de Demaria, Mazza et Revay [de Buenos-Ayres] (*Arch. d'ophtal. hispano-américaines*, mars 1916), etc., ont été administrés surtout par voie sous-conjonctivale : ce procédé ne représente actuellement qu'un « bon adjuvant aux traitements ordinairement employés » (NICOLLE et CUÉNOD. *Mémoire* de 1921, loc. cit., p. 155).

(1) CUÉNOD. Sur le traitement du trachome, *Clinique ophtalm.*, 1907, n° 10, p. 147-150.

(2) Le célèbre major anglais Henry SMITH [de Jullundur, dans l'Inde] estime que ces injections constituent, à l'heure actuelle, le traitement le plus pratique des granulations (Injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure dans le trachome, *Indian med. Gaz.*, août 1919). — Le russe KONKROFF (Loc. cit.) les a expérimentées avec succès, bien qu'il leur ait préféré le sulfate de cuivre. — D'après Elena PUSCARIN, privat docent à Bucarest, ce procédé est couramment appliqué en Roumanie dans le traitement du pannus trachomateux (Traitement du trachome, *Clinique ophtalm.*, 1914, p. 495).

(3) GEMBLATH. Traitement du trachome par les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure, *Congrès intern. d'ophtalm. de Washington*, avril 1922, p. 95-101 du Recueil.

points de sa technique. Remarquons, toutefois, qu'avant lui, elle n'était pas tout à fait inconnue des ophtalmologistes.

*
* *

Technique. — Caractéristiques du procédé. — Le docteur Cuénod, promoteur de la méthode, opère de la façon suivante. Après un curettage minutieux des granulations, précédé de scarifications et aidé, au besoin, d'un brossage, il pratique des piqûres multiples, de II à III gouttes chacune, et ainsi réparties : trois ou quatre, en série longitudinale, au niveau du cul-de-sac supérieur, près de la limite du tarse ; une ou deux sous la conjonctive bulbaire, non loin du limbe ; une dans la caroncule lacrymale ; une ou deux dans le cul-de-sac inférieur. La solution contient une dose forte de cyanure : 2 grammes par litre.

La méthode que nous allons exposer, simple modification de la précédente, est celle du docteur E.-L. Jones, de Cumberland, appliquée au trachome (1). C'est celle du docteur Gemblath, et celle que nous avons nous-même, depuis longtemps, suivie. Contrairement à la première, elle utilise l'injection massive de 1 centimètre cube et demi, 2 centimètres cubes, et même 3 centimètres cubes de liquide, faite en un point unique de la conjonctive bulbaire ; cette injection est pratiquée seule, à l'exclusion de tout autre moyen ; la solution, beaucoup plus faible, contient 1 gramme de sel pour 1.500 à 5.000 grammes d'eau.

Quel que soit le procédé, le principe reste le même : produire, simultanément, dans les différentes zones sous-conjonctivales, au niveau du bulbe, du fornix et de la paupière, une infiltration plus ou moins abondante de cyanure.

Matériel. — Les instruments essentiels sont : *a.* une seringue de Pravaz, d'une contenance de 2 centimètres cubes ; *b.* une aiguille longue de 2 ou 3 centimètres ; elle peut être droite ou courbe, mais il faut surtout qu'elle soit aussi fine que possible, à surface bien polie et à extrémité soigneusement affilée. — Il est bon aussi de se munir, surtout pour les premiers essais, d'un écarteur des paupières et d'une petite pince destinée à saisir la conjonctive.

L'on aura, d'autre part, à sa disposition, les deux solutions suivantes :

Première solution (pour instillations) :

Cocaïne (chlorhydrate)........	Cinquante centigr.
Adrénaline (solution au 1000e).	V gouttes
Eau distillée.................	10 grammes

Deuxième solution (pour injections) :

Cyanure de mercure.........	Un centigramme
Cocaïne (chlorhydrate).......	Trente centigr.
Eau distillée.................	30 grammes

Ces préparations seront, autant que possible, exécutées au moment du besoin, afin de conserver à l'anesthésique son maximum d'efficacité. La solution de cyanure est, on le voit, à 1 p. 3000. C'est le titre primitivement adopté par le docteur Gemblath. Il sera prudent de ne pas le dépasser.

Solutions et instruments devront être parfaitement stérilisés. Autre recommandation importante : vérifier, au préalable, le bon fonctionnement de la seringue et de l'aiguille.

Manuel opératoire. — Le malade est couché. On instille, dans l'œil choisi, II gouttes de la première solution. On les renouvelle à deux autres reprises, avec des intervalles de trois ou quatre minutes. L'anesthésie de la surface conjonctivale est ainsi obtenue en moins d'un quart d'heure. L'adjonction d'adrénaline au collyre a principalement pour but de rendre la membrane exsangue, avantage précieux dans les cas de forte hyperhémie.

On remplit la seringue avec la solution de cyanure jusqu'à la division de 2 centimètres cubes (1).

L'écarteur étant fixé, on invite le malade à regarder fortement en bas et un peu en dedans. On lui fait ainsi découvrir, le plus largement possible, le segment supéro-externe de la conjonctive bulbaire. C'est à ce niveau, entre les tendons des muscles droit supérieur et droit externe, que doit porter l'injection. Cette partie de la surface conjonctivale est, en effet, la plus accessible et la moins sensible à la piqûre (Darier). A une distance de la cornée d'environ 6 à 7 millimètres — plus près du fornix que du limbe — on soulève délicatement la muqueuse avec la pince tenue de la main gauche. Saisissant la seringue de la main droite, on présente l'aiguille tangentiellement à la sclérotique, le bec dirigé vers le haut, et on l'enfonce à la base du pli ainsi formé. On prendra garde de ne pas la faire pénétrer trop profondément, mais seulement jusqu'à ce que son extrémité en biseau, c'est-à-dire la portion correspondant à son ouverture, ait complètement disparu sous la conjonctive. Celle-ci, il faut bien le savoir, est difficile à perforer, bien qu'elle soit mince et souple (Duverger). C'est pourquoi, nous le répétons, l'aiguille doit être d'un calibre réduit, à surface lisse et glissante, et à bec bien pointu : elle ne pourra être maniée avec toute la dextérité et toute la précision voulues que si ces conditions sont réalisées.

L'aiguille est en place : on supprime la pince et on pousse l'injection. Celle-ci doit être exécutée très lentement, car il ne faut pas provoquer une distension trop brutale de la muqueuse. Sous la poussée du liquide, il se forme, au lieu même de la piqûre, une boule d'œdème qui va peu à peu en s'accentuant. Elle gagne d'abord le segment supérieur et les parties latérales de la conjonctive bulbaire, qui, en se soulevant, forme, autour de la cornée, un bourrelet de plus en plus volumineux. Puis elle envahit et comble le cul-de-sac supérieur. Enfin, lorsque les progrès de l'affection n'ont pas rendu la muqueuse tarsienne trop adhérente au plan sous-jacent, la solution peut la distendre jusqu'à une limite très rapprochée du bord ciliaire ; mais elle reste susceptible d'être imprégnée par le liquide, même lorsque cette adhérence est devenue fort intime, puisque, comme nous l'avons maintes fois remarqué, elle présente alors, quelques minutes après l'injection, une apparence plus saillante. On obtient ainsi, en définitive, une véritable infiltration de toute la moitié supérieure du sac conjonctival.

(1) E. L. Jones (de Cumberland). Des injections sous-conjonctivales massives de cyanure de mercure, etc., communication faite à l'*American medical Association*, juin 1912.

(1) Ce procédé, dans lequel on utilise une préparation faite à l'avance, est préférable à celui qui consiste à puiser dans la seringue, d'abord quelques divisions d'une solution concentrée de cyanure, puis un certain nombre d'autres divisions d'une solution anesthésique (Gemblath) : ce mélange extemporané des deux liquides dans le corps même de la seringue expose à des difficultés de dosage.

Le piston une fois parvenu au terme de sa course, on retire l'aiguille et le blépharostat, et on place sur l'œil un pansement humide.

L'emploi de l'écarteur et de la pince ne sont pas indispensables. Avec quelque habitude, on parvient à pratiquer l'injection de la manière suivante, à laquelle vont toutes nos préférences. On retourne la paupière supérieure, et, avec un doigt de la main gauche, on en fixe le bord libre contre la saillie orbitaire correspondante. Le malade regardant fortement en bas, on accroche la conjonctive avec la pointe de l'aiguille, et on enfonce celle-ci de la quantité voulue. On pousse alors l'injection, tout en maintenant la paupière relevée.

Soins consécutifs immédiats. — Si le patient doit regagner son domicile, on l'engage à le faire au plus tôt, en le munissant de toutes les instructions nécessaires. En effet, trente minutes à une heure après la piqûre, dès que l'effet de l'anesthésique s'est épuisé, se déclarent des douleurs oculaires et céphaliques de plus en plus vives. En même temps, l'œil s'injecte et devient larmoyant; le gonflement de la conjonctive s'accentue, se généralise à la totalité de la membrane, et dépasse en volume celui qui était simplement dû au liquide de la seringue : l'on se trouve finalement en présence d'un chémosis parfois énorme et recouvrant partiellement la cornée. Les paupières, surtout la supérieure, deviennent rouges et se tuméfient d'une manière plus ou moins considérable. Cet œdème hyperhémique peut même envahir les régions voisines et occuper la majeure partie de la joue. Il faut être prévenu de ces conséquences de l'injection, ne pas s'en inquiéter, et en avertir le malade.

Pour calmer les douleurs et réduire, dans une certaine mesure, ces phénomènes d'irritation, on réalisera l'immobilité des globes oculaires par l'alitement du sujet dans une chambre obscure et par l'occlusion simultanée des deux yeux. Mais surtout, l'on fera appliquer, sur les paupières, des compresses constamment renouvelées et imbibées d'eau, soit très froide, soit très chaude. On pourra aussi administrer des analgésiques : le docteur Gemblath conseille de donner préventivement 0g50 d'aspirine une demi-heure avant et 0g50 au moment même de la piqûre.

Traitement ultérieur. — En général, il ne sera pas nécessaire de trop prolonger ces premiers soins. Voici, en effet, ce que nous avons presque toujours noté. Les douleurs durent environ six à huit heures, rarement plus, souvent moins. Quant à la tuméfaction, après avoir, à peu près au bout de ce même temps, atteint son maximum d'intensité, elle se met à décroître spontanément. Vers le quatrième, cinquième ou sixième jour, elle a presque totalement disparu des paupières. Elle persiste plus longtemps, deux à trois semaines, au niveau de la conjonctive; on observe ses dernières traces au cul-de-sac supérieur.

Au début, il sera prudent de ne pas trop laisser sortir le malade. Il portera un bandeau flottant et se lavera les yeux avec de l'eau bouillie, ou mieux avec une solution de chlorure de sodium à 14 p. 1000, selon la formule du docteur Cantonnet (solution isotonique aux larmes).

Au bout de quelques jours, lorsqu'il n'y aura plus de gonflement palpébral, on accordera au patient une plus grande liberté, et on instituera un traitement plus actif, par exemple celui du docteur Cuénod : « port de lunettes fumées, applications quotidiennes et alternées de divers collyres antiseptiques et astringents, dont le meilleur me paraît toujours être, pour les granulations, la solution glycérinée de sulfate de cuivre. » A celle-ci, on pourra, selon le conseil de Darier, ajouter du gaïacol, de façon à la rendre moins douloureuse (1) :

Sulfate de cuivre..........	1 gramme
Gaïacol synthétique.......	0g20
Glycérine................	10 grammes

Dans ces conditions, le malade, tout en se surveillant, pourra reprendre ses occupations dès la troisième ou la quatrième semaine. On ne le laissera pas partir sans lui prescrire un traitement général destiné à modifier un terrain affaibli ou strumeux, cause fréquente de la récidive si facile du trachome. On lui recommandera, en outre, de pratiquer, au début de chaque mois, des instillations quotidiennes du collyre précédent.

Renouvellement de l'injection. — Une seule injection peut suffire. Si l'effet désiré n'est pas obtenu, on la répétera une deuxième fois, parfois davantage. D'après l'expérience du major H. Smith, trois ou quatre injections sont nécessaires dans les cas les plus réfractaires. Mais il faut toujours attendre que la réaction précédente ait complètement disparu, ce qui demande, comme nous venons de le voir, quinze jours à trois semaines. La nouvelle piqûre sera pratiquée en un point différent, soit dans la même région, soit encore dans la partie supéro-interne du bulbe, soit même dans son segment inférieur, lorsqu'il existe, sur la paupière correspondante, des granulations particulièrement résistantes.

*
* *

Incidents opératoires. — Réglée de la sorte, la méthode présente une innocuité pour ainsi dire absolue. Elle n'est pourtant pas à l'abri de certains incidents. Mais ils sont de minime importance et, pour la plupart, facilement évitables. On peut les observer avant, pendant ou après l'acte opératoire.

Avant l'opération. — 1° LE MALADE EST INDOCILE OU PUSILLANIME. — L'injection sous-conjonctivale, exécutée à la cocaïne, est facilement acceptée, même par des enfants. Toutefois, en cas de résistance trop vive, on recourra, sans hésiter, à l'anesthésie générale : comme on le sait, celle-ci est couramment utilisée dans le brossage des granulations.

2° IMPOSSIBILITÉ POUR LE MALADE DE DIRIGER SON GLOBE VERS LE BAS. — Il peut y avoir à cela deux raisons. Ou bien le malade, atteint de lésions cornéennes, présente de la photophobie et cache, malgré lui, sa pupille sous la paupière supérieure. Dans ce cas, on renouvellera l'instillation de cocaïne. Avec une solution bien préparée, il est rare que le patient n'en éprouve pas du soulagement et n'obéisse pas, bientôt, à l'ordre donné. — Ou bien le malade, quelque étrange que cela paraisse, ne sait pas regarder en bas au commandement. Il faut alors s'armer

(1) Chez les sujets très douillets, on utilisera, avec profit, d'excellentes préparations contenant des succédanés indolores du sulfate de cuivre et vendues sous le nom de tubes Dulcis (au *cuprinol*), Blache (au *campho-cuivre*), Chibret (à l'*hémo-cuivre*), etc.

de patience et exercer le sujet à mouvoir son œil dans le sens voulu. On y arrive en lui faisant fixer un objet que l'on amène peu à peu dans les régions inférieures de son champ visuel.

Pendant l'opération. — 1° DOULEURS PENDANT L'INJECTION. — Elles ne doivent pas exister lorsque l'anesthésie préparatoire a été soigneusement faite, lorsque l'aiguille est fine et pique bien, lorsque le liquide est injecté sans violence. Quelques auteurs, comme A. Dufour (de Lausanne), conseillent, quand la température est basse, de chauffer la solution; on rend ainsi son contact avec les tissus moins désagréable.

2° ISSUE AU DEHORS DU LIQUIDE INJECTÉ. — Cet incident est provoqué, principalement, par l'une des causes suivantes : *a.* L'aiguille, maintenue trop obliquement, a traversé la muqueuse de part en part, si bien que sa pointe fait saillie à l'extérieur. *b.* Il existe une seconde solution de continuité au voisinage de celle due à l'aiguille. Ce second orifice a été produit, soit par la pince qui, maniée brutalement, a déchiré la muqueuse à son point d'application; soit parce qu'à la suite de tâtonnements fâcheux, on a cru devoir repiquer l'aiguille un peu plus loin. Dans ces conditions, il sera préférable d'attendre que les orifices conjonctivaux se soient spontanément obturés, et l'on renouvellera l'injection dans une séance ultérieure, le lendemain, par exemple.

3° EXTRAVASATIONS SANGUINES. — L'aiguille, en cheminant à travers les tissus, peut léser un vaisseau et déterminer une ecchymose ou même un petit hématome. Ce petit accident n'a d'autre inconvénient qu'un aspect inesthétique de l'œil. Il est favorisé par l'hyperhémie de la conjonctive bulbaire, de règle dans le pannus. Pour l'éviter, il sera peut-être utile de pratiquer l'injection à la loupe binoculaire, comme l'enseigne Schiele; mais surtout, on se rappellera nos recommandations : ajouter de l'adrénaline au collyre, utiliser une aiguille de faible calibre, et ne l'enfoncer que juste de la quantité nécessaire pour faire disparaître, sous la muqueuse, son orifice de sortie. On diminue ainsi les chances de rencontrer au passage un trop grand nombre de vaisseaux.

Après l'opération. — 1° DOULEURS POSTOPÉRATOIRES. — Ces douleurs seront fortement atténuées, si l'on observe les précautions indiquées. En général, elles ne dépassent pas six à huit heures. Par exception, chez certains sujets très nerveux, elles peuvent durer davantage : dans un de nos cas, elles ont persisté pendant deux jours, avec une acuité excessive; seule, une piqûre de morphine apporta du soulagement.

2° ESCARRES CONJONCTIVALES. — Celles-ci, avec les cicatrices d'aspect disgracieux (et parfois les opacités cornéennes définitives) qui en résultent, seront évitées : *a.* Si l'on n'utilise que des solutions de cyanure ne dépassant pas la concentration de 1 pour 3.000; *b.* si l'on ne pratique pas l'injection avec trop de brutalité; *c.* si l'on n'opère pas trop près de la cornée. L'anneau conjonctival qui entoure cette membrane sur une largeur de 3 ou 4 millimètres, est remarquable par sa minceur et par son adhérence à la capsule ténonienne et à la sclérotique sous-jacentes (Charpy, Picou). Si nous avons conseillé de piquer l'aiguille à environ 6 ou 7 millimètres du limbe, c'est qu'entre autres raisons, la conjonctive est, en ce point, suffisamment riche en tissu cellulaire lâche; il devient moins dangereux, par suite, d'y injecter du liquide, même sous une certaine pression.

*
* *

Indications, contre-indications, résultats. — Contre-indications. — Commençons par éliminer les cas où la méthode n'est pas applicable.

1° Le TRACHOME DIT « AIGU » représente un obstacle aux injections sous-conjonctivales de cyanure. Cette forme est caractérisée par une hyperhémie, le plus souvent généralisée, et par une sécrétion plus ou moins abondante de la conjonctive. Elle résulterait *toujours*, d'après des opinions autorisées (1), d'une infection (à diplo-bacilles, à bacilles de Weeks, à gonocoques, etc.) superposée aux lésions granuleuses proprement dites. Il y aura donc lieu, par des moyens appropriés, de traiter, tout d'abord, cette conjonctivite intercurrente. L'injection, qui ne s'adresse qu'au processus trachomateux proprement dit, sera pratiquée ensuite.

2° Le TRACHOME PARVENU A LA PHASE CICATRICIELLE n'est pas, non plus, justiciable de la méthode. Celle-ci n'a aucune action curative sur des tissus en voie de sclérose et d'atrophie. Bien plus, étant donné ses effets nettement cicatrisants, son emploi, en pareil cas, constituerait un véritable non-sens. On s'abstiendra donc lorsque la muqueuse palpébrale présente les stries blanchâtres qui révèlent son amincissement et sa fusion intime au cartilage; lorsque sa rétraction détermine une déviation des cils ou trichiasis; lorsque les culs-de-sac ont commencé à se réduire et revêtent un aspect plus pâle et plus lisse. De même, elle ne sera d'aucun secours contre des opacités définitives de la cornée.

Indications. — La véritable indication de la méthode est le TRACHOME FLORIDE, caractérisé par la prédominance de l'infiltration lymphoïde de la muqueuse. Toutes les formes de la conjonctivite granuleuse peuvent, à cette période, être traitées par elle. Telles sont, par exemple : les conjonctivites au début, se bornant à un envahissement discret du cul-de-sac supérieur et du bord correspondant du tarse; celles, plus avancées, où les granulations, volumineuses, abondantes, serrées, occupent la presque totalité de la muqueuse tarsienne de l'une et de l'autre paupière et soulèvent les culs-de-sac en bourrelets turgescents; les conjonctivites avec pannus : soit le « tenuis », léger et superficiel, soit le « crassus », épais, charnu, fortement vascularisé, ayant recouvert une grande partie de la cornée.

Résultats. — Dans tous ces cas, il est remarquable de voir les injections sous-conjonctivales de cyanure se montrer nettement supérieures aux méthodes couramment utilisées en pareille occurrence : application de topiques divers, scarifications, massages, brossage, curettage, expression, cautérisations, etc.

---

(1) MORAX. *Ann. d'ocul.*, mars 1902, et *Pathologie oculaire*, 1921, p. 96. — KIRK. *Brit. Journ. of ophtalm.*, mars 1918. — Paul-J. PETIT. *Ann. d'ocul.*, mai 1922, p. 367. — NICOLLE et CUÉNOD, dans leurs expériences, n'ont jamais observé de poussées trachomateuses aiguës.

Dans les formes peu sévères, il arrive fréquemment qu'une seule injection arrête net l'évolution fatale de la maladie. Bien plus, les lésions rétrocèdent : les granulations s'affaissent, se réduisent à de simples taches jaunâtres, puis disparaissent; la conjonctive récupère son apparence, sa coloration normales. Cette « restitutio ad integrum » peut être obtenue dans l'espace de quelques semaines. Comme preuve, nous citerons les observations III et IV du docteur Gemblath. Il s'agit de deux jeunes Syriens atteints de trachome et refusés à différentes reprises par les médecins inspecteurs du port de New-York. Ils se présentèrent à l'Hôtel-Dieu de Paris, où ils subirent les linjections de cyanure. Deux mois après, ils débarquaient à New-York sans autre difficulté.

Les formes plus sérieuses guérissent moins rapidement. Il faut revenir à la charge plusieurs fois de suite. Mais les résultats sont, en définitive, les mêmes.

Cette méthode enregistre ses plus brillants succès lorsque la conjonctivite s'accompagne de pannus. L'intervention rend alors de grands services. Elle soulage rapidement le malade, plus rapidement et plus sûrement qu'avec n'importe quel autre procédé. C'est toujours avec la même surprise que, six à huit heures apres l'intervention (c'est-à-dire une fois que se sont dissipées les douleurs dues à la piqûre elle-même), l'on constate la disparition totale des phénomènes fonctionnels, plus ou moins intenses et désespérément tenaces, qui accompagnaient le pannus. D'autre part, les vaisseaux s'atrophient petit à petit, et l'on assiste à l'éclaircissement progressif de la cornée. Si l'affection n'est pas trop ancienne, on peut même espérer la disparition complète de toute opacité. L'observation suivante est résumée d'après le docteur Cuénod.

Zénika B... présente du trachome à la période d'état. Les deux yeux sont pris d'une manière sensiblement égale. Les granulations occupent la conjonctive tarsienne et le cul-de-sac supérieurs ; les cornées sont affectées de pannus. Pour comparer les résultats obtenus, on pratique : à droite, des injections sous-conjonctivales de cyanure; à gauche, un brossage-curettage classique. Huit jours après, « l'œil brossé présentait cet aspect hyperhémique larmoyant si caractéristique des granuleux irrités par une intervention incomplète... quant à l'œil droit, la malade disait en être très contente ». Au bout d'un mois, le pannus avait presque complètement disparu à droite ; du côté brossé, par contre, l'aspect s'était aggravé : l'œil, toujours rouge et larmoyant, offrait un envahissement de la cornée plus considérable encore.

Rechutes postopératoires. — Une dernière question se pose : Ce traitement peut-il produire la guérison définitive? Nullement, de l'avis même du docteur Cuénod. Mais les rechutes sont plus rares qu'avec les autres méthodes. C'est pourquoi, ainsi que nous l'avons recommandé, le malade doit continuer à se surveiller. A titre préventif, il soignera avec persévérance son état général, et recourra, de temps à autre, à une cure quotidienne par les sels de cuivre.

*
* *

Mode d'action. — 1° Les auteurs qui se sont le plus occupés des injections sous-conjonctivales de cyanure d'hydrargyre insistent sur leur *effet sclérogène*. Voici comment s'exprime le docteur Jones (de Cumberland) qui les expérimenta dans diverses maladies du globe oculaire. « Après chaque piqûre, la conjonctive devient adhérente sur une surface égale à l'ongle du petit doigt. Dans les cas rebelles, où il a fallu huit à dix injections, l'espace sous-conjonctival peut être complètement oblitéré sans qu'il en résulte la moindre gêne ou limitation des mouvements du globe et des paupières; l'œil paraît seulement d'une blancheur de marbre, et l'on ne peut plus y faire d'injections nouvelles. » C'est parce que le docteur Cuénod avait fait une constatation du même genre dans un cas d'iritis, qu'il eut l'idée d'utiliser ces injections dans le traitement du trachome. « Elles agissent, dit-il, en hâtant l'évolution naturelle de la maladie. »

2° Le cyanure de mercure possède, très vraisemblablement aussi, une *action bactéricide* sur le virus de la conjonctivite granuleuse. D'après de nombreux oculistes, cette action serait même plus réelle que celle, quelque peu hypothétique, du sulfate de cuivre. C'est pourquoi, après les diverses interventions antitrachomateuses, a-t-on tendance, actuellement, à le substituer à ce dernier sel, sous forme de lavages et de pansements. Il est légitime de penser qu'en injections massives, le cyanure, par suite de sa pénétration jusque dans les moindres lacunes du parenchyme conjonctival, pourra mieux encore exercer ses effets antiseptiques.

3° Comme la plupart des substances utilisées en injections sous-conjonctivales, le cyanure de mercure agit comme *révulsif*. Il représente, par lui-même, un caustique énergique, et sa solution détermine des effets d'irritation d'autant plus marqués que sa concentration est plus forte. Il en résulte que, consécutivement à l'injection, la muqueuse oculairé s'hyperhémie, et qu'une abondante sérosité fait irruption dans ses mailles, à travers les vaisseaux dilatés. En voici quelques conséquences. Il se produit, tout d'abord, parallèlement à cette transsudation, une issue beaucoup plus considérable de phagocytes et d'anticorps, dont on connaît le rôle dans la lutte contre l'infection. En outre, le sérum extravasé constitue, pour les éléments conjonctivaux qu'il baigne, un milieu organique stimulant, « eutrophique », qui les rend plus aptes encore à la résistance. D'autre part, cet appel violent de liquides qui, plus tard, seront peu à peu résorbés, établit, à travers les tissus, un puissant mouvement détersif, une véritable action de lavage, grâce à laquelle infiltrats, microbes, toxines, se trouvent entraînés et éliminés (1).

4° Le mécanisme précédent nous permet d'expliquer les effets résolutifs que les différentes injections sous-conjonctivales exercent généralement sur les infiltrations récentes de la cornée. Dans les cas de pannus, on peut, en outre, invoquer un phénomène mis en lumière par les essais opératoires de Kazuo Hiwatari (2). Celui-ci a montré que si, par une dissection poursuivie jusqu'au limbe, on séparait la muqueuse de la sclérotique sous-jacente, on pouvait produire, presque à coup sûr, la disparition d'un pannus granuleux. Or, la distension considérable de la conjonctive bulbaire, provoquée par l'injection abondante d'un liquide irritant et par l'énorme chémosis consécutif, ne réalise-t-elle pas

(1) Voir, pour toute cette intéressante question, Darier, *Traité de thérapeutique oculaire*, 1921, p. 122-135 et passim.

(2) Kazuo Hiwatari. Traitement du pannus trachomateux par le décollement de la conjonctive bulbaire, *Amer. Journ. of ophtalm.*, mars 1919, p. 183.

un décollement de cette membrane équivalant à une véritable dissection?

*
* *

Conclusions. — Nous mettrons en relief les deux conclusions suivantes :

1° L'injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure, grâce à ses résultats souvent supérieurs à ceux des autres méthodes, constitue l'une des armes les plus efficaces que nous possédions actuellement contre le trachome floride.

2° Exempte d'inconvénients sérieux, sa technique est d'une application facile et à la portée de tous les praticiens.

C'est à dessein que nous l'avons minutieusement décrite. Nous espérons ainsi rendre service aux confrères exerçant en plein centre granuleux, et leur permettre d'engager avec succès la lutte contre un redoutable fléau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1923)

Sur la vaccination contre le charbon symptomatique par les toxines. — MM. E. LECLAINCHE et H. VALLÉE.

Rôles respectifs du plomb et de l'essence de térébenthine dans la pathologie professionnelle des peintres. — MM. F. HEIM, E. AGASSE-LAFONT et A. FEIL ont examiné un nombre important d'ouvriers peintres ayant, les uns manié uniquement le blanc de zinc et l'essence de térébenthine, les autres ayant manié autrefois la céruse et venus ensuite au blanc de zinc, d'autres enfin maniant au moment de l'examen des sels de plomb; ils concluent que ce n'est pas l'essence de térébenthine, comme l'ont soutenu récemment encore divers auteurs anglais, mais bien le plomb et ses composés qui sont la cause habituelle des lésions rénales et de l'hypertension.

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1923)

Masque destiné à compléter, par des inhalations d'oxygène, les manœuvres de respiration artificielle. — MM. R. LEGENDRE et Maurice NICLOUX.

Sur les conditions expérimentales d'action de l'huile de foie de morue. Son pouvoir ostéodystrophique en présence d'un régime déficient. — MM. Georges MOURIQUAND et Paul MICHEL.

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1923)

Le déterminisme physiologique du réflexe accommodatif de l'œil. — M. A. POLACK.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1923)

Paraplégie par balle, survenue quatre ans après la blessure. Pigmentation à la limite supérieure de la paraplégie. — M. J.-A. BARRÉ relate l'histoire d'un soldat qui n'éprouva aucun trouble nerveux après avoir reçu, en 1915, une balle de fusil dans la cavité rachidienne.

C'est seulement quatre ans après, qu'une paraplégie spasmodique se développa progressivement sans nouveau traumatisme, sans infection connue.

La balle ayant été enlevée, avec le bloc fibreux rétrodure-mérien qui l'entourait, la paraplégie régressa très vite : la sensibilité, puis la motilité reparurent, et quelques mois après, le malade pouvait marcher seul et facilement.

La guérison s'est assez rapidement complétée et dure depuis plus de deux ans, le malade a repris son métier de peintre.

Avant tous les signes ordinaires de paraplégie, une large tache pigmentaire s'était montrée à la région sus-pubienne; elle s'était peu à peu étendue en largeur en même temps, qu'elle s'élevait, laissant au-dessous d'elle une peau dont la coloration redevenait normale. La tache s'arrêta assez tôt à la limite qui devait plus tard marquer le niveau supérieur de l'anesthésie et le siège de la compression.

Dès le début de la guérison, la tache a pâli pour disparaître presque totalement.

Compression radiculaire. Inversion du réflexe achilléen. Iodo-diagnostic arachnoïdien de localisation. Contrôle opératoire. — MM. SICARD, ROBINEAU et LERMOYEZ présentent un malade dont le diagnostic de localisation radiculaire a pu être précisé par la constatation d'une inversion de la réflectivité achilléenne et surtout par le contrôle radiographique de l'injection sous-arachnoïdienne de 1 centimètre cube de lipiodol.

L'arrêt du lipiodol, au niveau de la IIe vertèbre lombaire, alors que normalement cette substance s'agglomèer aussitôt après son injection dans le cul-de-sac terminal de la IIe vertèbre sacrée, permettait d'affirmer la topographie exacte de la cause irritative. L'opération permit d'extraire en cet endroit, ainsi repéré avec certitude, une tumeur de tissu fibro-angiomateux. La guérison est complète.

Myopathie atrophique diffuse à type distal avec myotonie et dystrophie. — MM. P. HARVIER, Ch. FOIX et J. CATHALA présentent deux malades atteints de myopathie à type distal avec réaction myotonique à la percussion des muscles atrophiés et persévération tonique. Ce type spécial de myopathie, tire son autonomie, non seulement de cette association de phénomènes myotoniques à une atrophie myopathique, mais des caractères spéciaux de la myopathie : type distal, facies spécial pleurard avec éversion de la lèvre inférieure, occlusion des yeux possible; abolition précoce des réflexes; et de l'association habituelle avec certains symptômes dystrophiques : cataracte précoce, calvitie précoce, atrophie testiculaire, avec faible développement pileux et acrocyanose. L'absence de la réaction myotonique ne fait pas complètement perdre son individualité au type clinique. A l'appui, présentation d'un troisième malade très comparable aux précédents par le type myopathique et par certains éléments du syndrome dystrophique, mais qui ne présente pas les phénomènes myotoniques.

Lésions des voies pyramidales sans troubles de la motilité. (Travail du service du docteur Babinski.) — M. KREBS présente un jeune malade atteint d'une lésion de la moelle cervico-dorsale, d'origine traumatique et datant de neuf ans (hématomyélie probable, peut-être syringomyélie), et chez lequel on constate aux membres supérieurs des troubles bilatéraux accentués : abolition des réflexes tendineux, atrophie profonde des muscles de la main et de l'avant-bras, abolition de l'excitabilité électrique dans un certain nombre de ces muscles. Ce qui lui paraît faire l'intérêt de cette observation, c'est qu'en dépit des signes très nets d'atteinte des voies pyramidales (exagération des réflexes rotuliens et des réflexes de défense, extension bilatérale de l'orteil), que l'on relève chez ce malade, celui-ci n'a jamais eu conscience d'aucun trouble de la motilité de ses membres inférieurs, dont la force musculaire et la souplesse se révèlent d'ailleurs parfaites à l'examen. Bien plus, ce jeune homme, qui est boy-scout, fait de longues excursions à pied, sans fatigue; c'est ainsi qu'il a pu récemment parcourir, en une nuit, la distance de plus de 60 kilomètres qui sépare Paris de Fontainebleau. Cet exemple de vigueur peu commune des membres inférieurs, coexistant avec une perturbation indubitable des voies

pyramidales, est à rapprocher des cas analogues que M. Babinski a rapportés autrefois.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1923)

Installation du bureau. — Discours de M. Hallion, président sortant; allocution de M. Richaud, nouveau président.

Rapport sur la question des communications portant sur des médicaments désignés par un nom déposé. — Présenté par M. HUERRE. La Commission chargée de cette question, « tout en regrettant que la législation française actuelle ne permette pas à l'inventeur d'un médicament nouveau de s'assurer le juste bénéfice de ses recherches en faisant breveter le procédé de fabrication du produit, considère que la Société de thérapeutique ne peut conserver son caractère de grande Société scientifique qu'en se refusant à sembler accorder son patronage à des intérêts individuels.

En conséquence, et revenant aux pratiques adoptées jusqu'en 1914, elle n'acceptera de ses membres ou présentées par ses membres que des communications ayant pour objet des produits thérapeutiques chimiquement dénommés, ou s'il s'agit de préparations galéniques à formule intégrale. »

Ces conclusions sont adoptées.

Les accidents consécutifs à l'emploi des arsenobenzènes. — M. KOPACZEWSKI soumet à la Société un rapport déjà présentée en octobre 1922 à l'Office international d'hygiène.

Dans ce rapport, l'auteur rappelle que les arsenobenzènes se rapprochent des colloïdes par plusieurs caractères physiques, d'où la difficulté de la préparation de ces corps et l'impossibilité d'obtenir deux produits absolument identiques malgré l'identité des conditions de préparation.

Du fait de leur caractère colloïdal, les arsenobenzènes, lors de leur préparation, présentent des phénomènes d'adsorption (fixation par le produit des différentes substances présentes au sein du liquide de réaction), et c'est ainsi qu'il y a adsorption d'impuretés; or, parmi ces dernières impuretés, l'on trouve les sels et les oxydes d'arsenic à l'état électrolytique, cet état électrolytique conférant à l'arsenic une toxicité beaucoup plus forte que si celui-ci était à l'état d'arsenic dissimulé.

En conséquence, M. Kopaczewski demande pour éviter les accidents d'intoxication par les arsenobenzènes qu'on soumette les produits du commerce à une analyse stricte au point de vue de la teneur en arsenic, et en particulier en arsenic électrolytique (ceci par l'analyse quantitative et par l'analyse spectrale).

Enfin, il demande qu'on s'entoure de précautions pour éviter les accidents du choc par les moyens connus.

La composition du lait additionné de teinture d'iode. — M. HUERRE, considérant que, habituellement, la médication iodée est faite de l'administration de la teinture d'iode dans le lait, a recherché sous quelle forme l'iode se présentait au moment de l'absorption par le malade.

A la suite d'essais qualitatifs et quantitatifs, M. Huerre conclut que dans les conditions habituelles de la médication iodée, le lait étant employé comme véhicule et la quantité de lait étant en grand excès par rapport à l'iode ajouté :

1. Il n'y a pas d'action de l'iode ni sur la lactose, ni sur la matière grasse du lait;
2. Il ne se forme que de petites quantités de caséine iodée;
3. L'iode se trouve dans le lait, au moins pour les 8/10, à l'état de composé minéral.

M. HALLION demande si la quantité d'iode fixée par la caséine varie avec la quantité d'iode mise en œuvre.

M. HUERRE répond que oui si l'on fait réagir un excès d'iode sur la caséine, donc en se plaçant dans des conditions différentes à celles données ci-dessus.

Note sur le traitement de quelques cas de zonas par l'alcool-éther picrique. — M. POIROT-DELPECH rappelle que ce traitement des zonas par l'éther picrique était préconisé par M. le professeur Debove.

Après tâtonnements, l'auteur s'est arrêté à la formule suivante :

Ether sulfurique............	} *àà*	50 gr.
Alcool pur..................	}	
Acide picrique cristallisé..........		5 gr.

Bien entendu, ce mélange doit être manipulé avec prudence, très loin de toute flamme, les linges et tampons de coton souillés, secs ou non, ne doivent pas être jetés au feu.

Le traitement s'appliquera comme suit :

Badigeonner légèrement tous les deux jours les lésions cutanées, si le séchage est instantané recouvrir de ouate.

A ces badigeonnages, ajouter l'administration de 1 à 2 grammes d'antipyrine par jour, suivant l'intensité de la douleur.

M. Poirot-Delpech a eu l'occasion de traiter ainsi huit zonas dont deux particulièrement étendus : six ont guéri en trois et six jours, les deux autres cas ont demandé neuf à douze jours de traitement.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1923)

Importance de la radiographie dans le diagnostic des complications orbito-oculaires des sinusites. — M. G. WORMS met en lumière les ressources apportées par l'exploration radiologique des sinus dans un grand nombre d'affections oculo-orbitaires. Il insiste surtout sur la valeur des renseignements donnés par la lecture des clichés obtenus au moyen des incidences récemment décrites par M. Hirtz (radiographie de la base du crâne). Ces clichés, très fouillés, permettent de percevoir les moindres inégalités de teinte et il suffit de lésions relativement discrètes pour que le sinus apparaisse voilé. Cette nouvelle technique est appelée à éclaircir nombre de questions ayant trait à la pathologie des sinus postérieurs, à donner des connaissances exactes sur leurs rapports avec les troubles de l'appareil visuel.

Dans le cas de polysinusite, elle permettra de rapporter à tel sinus plutôt qu'à tel autre la complication orbitaire.

L'auteur cite, à l'appui, plusieurs observations concluantes.

M. VELTER. Il y a des cas où les signes rhinologiques et la radiographie sont négatifs et où cependant des symptômes oculaires graves permettent à coup sûr d'incriminer une infection sinusienne. Les observations de ce genre sont de plus en plus nombreuses, et une exploration directe révèle alors des lésions latentes, soit des cellules ethmoïdales postérieures, soit du sinus sphénoïdal. Dans un cas récemment observé avec Liébault, une névrite rétro-bulbaire aiguë unilatérale était le seul signe clinique; l'exploration du sinus sphénoïdal du même côté, faite par voie endo-nasale par simple résection du cornet moyen, a permis de découvrir et d'enlever un polype du sinus sphénoïdal. De semblables cas montrent que, en raison des conséquences très graves que peut avoir pour l'œil la méconnaissance d'une infection sinusienne latente, il ne faut pas hésiter à conseiller au malade et à exiger du rhinologiste une intervention bénigne, à la fois exploratrice et curative.

Les sondes molles dans le cathétérisme des voies lacrymales. — MM. A. POULARD et F. HARTMANN ont d'abord été amenés à essayer des sondes molles dans les cas assez rares où l'obstruction des voies lacrymales siège au niveau de leur orifice inférieur que ne peut cathétériser la sonde métallique.

Ils ont été satisfaits des résultats et ont généralisé l'emploi des sondes molles qui sont peu traumatisantes, peu douloureuses et suivent avec facilité les courbures parfois anormales des voies lacrymales. Ils n'emploient ces sondes qu'après avoir, selon leur technique habituelle, rétabli largement la perméabilité des voies lacrymales par stricturotomie. Ces sondes sont de deux types, en gomme et en baleine.

Aspects ophtalmoscopiques des lésions des membranes profondes dans les contusions du globe oculaire. — M. VELTER. Présentation de dix-huit clichés autochrome des

dessins de fonds d'yeux de blessés de guerre montrant les principaux aspects des lésions du fond de l'œil dans les contusions du globe. Certaines de ces lésions sont des taches atrophiques et pigmentaires, disséminées surtout à la périphérie et à l'équateur; d'autres sont des décollements rétiniens plus ou moins étendus. Dans plusieurs cas, on note des déchirures choroïdiennes pures, à fond blanc, à bords noirs, sur lesquelles passent intacts les vaisseaux rétiniens. La rupture musculaire pure est rare. D'autres cas, enfin, montrent de gros amas blanchâtres prérétiniens, revêtant l'aspect de la rétinite proliférante, mais bien différente de celle-ci par leur origine (hémorragie traumatique) et leur nature (vraisemblablement masses fibrineuses et cicatricielles).

Achromatopsie totale et anomalie maculaire bilatérale. — M. Velter. Observation d'un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint de ce syndrome rare et curieux dénommé achromatopsie totale, et présentant les signes fonctionnels typiques de cette affection : achromatopsie pure et totale, diminution de l'acuité visuelle avec un vice de réfraction insignifiant, rétrécissement du champ visuel, nyctalopie et photophobie. Le nystagmus et le scotome central, parfois signalés, manquent ici. Il existe, enfin, une anomalie bilatérale de la macula qui, sur chaque œil, est occupée par une zone presque circulaire, d'un rouge clair chamoisé, entourée d'une auréole grisâtre et estompée; pas de lésions pigmentaires ni atrophiques. Il s'agit vraisemblablement d'une anomalie congénitale.

Etude de l'humeur aqueuse dans un cas de séclusion pupillaire complète et dans un cas d'aniridie congénitale. — MM. Magitot et Dautrevaux. Il s'agit de deux observations, l'une concernant une séclusion pupillaire complète, l'autre un cas d'aniridie congénitale avec étude de l'humeur aqueuse première et du liquide régénéré après la ponction. En ce qui concerne la séclusion pupillaire deux ponctions, faites l'une en avant l'autre en arrière de l'iris, permirent d'examiner le contenu de la chambre postérieure et de le comparer à celui de la chambre antérieure. Fait intéressant : la chambre antérieure se reforme et contient au bout de trente-cinq minutes plus de liquide que la chambre postérieure. La teneur en albumine de ces deux liquides est cependant comparable. Cependant les conditions changent si, avant de vider la chambre antérieure, on pratique une injection sous-conjonctivale susceptible de déterminer une hyperhémie. Le contenu de la chambre postérieure contient alors deux fois plus d'albumine que le liquide de la chambre antérieure.

Ces faits sont en faveur d'une participation de l'iris à la formation du liquide endoculaire. Cet organe n'est cependant pas indispensable. Les auteurs ont étudié, en effet, l'humeur aqueuse dans un cas d'aniridie congénitale. Le liquide retiré par une première ponction n'était pas très éloigné de la formule normale. Celui extrait par une seconde ponction était très chargé en albumine, la quantité de matière protéique dépassant ce qu'on est habitué à constater dans l'humeur seconde d'un œil humain normal. Ces constatations sont en faveur de la théorie qui soutient que l'humeur aqueuse ne provient pas seulement du corps ciliaire mais aussi de l'iris, et que l'inondation sérique qui se produit après ponction de la chambre antérieure est surtout imputable au corps ciliaire.

Index et pathologie du trachome en Annam. (Rapport sur un travail de M. Talbot.) — M. L. Duclos. En Annam, le trachome sévit en moyenne sur le tiers de la population. Il est plus répandu et plus sévère dans les agglomérations. Chez les enfants, les deux yeux sont touchés; les filles sont plus fréquemment atteintes. La contamination semble avoir lieu plutôt dans la famille qu'à l'école, constatation conforme aux conclusions déjà présentées par M. Morax.

Deux formes de la maladie. L'une plutôt scolaire, appartenant aux milieux les moins infestés; à tendance scléreuse, elle se réduit à un œdème d'infiltration de la muqueuse palpébrale supérieure hyperhémiée, avec saillies discrètes près du bord supérieur du tarse; l'autre, plutôt familiale, appartenant aux milieux florides de la maladie, consiste dans la con-


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

N° 16. — SAMEDI 24 FÉV. 1923. 96° ANNÉE. SAMEDI 24 FÉV. 1923. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Crouzon, Trémolières, Œttinger, Armand-Delille, Thiroloix, Darier, Baudouin, Widal, Sergent, Ravaut, Claude, Bernard.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DE BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE, CHARDON-LAGACHE, HENDAYE ET SAN SALVADOUR. — *Epreuve écrite.* — 1° Anatomie : « Configuration extérieure et rapport de la vessie chez l'homme. »

2° Pathologie : « Causes, signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

Séance du 21 février. — MM. Girard, 19 ; Grenierboley, 18 ; Berthier, 21 ; Fontaine, 22 ; Rivière, 16 ; Van Bockstaël, 23.

LA RÉCEPTION DE M. CHARLES VAILLANT A L'HOTEL DE VILLE. — Ce fut une belle et imposante cérémonie que cette réception de M. Vaillant. La carte d'invitation portait qu'elle aurait lieu dans la salle des séances du Conseil. Par suite de circonstances imprévues, la salle des séances, du fait des amis de M. Marty, ne fut pas disponible et c'est dans le salon, d'ailleurs fort beau, des Arcades qu'eut lieu la cérémonie.

Après avoir subi treize opérations, à la suite desquelles M. Vaillant, désarticulé de l'épaule gauche et amputé de l'avant-bras droit a été obligé de recourir à un appareil prothétique pour signer le livre d'or de l'Hôtel de Ville ; accompagné de M. Strauss, ministre de l'Hygiène ; de M. l'ambassadeur des Etats-Unis ; de MM. Peuch, président du Conseil municipal, et Julliard, préfet de la Seine, M. Vaillant s'avança, simple, souriant. Tout le monde se lève et applaudit.

On vit alors s'avancer devant lui, le général Dubail, grand chancelier de la Légion d'honneur, accompagné du général Berdoulat, gouverneur militaire de Paris. Dans une courte allocution, prononcée d'une voix haute, toute empreinte d'une vibrante émotion patriotique, le général Dubail loua M. Vaillant, de son courage de savant qui, a-t-il dit, fait pâlir celui du soldat et, au nom de M. le président de la République, lui remit la cravate de commandeur.

Après lui, M. Myron T. Herricq, ambassadeur des Etats-Unis, prononça un fort joli discours où il raconte la vie de Ch. Vaillant, toute de dévouement et de sacrifice à la science, et, au nom de la fondation Carnegie lui remet la médaille d'or de cette fondation. Ce fut ensuite M. Peuch, président du Conseil municipal qui, dans un discours documenté et empreint d'une réelle autorité, rapprocha de Ch. Vaillant, ses collègues radiographes Leray et Infroy, morts victimes de leur dévouement, Contremoulin, Ménard et d'autres, nobles mutilés de la science, comme Vaillant, dont il rappela les travaux, les expériences, les souffrances et les sacrifices.

« De votre court passage dans notre salle des séances, dit-il, ces murs conserveront je ne sais quoi de pathétique et de sacré et nous emporterons, dans nos âmes, un rayon de cette lumière immortelle où toutes les nuances de l'héroïsme humain viennent se fondre en un unique et radieux éblouissement. »

Puis, M. Julliard, notre nouveau préfet, dans un discours d'une belle tenue, insista sur la leçon de devoir professionnel qui se dégage de la conduite de M. Vaillant et de ses collègues radiographes : « Nous ne pourrons jamais, dit-il manifester, à tous ces héros, une reconnaissance digne de leur sacrifice. Qu'ils trouvent cependant dans nos paroles et dans l'enthousiasme de notre accueil, une preuve de l'admiration que leur trop grande modestie se refuse mais que la conscience publique se doit de leur donner. »

M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, rend hommage aux radiographes des hôpitaux de Paris et particulièrement à Vaillant, l'un des plus anciens. Il nous apprend que les hôpitaux de l'Assistance comptent trente-trois laboratoires de radiographie, installés de façon à diminuer de plus en plus les dangers des rayons de Röntgen. Dans une chaude péroraison sur le mérite et le dévouement des radiographes, sur le magnifique exemple donné par Charles Vaillant, M. Mourier provoqua des applaudissements unanimes.

M. Strauss, dans une de ces chaleureuses improvisations qui lui sont coutumières, rappelle après avoir suivi Vaillant dans toute sa carrière, l'avoir vu souffrir cruellement sans se plaindre, subir ses treize opérations avec un courage stoïque et, sous aucun prétexte, ne vouloir abandonner

son laboratoire. Saluant bien bas l'esprit de dévouement et de sacrifice des radiographes, M. Strauss rappelle qu'il y a quelques jours, il rendait hommage, à Bordeaux, au docteur Bergonié, victime, lui aussi, des rayons de Röntgen. Enfin, M. Strauss loue le Conseil municipal de la bonne pensée qu'il a eue d'honorer, avec éclat, un héros de la science, aussi digne d'admiration que Vaillant.

Au milieu de l'émotion générale, Vaillant se lève ; tout le monde est debout et applaudit. Face au public, très simplement, modestement, il remercie des distinctions dont il vient d'être l'objet, des hommages si touchants qui viennent de lui être rendus.

Privé de ses deux bras, il lit son discours que tient devant lui, M. le syndic du Conseil municipal.

« C'est sur eux-mêmes, dit-il, que les expérimentateurs du début ont porté leurs recherches et leurs investigations. Pouvaient-ils ne pas être frappés par des faits aussi troublants que ceux-ci, par exemple : les mêmes rayons qu'ils employaient à guérir ou tout au moins à améliorer certaines affections, les prédisposaient eux-mêmes à des lésions exactement semblables à celles dont ils poursuivaient la guérison ou l'amélioration. Autre contraste que je n'aurai garde d'oublier : les mêmes rayons avaient le pouvoir, à la fois, de blanchir les cheveux de l'opérateur et de repigmenter ceux de l'opéré. On conviendra que, sans l'ignorance des premiers opérateurs, sans les explorations qu'ils ont faites sur leur propre chair, on n'aurait peut-être pas abouti à de telles constatations dont je n'ai pas besoin de souligner l'importance pour la médecine scientifique. »

Dans sa générosité et dans sa modestie, Vaillant n'a pas manqué de reporter sur ses collègues une grande part des honneurs qui lui sont décernés ; ce n'est d'ailleurs que justice, car le nombre est vraiment trop grand des radiographes victimes de leur profession, tels que Vaillant, Contremoulin, Leray, Infroy, Bergonié, et combien d'autres.

Tout le monde est sorti sincèrement ému de cette salle où venaient d'être rappelés de si beaux exemples de dévouement et de sacrifice à la science.

A. BROCHIN.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le lundi 26 février, à 10 h., amphithéâtre de l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), sur « Présentation de malades », et le jeudi 1er mars, à 16 h., grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Névrose d'angoisse ».

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE (28, rue Serpente, Paris). — *Ordre du jour contre la récente proposition fiscale de la Commission des finances concernant les professions libérales :*

« Le Syndicat des médecins de la Seine, ému d'un vote récent de la Commission des finances,

Proteste énergiquement contre la suspicion jetée sur l'ensemble des médecins qui n'ont jamais cherché à éluder l'obligation de payer tous leurs impôts ;

Proteste contre le système préconisé de carnet du médecin contrôlé par un fonctionnaire sur d'autres carnets de clients, pour les raisons suivantes :

1° Ce système aboutirait fatalement, quelles que soient les précautions prises, à la violation du secret médical qui est la base de notre charte et la sauvegarde des malades ;

2° Il ne tarderait pas à développer l'esprit de dénonciation qui est considéré en France, avec raison, comme le plus bas de l'espèce humaine ; il aboutirait rapidement à des dénonciations calomnieuses dont le médecin le plus intègre ne sortirait pas sain et sauf ;

3° Il nuirait conséquemment à la considération du médecin qui lui est indispensable pour remplir le rôle si important qu'il joue auprès des malades ;

4° Il assimilerait finalement la profession médicale à une profession commerciale, ce qui est contraire à la loi. »

— *Ordre du jour du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, à propos de la création d'un diplôme de « masseur », émis sur la demande de M. le ministre de l'Hygiène :*

« Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, en complet accord d'ailleurs avec la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris, estime que le massage sur un malade est un acte essentiellement médical comportant ses responsabilités et ses dangers dont l'indication doit toujours être formulée par un docteur en médecine et dont l'exécution doit être pratiquée sous la direction, le contrôle et la responsabilité du médecin.

En conséquence, il doit être formellement interdit à un masseur de pratiquer sur un malade une opération quelconque de massage sans prescription médicale. Créer un diplôme officiel de « masseur » ou de « chirurgien-masseur » ou même un certificat de « masseur » ou de « chirurgien-masseur » ou tout autre titre analogue serait donc encourager l'exercice illégal de la médecine et par suite nuire gravement à la santé publique.

Une telle création apparaîtrait en plus comme contraire au texte et à l'esprit de la loi de 1892 qui a réservé aux seuls docteurs en médecine l'exercice de la profession médicale.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine saisit cette occasion pour attirer l'attention des Pouvoirs publics et de M. le ministre de l'Hygiène en particulier sur l'inopportunité et le danger de la création de diplômes paramédicaux qui, conférant à de simples auxiliaires des médecins une autorité scientifique apparente, sont de nature à tromper le public et à lui nuire. »

— *Ordre du jour pour l'adoption définitive de l'heure d'été :*

« Le Syndicat des médecins de la Seine, émet auprès des Pouvoirs publics le vœu que l'heure d'été soit établie en 1923 et qu'une loi soit promulguée pour l'adoption définitive de cette heure si favorable aux finances et à la santé publique. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 26 FÉVRIER AU 3 MARS 1923)

THÈSES

Lundi 26 février. — Jury : MM. Delbet, président ; Couvelaire, Heitz-Boyer et Le Lorier. — M. KRASSILCHIK (M.). La gastro-entérostomie précolique. — M. LEPRINCE (Jules). Contribution à l'étude de l'extrait hypophysaire.

Samedi 3 mars. — Jury : MM Marfan, président ; Brindeau, Gougerot et Metzger. — Mme KREBS (Yvonne). Le service social à l'hôpital. — M. THIN (Edmond). Des difficultés du pronostic de l'accouchement dans les bassins rachitiques. — Mlle ROGIER (H.). Acquisition du langage chez l'enfant.

Jury : MM. J.-L. Faure, président ; Claude, Lecène et Laignel-Lavastine. — M. ROUSSEL (Marcel). Etude du traitement chirurgical des ptoses gastriques. — M. DESPRAT (Maurice). Contribution à l'étude des myxosarcomes de l'intestin. — M. MAY (Pierre). Variations de la formule sanguine sous quelques influences physiologiques.

REVUE GÉNÉRALE

LES ÉRUPTIONS ÉRYTHÉMATEUSES POST-ARSÉNOBENZÉNIQUES

Par le docteur A. BOUTELIER (d'Uriage),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Des accidents qui viennent compliquer l'administration des arsénobenzènes, les accidents cutanés sont parmi les plus fréquents et les plus importants. Ces « arsénobenzolides », suivant l'expression du professeur Nicolas (de Lyon), se montrent sous les types cliniques les plus variés que nous avons exposés en détail dans notre thèse (1920). Nous envisagerons seulement ici les plus fréquentes — et aussi les plus importantes — d'entre elles, les éruptions érythémateuses qui peuvent d'ailleurs affecter les types les plus divers : érythèmes banaux de toutes formes, urticaires, érythrodermies.

***

Historique. — En 1910, dès les premiers mois de pratique du 606, Wechselmann, Kren, Goldbach et Jadassohn en Allemagne, Havas en Hongrie, mentionnaient l'apparition d'éruptions au cours du traitement salvarsanique.

Depuis lors, les publications sur ce sujet se sont multipliées. Les travaux d'ensemble n'ont été qu'ébauchés avant la guerre en Allemagne par Brauer, Zieler, Frühwald, Heuck, Kall.

En France, ces travaux sont encore plus récents. En 1917, M. Milian décrivait et classait les éruptions érythémateuses et dans la suite complétait et précisait leur étude clinique et pathogénique. D'un autre côté, l'Ecole lyonnaise s'était attachée également à cette étude. Le professeur Nicolas avait signalé de tels accidents dès 1914, et ses élèves en ont donné à plusieurs reprises des vues d'ensemble (Massia et Gaté, Debon, Breton).

***

Etiologie. — Aucun des différents composés de la série arsénobenzol n'est à l'abri des complications érythémateuses, et on a signalé de tels accidents aussi bien avec les produits les plus récents : galyl, luargol, silbersalvarsan, sulfarsénol, éparséno, qu'avec les anciens : arsénobenzol ou novarsénobenzol.

La fréquence de ces accidents dépend de divers facteurs.

L'*âge* et le *sexe* ne semblent avoir aucune influence.

Le *sel employé* n'a aussi qu'une importance secondaire : tous les composés arsénobenzéniques peuvent déclancher des éruptions avec une fréquence à peu près égale, et si Stühmer croit que les exanthèmes se produisent plus fréquemment avec le 914 qu'avec le 606, tandis qu'au contraire Lacapère estime que les éruptions sont « assez rares avec le galyl, rares avec l'arsénobenzol et le disodoluargol, très rares avec le novarsénobenzol », on pense en général qu'il n'y a pas de « dermotropisme » plus nettement accusé pour l'un que pour l'autre. C'est en particulier l'avis de Milian, de Leredde et du professeur Nicolas.

Il est assez difficile de donner avec précision la proportion des éruptions érythémateuses pour les composés les plus récemment introduits dans la thérapeutique. Une statistique personnelle nous a donné pour le galyl la proportion de 5,6 p. 100 d'érythèmes. Quant à l'arsénobenzol et au novarsénobenzol, on est beaucoup mieux fixé, des statistiques nombreuses ayant été publiées. La proportion, élevée au début (de 10 p. 100 à près de 30 p. 100), est actuellement beaucoup plus faible depuis que l'emploi de ces composés a été nettement précisé. On peut l'évaluer en moyenne de 2 à 4 p. 100 des sujets traités. Mais cette proportion comporte elle-même des cas bénins, et avec Massia et Gaté on peut estimer que les cas graves, relativement rares, ne doivent pas dépasser 2 à 3 p. 1.000 des malades injectés.

Le *mode d'introduction* de l'arsénobenzol n'est pas sans importance. L'administration du médicament par voie rectale (lavements, suppositoires) n'a donné lieu à aucun accident cutané. C'est dans l'administration par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse que l'on voit de telles complications, et contrairement à ce qu'on pourrait croire a priori, il semble que ces accidents soient proportionnellement plus fréquents dans l'administration par voie sous-cutanée ou intramusculaire. Zieler puis Hata l'ont observé pour le 606, Léonard pour le novarsénobenzol.

La *dilution des solutions* semble n'avoir aucune importance.

Il est difficile de préciser l'importance que peuvent avoir les *doses et le nombre des injections*. Les éruptions peuvent survenir « après n'importe quelle injection de n'importe quelle série » (Massia et Gaté). Toutefois nous verrons bientôt que les éruptions bénignes et passagères surviennent plutôt au début d'une série, tandis que les éruptions graves et durables apparaissent surtout à la fin d'une série prolongée, sans qu'il y ait d'ailleurs là rien d'absolu.

Il faut reconnaître une importance bien plus grande à un autre facteur : le *rythme des injections au cours d'une série*. Ce sont, en effet, les séries à injections très rapprochées qui ont fourni les plus fortes proportions ; c'est ainsi que MM. Hudelo, Monlaur et Bodineau observaient des accidents cutanés dans 28,75 p. 100 des cas au cours de séries espacées seulement de deux en deux jours. D'ailleurs, M. Sicard a observé, avec sa méthode des doses répétées à courts intervalles et longtemps prolongées, que la peau était la première à donner le signal de l'intoxication arsénobenzolique.

Le *rôle de l'affection pour laquelle le malade est traité* semble bien accessoire. Les accidents s'observent évidemment surtout chez des syphilitiques. Mais on en a signalé aussi chez des sujets soignés par les arsénobenzènes pour des affections non syphilitiques et chez qui la syphilis ne peut être mise en cause. Toutefois un point paraît avoir une certaine importance : c'est l'existence de lésions cutanées concomitantes. Et si les manifestations syphilitiques étendues et marquées des téguments ne semblent pas servir de point d'appel aux arsénobenzolides véritables, par contre l'existence de certaines dermatoses, d'un psoriasis par exemple, doit toujours, pour MM. Massia et Gaté, faire redouter l'apparition d'une érythrodermie. Notons aussi que la notion d'accidents cutanés survenus au cours d'une série précédente doit [illegible] nous verrons plus loin à quel point sont sensibilisés

aux arsénobenzènes les sujets qui ont été précédemment atteints d'une érythrodermie exfoliante.

*
* *

Etude clinique. — Nous laisserons systématiquement de côté certaines manifestations cutanées érythémateuses pouvant apparaître au cours d'un traitement arsénobenzolique et qui ne nous paraissent pas rentrer dans le cadre de notre étude.

Ce sont :

Les *érythèmes locaux* plus ou moins accentués survenant *au lieu de l'injection* à la suite d'injections faites trop superficiellement dans le tissu sous-cutané, et qui, dues uniquement à la causticité du produit injecté, ne présentent aucun caractère spécial.

Les *réactions de Herxheimer*, accentuations temporaires de manifestations cutanées syphilitiques déjà existantes, susceptibles de se produire au début d'un traitement antisyphilitique et pouvant d'ailleurs apparaître, quoique moins fréquemment, au cours d'un traitement mercuriel comme au cours d'un traitement arsenical.

Il nous reste à envisager toute une série d'éruptions érythémateuses que pour la commodité de la description nous classerons schématiquement en trois grands groupes :

A. Des *éruptions immédiates*, essentiellement fugaces, survenant immédiatement ou très peu de temps après une injection quelconque et ne durant que quelques heures.

B. Des *éruptions érythémateuses précoces et éphémères*, survenant au début d'une série, en moyenne neuf jours après la première injection et ne durant que quelques jours.

C. Des *éruptions érythémateuses étendues, tardives et durables*, où d'ailleurs l'érythème est en général accompagné d'autres lésions cutanées, surtout œdème, vésiculation et desquamation : ce sont les *érythrodermies exfoliantes*.

Répétons encore combien cette classification est schématique; entre ces groupes tous les faits de passage se peuvent observer et nous verrons en particulier que l'on peut passer par des intermédiaires insensibles, sans qu'il y ait en un point de limite nettement fixée de l'érythème scarlatino de le plus bénin et le plus éphémère à l'érythrodermie exfoliante la plus tenace et la plus grave.

*
* *

A. Eruptions immédiates. — On peut voir de telles éruptions survenir immédiatement après ou même pendant l'injection, *accompagnant la crise nitritoïde*. Elles en ont également la rapide apparition et la rapide évolution; leur importance d'ailleurs paraît de second plan au milieu de l'ensemble symptomatique de la crise.

Il s'agit le plus souvent de foyers érythémateux et urticariens apparaissant dans la moitié supérieure du corps, s'accompagnant parfois d'œdème de la face, des lèvres, des paupières, de la langue. Le gonflement de la face peut même persister parfois après la disparition de la crise.

Mais ces éruptions immédiates peuvent survenir également *en dehors de tout syndrome nitritoïde*. Il s'agit alors, soit d'éruptions érythémateuses fugaces, soit beaucoup plus souvent d'*érythèmes ortiés* ou d'*urticaire*.

Ces éruptions sont parmi les plus fréquentes des éruptions cutanées et on peut les voir apparaître après n'importe quelle injection : parfois, en effet, elles se produisent aussitôt après la première; dans d'autres cas on ne les voit apparaître qu'après la deuxième ou la troisième ou même après des injections ultérieures.

Elles apparaissent peu de temps après l'injection, souvent immédiatement après, ou bien quelques minutes ou quelques heures plus tard (éruptions immédiates retardées), rappelant alors véritablement le choc peptonique. Il est plus rare de voir ces éruptions se montrer le soir ou le lendemain.

Le début en est en général assez brusque, marqué parfois par de la céphalée, des vomissements, de la diarrhée, des frissons, une élévation plus ou moins considérable de la température qu'il n'est pas rare de voir atteindre 40 degrés.

Dans certains cas, on a noté une légère éruption localisée à l'avant-bras du côté où avait été faite l'injection, éruption qui tantôt restait localisée, tantôt au contraire s'étendait à une injection suivante. D'autres fois l'urticaire peut prédominer ou même rester localisé à la face, plus souvent au tronc ou aux membres. Le plus souvent il s'agit d'une éruption généralisée s'accompagnant en général d'un prurit intense, souvent aussi de signes traduisant la participation des muqueuses (larmoiement, rougeur pharyngée, vomissements, diarrhée) et de phénomènes généraux : fièvre parfois élevée, insomnie, albuminurie, douleurs articulaires.

La durée de ces éruptions est particulièrement brève, en moyenne de quelques heures à un ou deux jours.

Si l'on continue la série arsenicale entreprise, il est très fréquent de voir ces éruptions se reproduire à chacune des injections suivantes. Elles peuvent également apparaître au cours de séries ultérieures. Mais l'inverse peut aussi s'observer et des séries ultérieures être complètement indemnes d'urticaire; et même dans une série en cours, après avoir vu un urticaire suivre une, deux ou trois injections, on ne le voit plus déclanché par les injections consécutives.

Un point, en outre, est à signaler : c'est que ces éruptions urticariennes se montrent d'autant plus fréquentes que l'on fait les injections à intervalles plus rapprochés. Les observations de MM. Hudelo, Monlaur et Bodineau, de M. Leredde, de MM. Sicard et Roger en fournissent l'indéniable témoignage.

Ces éruptions immédiates sont en général bénignes. Néanmoins l'apparition d'une telle manifestation ne doit pas être négligée et doit recommander la prudence. Quels qu'en soient la pathogénie et le mécanisme elle n'en indique pas moins un trouble organique, et si dans bien des cas ce trouble n'est que passager, il n'en est pas toujours ainsi. C'est ce que montrent avec évidence certaines observations, en particulier celle de MM. Hudelo et Rabut où on a vu au cours d'un traitement par le sulfarsenol apparaître successivement du prurit, de l'urticaire, puis à des injections ultérieures une érythrodermie.

*
* *

B. **Eruptions précoces et éphémères.** — Ces érythèmes peuvent revêtir les aspects les plus variables : scarlatinoïdes, morbilliformes, papuleux, polymorphes, érythèmes ortiés et urticaires.

Ils présentent néanmoins un certain nombre de

caractères communs. Ces érythèmes peuvent survenir aussi bien après une qu'après deux, trois ou quatre injections. Mais ce qui les individualise, c'est leur *date d'apparition*.

Après une seule injection, l'éclosion se fait en général du septième au douzième jour. Lorsque l'érythème survient à la suite de plusieurs injections, de la deuxième, troisième ou quatrième, son apparition peut être séparée de la dernière injection par une période intercalaire variable de quelques heures à quelques jours, mais la période de latence séparant l'apparition de l'érythème de la première injection est d'une durée à peu près constante de sept à dix jours.

M. Milian a bien mis ce fait en évidence et pour lui donner encore plus de relief, a englobé ces éruption sous la dénomination évocatrice d' « érythèmes arsenicaux du neuvième jour ».

Souvent le début de ces exanthèmes est marqué par des prodromes assez bruyants, précédant l'éruption de quelques heures, d'un ou de deux jours. Le malade est en proie à une céphalée plus ou moins violente, il a des nausées, parfois des vomissements et de la diarrhée, de l'insomnie, de l'agitation et même du délire, tandis que la température monte à 39-40 degrés.

On note parfois une chute appréciable de la tension artérielle (Kall).

Il n'est pas rare de voir simultanément un énanthème : conjonctivite, rougeur parfois œdémateuse de la muqueuse bucco-pharyngée, angine rouge ou pultacée.

Puis apparaît l'exanthème qui peut se manifester sous les modalités les plus diverses.

Parfois, il est limité à une plaque érythémateuse, localisée en un endroit variable (nuque, mains), n'ayant aucune tendance à se généraliser, même malgré un traitement prolongé, ou bien apparaît un érythème léger, formé de petits points péripilaires qui, dans la suite, soit spontanément, soit par prolongation du traitement peuvent confluer et se transformer en érythème scarlatinoïde. Parfois, au contraire, la réaction exanthématique a été si brutale qu'à l'érythème se surajoute un processus vésiculeux ou bulleux, pouvant même, dans certains cas, faire penser à une dermite artificielle de cause externe.

Les *érythèmes scarlatinoïdes* représentent, sans doute, la variété la plus fréquente (9 cas sur 21 : Milian).

D'étendue variable, pouvant parfois couvrir tout le corps, ils débutent de préférence aux plis articulaires. Leur coloration peut varier du rouge clair au rouge vif, astacoïde, s'accompagnant parfois d'un œdème hypodermique plus ou moins accusé.

Ces éruptions simulent parfois de très près la scarlatine, car elles peuvent s'accompagner de signes généraux intenses (fièvre entre 38°5 et 40 degrés, céphalée, vomissements, diarrhée) et de congestion des muqueuses (conjonctivite, énanthème bucco-pharyngé, langue dépouillée, framboisée).

Les *érythèmes morbilliformes*, sont également très fréquents. M. Milian n'en signale cependant que 2 cas sur 21. Dans la statistique que nous donnons dans notre thèse, nous en notons 13 à côté de 17 érythèmes scarlatinoïdes, variété la plus fréquente. Comme les précédents, ils peuvent s'accompagner d'exanthèmes et de signes généraux.

On a rapporté également des observations de cas *simulant la rubéole*. Encore ces faits méritent-ils confirmation. En effet, M. Milian, relatant l'histoire de certains malades qu'il a eu l'occasion d'observer, a montré qu'il s'agissait, en réalité, d'une rubéole survenue pendant un traitement arsenobenzénique.

Plus rarement, se voient des *érythèmes maculeux*. M. Milian a décrit une éruption formée de taches rouge clair ou rouge vif, de dimensions variables (de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 2 francs et davantage), confluentes par endroits, légèrement ou non prurigineuses, s'accompagnant de signes généraux légers, pouvant apparaître après une ou plusieurs injections et de durée éphémère.

Dans d'autres cas, on se trouve en présence d'*éruptions rappelant le pityriasis rosé de Gibert* (Guénot, Schœnberger).

On peut également observer des *érythèmes papuleux*. L'éruption, dit M. Milian, « se présente sous forme de papules œdémateuses de la dimension d'un grain de millet, quelquefois un peu plus, de couleur rosée, disséminées sur la surface du corps, principalement sur les membres, peu nombreuses (de 4 à 6 seulement), très prurigineuses. C'est, si l'on veut, une papule urticarienne qui apparaît brusquement, mais disparaît généralement assez lentement, en deux à trois jours, laissant souvent un peu de pigmentation ».

L'éruption peut parfois revêtir le type de l'*érythème polymorphe* à forme érythématopapuleuse, s'accompagnant, presque toujours, d'énanthème bucco-pharyngé et de signes généraux modérés (troubles gastro-intestinaux, légère élévation thermique, douleurs articulaires prononcées).

On a enfin signalé des cas d'*érythème noueux* (Leredde).

De façon générale, la *durée* de ces éruptions est très brève : au bout de quelques jours tout est rentré dans l'ordre. Cette durée est d'ailleurs assez variable, si elle est en moyenne de trois à six jours, on peut la voir réduite à un ou deux jours ou, au contraire, se prolonger une semaine ou davantage. On a même signalé de véritables reprises (Kall). Cette variabilité dans la durée se voit surtout dans les érythèmes scarlatinoïdes. On peut voir ceux-ci se prolonger quinze jours, trois semaines ; c'est dire qu'il n'y a aucune limite nettement tracée entre les érythèmes scarlatinoïdes un peu prolongés et les érythrodermies, que l'on passe insensiblement des uns aux autres et que l'on trouve entre les formes typiques, toute la série des faits de passage intermédiaires.

La parenté que l'on voit ainsi entre ces deux grandes classes d'éruption — à première vue si dissemblables — se retrouve lorsque l'on étudie la façon dont les malades ayant présenté de telles éruptions précoces et éphémères, réagissent à une prolongation du traitement. Dans la plupart des cas, on n'a observé soit qu'une réaction faible, soit aucune réaction. De même, si, après un repos plus ou moins long, on entreprend une nouvelle série, il n'y a généralement pas de récidives. Parfois, cependant — bien que rarement et ceci se voit surtout lorsque l'érythème apparaît après un nombre assez élevé d'injections — la continuation du traitement a des résultats graves ; l'érythème, en effet, se transforme en érythrodermie.

De même, on peut voir un malade ayant présenté un érythème et chez qui on reprend un traitement, après un repos plus ou moins long, faire une récidive (Milian). C'est là un mode de réaction analogue

à celui que nous allons observer dans les érythrodermies.

Le pronostic de ces éruptions éphémères est donc dans l'ensemble, bénin. Mais on voit que, parfois, elles peuvent n'être que le prélude de dermatoses plus graves. Leur apparition doit donc commander une certaine circonspection dans la prolongation du traitement.

* * *

C. **Eruptions tardives : Erythrodermies.** — Ces éruptions tardives, bien que moins fréquentes que les précédentes, sont d'un intérêt capital en raison de leur durée et de leur gravité. Elles constituent un des accidents les plus sérieux de la médication arsénobenzolique.

Au point de vue dermatographique, ce sont des *érythrodermies*, dont la durée est très variable et qui, dans leurs cas limites se rapprochent beaucoup des érythèmes scarlatinoïdes avec lesquels d'ailleurs on peut trouver tous les intermédiaires. Il n'y a là, en effet, qu'une différence d'intensité et de durée.

Ce qui les caractérise davantage c'est leur *apparition tardive*, car on les voit survenir, en général, après une série d'injections nombreuses, de cinq à treize le plus souvent ; exceptionnellement la date d'apparition est plus précoce, car on en a observé après deux injections (Latham), ou même une seule (Grœn).

L'intervalle séparant le début de l'éruption de la première injection de la série est en moyenne de trois à six semaines, pouvant d'ailleurs atteindre deux mois et plus.

Un signe, malheureusement inconstant, mais d'importance considérable, quand il existe, peut précéder l'éruption et doit, en tout cas, éveiller l'attention : c'est le *prurit*, soit généralisé (Kall, Bulliard, Sicard et Roger, Hudelo et Rabut), soit localisé et en particulier au pli du coude (Boutelier).

Le début de l'éruption est parfois précédé par l'apparition d'œdèmes localisés, surtout à la face, aux paupières, aux pieds et aux mains. Souvent aussi ont apparu, auparavant, des érythèmes précoces de modalités diverses, localisés aux plis ou à distribution circumpilaire. Puis, la généralisation se fait en quelques jours, parfois en quelques heures, surtout si, méconnaissant l'éruption, on prolonge le traitement.

Une fois l'éruption arrivée à sa période d'état, ce qui frappe c'est la *rougeur généralisée* ou presque généralisée des téguments, allant du rose pâle au rouge vif, scarlatiniforme, disparaissant à la vitropression, mais incomplètement, car il reste sur la peau une teinte jaunâtre, un peu ecchymotique (Milian). La coloration devient souvent plus tard livide ou violacée, surtout aux membres inférieurs.

Fréquemment, la rougeur s'accompagne d'*œdème*, qui, pour Milian, est caractéristique de ces éruptions arsenobenzéniques. Cet œdème peut être très étendu, presque généralisé, rappelant l'anasarque brightique ; plus souvent, il reste localisé principalement aux chevilles et à la face qui, dans les cas les plus accentués, prend l'aspect de magot chinois. Cet œdème ne reste généralement pas longtemps aussi intense ; il disparaît en quelques jours, parfois en quelques heures.

On observe, plus souvent encore, que l'œdème hypodermique, une *infiltration dermique* durable, donnant au toucher la sensation d'un épaississement des téguments qu'il devient impossible de plisser, en même temps que cette rigidité tégumentaire gêne, de façon plus ou moins considérable, les mouvements des articulations et des muscles de la face (bouche, paupières).

La *desquamation* commence d'une façon précoce du huitième au quinzième jour. Elle est souvent furfuracée dans les cas où l'évolution est assez brève. Mais le plus souvent, la desquamation furfuracée au début, devient foliacée, à larges squames et très abondante ; aux doigts l'épiderme se détache souvent en doigts de gant et aux pieds, sous forme de véritables semelles.

Tel est le tableau que présentent bien souvent les érythrodermies. Mais souvent aussi le processus d'infiltration séreuse est plus violent et va jusqu'à la *vésiculation* ; la peau prend un aspect légèrement mamelonné, grenu, surtout au cou et aux extrémités ; en certains points, on peut même avoir l'aspect de la dysidrose. Ces vésicules peuvent se rompre ou se dessécher. Dans le premier cas, elles donnent naissance à de l'exsudation séreuse.

Cette *exsudation séreuse* est parfois réduite à un léger suintement aux oreilles et au cou, consécutif à des fissures cutanées. Mais, souvent, elle témoigne d'un processus d'*eczématisation* secondaire, avec ses surfaces rouge foncé, parsemées du piqueté des multiples puits d'où s'échappe une abondante sérosité d'odeur fétide. Ces plaques d'eczématisation se localisent de préférence en certains points, surtout à la face (oreilles, joues, menton), aux plis de flexion, à la face interne des bras et des cuisses, à la face dorsale des pieds et des mains, aux organes génitaux. Les surfaces suintantes sont parfois très étendues et le suintement d'une abondance considérable.

Ces lésions cutanées s'accompagnent de façon inconstante de lésions des *phanères* (chute des cheveux, chute des ongles, ou seulement sillons transversaux) ; plus fréquemment d'*atteinte des muqueuses* (stomatite, rougeur et desquamation de la langue, angine et pharyngite, catarrhe laryngo-bronchique, conjonctivite).

Parmi les phénomènes subjectifs, signalons au premier plan le *prurit*, souvent intense, s'exacerbant en crises à l'approche des poussées, et empêchant parfois tout sommeil. Fréquemment aussi, on note de la cryesthésie.

Les *symptômes généraux* sont très variables. Il y a, en effet, des formes apyrétiques, évoluant sans présenter jamais la moindre élévation thermique et des formes fébriles qui présentent, soit seulement au début, soit pendant une grande partie de leur évolution, une élévation de température variant de 38 à 40 degrés. Cette température peut rester en plateau ou, au contraire, présenter des oscillations, durer quelques jours ou être persistante, s'accompagner ou non de céphalée et de phénomènes digestifs.

Il n'est pas rare d'observer des troubles du fonctionnement hépatique : sensibilité de l'hypocondre droit, glycosurie alimentaire, élimination intermittente du bleu de méthylène, troubles des rapports urinaires (abaissement du rapport azoturique, augmentation du coefficient d'imperfection uréogénique), ammoniurie, urobilinurie, cholalurie, acétonurie et acétonémie ; l'ictère est exceptionnel.

Les troubles rénaux sont plus rares ; on note exceptionnellement de l'albuminurie ou même des signes de néphrite aiguë.

L'examen du sang montre, en général, une augmentation considérable des éosinophiles qui peuvent atteindre et dépasser 40 p. 100 du nombre total des leucocytes, et une assez forte proportion de grosses cellules mononucléaires. Latham a trouvé, chez un malade, une polynucléose élevée avec lymphocytose marquée, dès que l'exfoliation augmenta.

La *durée* est très variable : depuis douze jours jusqu'à dix mois. La terminaison se fait, en général, par la guérison; mais la mort peut parfois s'observer (6 fois sur 38 cas : Boutelier), due à des causes diverses : insuffisance hépatique ou rénale, bronchopneumonie, cachexie, etc.

Lorsque l'érythrodermie n'a pas cette issue funeste, son évolution est fréquemment entrecoupée *de poussées intercurrentes*, surtout dans les formes eczématisées.

Au cours de cette évolution on voit fréquemment apparaître des complications par infection superficielle : impétiginisation, furoncles, abcès, hidrosadénites axillaires.

Enfin des séquelles peuvent survivre à l'érythrodermie : ce sont de la kératodermie plantaire (Sicard et Roger) et surtout une pigmentation généralisée, qui persiste longtemps.

Deux points restent à préciser, points importants en ce qui concerne l'avenir de nos érythrodermiques.

1° Il semble que les malades qui ont été atteints d'une érythrodermie présentent dans la suite une susceptibilité particulière pour les arsenobenzènes, non seulement envers le composé déjà employé, mais aussi envers tous les autres composés de la même série (Nicolas et Moutot, Balzer, Massia et Gaté, Gougerot, Boutelier). Ces malades feront de nouveau une poussée cutanée si on leur réinjecte un composé arsénobenzénique, quel qu'il soit.

2° La gravité des érythrodermies a-t-elle une influence heureuse sur la syphilis, ainsi que l'ont prétendu Buschke et Freymann? Les observations de M. Benveniste, de M. Gougerot ne permettent pas de le penser.

En somme il s'agit là d'éruptions graves, pouvant avoir une issue fatale et qui même dans le cas où elles évoluent favorablement, immobilisent longtemps le malade qui en est porteur et ne permettent plus la reprise d'un traitement arsénobenzolique.

*
* *

Diagnostic. — En pratique la connaissance du traitement antérieur facilite singulièrement le diagnostic, l'impose presque.

Toutefois, en raison même de cette quasi-évidence qui porterait à négliger une investigation toujours nécessaire, et à attribuer d'emblée aux arsenobenzènes des accidents où ils n'ont qu'une part indirecte ou nulle, il faut insister sur la possibilité de certaines éruptions survenant au cours ou à l'occasion d'un traitement et qu'il importe de ne pas méconnaître.

On doit d'abord se demander s'il s'agit bien d'une *éruption artificielle*. Des erreurs sont surtout possibles avec les *fièvres éruptives* : rubéole (Milian), fièvre typhoïde, variole, typhus exanthématique et surtout scarlatine. On se rappellera que de l'érythrodermie la desquamation commence avant la disparition de la rougeur des téguments.

Il faut aussi songer à la réaction de Herxheimer, où l'éruption consiste en une recrudescence de lésions syphilitiques *préexistantes* sous le coup de fouet du traitement, et seulement au début de ce traitement, la réaction s'atténuant ou disparaissant avec la continuation du traitement.

D'autre part, une fois précisé le diagnostic d'éruption artificielle, il faut se demander si l'arsénobenzol en est bien l'agent causal, question qu'il est parfois bien difficile de résoudre lorsque le malade a suivi un traitement mixte, arsénomercuriel; on s'assurera également que le sujet n'a pris aucun médicament sous forme de cachets, potions, aucun « dépuratif » à qui puisse être attribuée la toxidermie.

*
* *

Pathogénie. — La pathogénie de ces accidents est encore des plus obscures et les théories les plus diverses ont été soutenues.

Les observations cliniques, les examens de laboratoire, les recherches expérimentales ont mis en évidence l'existence d'un certain nombre de faits, dont l'importance a été envisagée de façon fort différente. Nous commencerons donc par exposer ces faits et nous signalerons ensuite les principales théories qui ont été émises en se basant sur leur constatation.

Ces faits peuvent se grouper sous deux chefs : faits mettant en cause le médicament, faits mettant en cause le terrain.

I. **Faits d'ordre médicamenteux.** — Il vient naturellement d'abord à l'idée d'incriminer la toxicité des arsénobenzènes. D'ailleurs Hoke et Riehl n'ont-ils pas observé en étudiant l'action expérimentale du salvarsan, une paralysie des terminaisons périphériques du nerf splanchnique qui amène une vasodilatation intense de la peau? Rickers et Knape ont de même observé que le médicament crée une vasodilatation capillaire, d'où abaissement de la pression, ralentissement de la circulation, hyperémie par stase dans certains territoires sanguins. Or Listorius et Heubner ont montré que l'arsenic avait une action analogue. Aussi Zieler attribue-t-il au noyau arsenical les érythèmes arsénobenzoliques.

Mais d'autre part, on sait la faible toxicité des arsénobenzènes. Des expériences très précises ont montré que le lapin pouvait tolérer au minimum jusqu'à 0g08 par kilogramme de salvarsan, 0g20 de novarsénobenzol, 0g13 à 0g16 de galyl. S'il est permis de conclure du lapin à l'homme, on voit quelles doses considérables on pourrait injecter sans inconvénient. On reste toujours bien au-dessous de ces doses.

C'est pourquoi certains auteurs ont voulu accuser les produits de décomposition des arsénobenzènes, tels l'oxymétamidophénylarsenoxyde qu'ont invoqué après Ehrlich, MM. Queyrat et Cousin, opinion qui paraît fort soutenable quand on sait la grande instabilité des arsénobenzènes, et la possibilité qu'ils ont en se décomposant, de donner des corps plus toxiques, soit par faute de fabrication, soit par décomposition au moment de la préparation de la solution, soit enfin au cours de transformations dans l'organisme et que nous ignorons totalement.

Certains auteurs, comme Wechselmann, ont considéré comme dangereuse l'association des arsenicaux et du mercure qui entraverait en effet l'élimination des arsénobenzènes. D'autres ont voulu rejeter la responsabilité des accidents non pas tant sur les arsénobenzènes que sur les substances qui

leur étaient adjoints : soude nécessaire à l'alcalinisation, chlorure de sodium du sérum physiologique, eau distillée contenant des impuretés minérales provenant de papier-filtre trop riche en sels de chaux (Emery) ou d'appareils en verre tendre dont l'emploi prolongé détermine à la longue un certain degré de catalyse.

On a incriminé également l'excès de solvant ou au contraire l'excès de concentration.

En résumé le médicament a un rôle indiscutable, surtout marqué dans certains cas (séries érythémogènes) mais insuffisant à lui seul : il n'explique pas pourquoi avec la même solution certains individus font des éruptions, d'autres n'en font pas. Il faut donc tenir compte d'un autre facteur, le terrain.

II. **Faits concernant le terrain.** — Les examens des malades et les recherches expérimentales ont mis en valeur l'importance des troubles viscéraux, soit des organes d'élimination, soit des organes d'emmagasinement et de neutralisation.

Les recherches expérimentales ont montré l'importance dans la production des accidents post-arsénobenzoliques des altérations rénales (Jeanselme et Bongrand, Bar et Hudelo). Morel et Mouriquand insistent sur l'importance des lésions hépatiques et l'hépatotropisme du 606.

Cliniquement l'importance des troubles rénaux a été signalée par Lacapère, le rôle de la peau en tant qu'organe d'élimination, invoqué par Goubeau.

On a insisté sur les troubles des fonctions endocriniennes (Lortat Jacob) et plus spécialement des surrénales (Milian, Léon Bernard, Florand, Sergent).

Il semble que les troubles hépatiques soient les plus fréquents (Milian, Queyrat, Ravaut, Leredde, Desaux, Beauxis, Boutelier et Barbier), troubles qui peuvent porter sur les différentes fonctions de l'organe, mais surtout sur les fonctions antitoxique et protéolytique. Il est probable d'ailleurs que cette faiblesse hépatique relève de causes variables, parfois associées. On a surtout invoqué l'altération du foie par le traitement ou par la syphilis, mais aussi l'alcool (Golay), et une infection quelconque telle que la grippe (Stokes, Ruedemann et Lemon).

Il peut exister également associées ou non à ces tares viscérales, des modifications de l'état humoral du sujet. Enfin on a montré que les états de déséquilibre vago-sympathique prédisposent à certains accidents (Milian, Drouet).

Plus récemment, on a invoqué tout au moins pour les accidents immédiats, qui se rattachent aux phénomènes de choc non pas tant la toxicité du produit injecté ou les lésions viscérales que des modifications de l'alcalinité des humeurs. MM. Milian, Jeanselme et Pomaret ont mis en valeur l'importance de l'acidité des humeurs ou plutôt, de la diminution de la réserve alcaline, qu'elle soit déterminée par le produit injecté ou d'origine interne. Pour M. Ravaut l'acidité n'est pas toujours suffisante; en revanche il faudrait accorder un rôle beaucoup plus important aux phénomènes d'oxydation, qu'ils portent sur le médicament ou qu'ils soient déterminés par l'humorisme même du malade.

En résumé cette revue des différents facteurs invoqués nous montre que :

1° Les arsénobenzènes constituent le facteur provocateur de l'accident, et cela plus facilement encore si leur toxicité a été accrue d'une façon ou d'une autre. Mais ils ne sauraient à eux seuls suffire pour déterminer les accidents.

2° Ces accidents en effet ne peuvent se produire que sur un *terrain prédisposé* par une lésion viscérale, ou par plusieurs lésions viscérales associées, ou par des modifications humorales (telle que l'acidité) qui peuvent elles-mêmes être déterminées par des troubles viscéraux, surtout hépatiques.

Il est impossible en effet « de reconnaître à ces accidents une origine fixe et bien déterminée, car ils dépendent de plusieurs facteurs variant d'un malade à l'autre, et même chez le même malade, d'une injection à l'autre. » (Ravaut).

*
* *

Mécanisme. — Est-ce à dire que tous ces accidents érythémateux doivent être mis sur le compte d'une *intoxication* par les arsénobenzènes sur un terrain prédisposé? C'est l'explication qui en est donnée pour beaucoup d'auteurs. D'autres, au contraire, invoquent des mécanismes différents, pour expliquer tout au moins certains de ces accidents.

Pour les *accidents tardifs*, les érythrodermies, il n'y a pas de discussion, il s'agit bien là d'une intoxication, rendue possible par des lésions humorales ou viscérales, troubles dans l'élimination (lésions rénales) ou dans la neutralisation (lésions hépatiques et surrénales).

Alors que les *accidents précoces*, accidents « du neuvième jour » sont attribués par la plupart des auteurs à un mécanisme analogue, ils sont considérés par M. Milian comme étant des *phénomènes infectieux*, déclanchés par les arsénobenzènes. Les arsénobenzènes qui ont un pouvoir bactéricide puissant contre le tréponème et les spirilles auraient, au contraire, un biotropisme marqué vis-à-vis d'autres microorganismes, vivant dans l'organisme humain à l'état de sommeil, ce que Verneuil appelait le « microbisme latent ». M. Milian invoque, à l'appui de sa thèse, les raisons suivantes : début plus ou moins brusque et bruyant après une incubation de plusieurs jours, coexistence de signes généraux et d'un exanthème, évolution cyclique, reprise du traitement sans inconvénient, lorsque les phénomènes contemporains de l'érythème ont disparu.

Quant aux *accidents immédiats*, on les attribue à des troubles du milieu humoral. Déjà autrefois, on les avait comparés au choc anaphylactique. Aujourd'hui on en explique le mécanisme par un choc hémoclasique. « Il ne s'agit pas, dit M. Ravaut, de phénomènes toxiques, car si le début des phénomènes d'intoxication peut être rapide, l'évolution en est, au contraire, plus lente, plus prolongée, et ne disparaît pas en quelques heures sans laisser de traces. » MM. Jeanselme et Pomaret expliquent ces phénomènes de choc par une floculation intravasculaire déterminée dans le sang (surtout en cas d'hypoalcalinité humorale) par les fonctions phénoliques des arsénobenzènes.

Golay attribue également au mécanisme par choc colloïdoclasique, les érythrodermies se reproduisant après une première poussée érythrodermique, à la reprise du traitement arsenical, alors que la poussée primitive doit être considérée comme un phénomène toxique.

*
* *

Comment expliquer maintenant la localisation des accidents au niveau des téguments ?

M. Queyrat a émis l'hypothèse que l'érythème serait dû à l'élimination directe de l'arsénobenzol par la peau, hypothèse qui manque encore de preuves.

Zieler, Buschke invoquent une idiosyncrasie particulière des maladies, une « sensibilité spéciale » de leur peau. On avait pensé démontrer cette idiosyncrasie cutanée par l'intradermoréaction avec une solution d'arsénobenzène, mais Alt. Neisser, Zieler ont montré depuis longtemps que l'existence d'une telle réaction est sans aucun rapport avec la prédisposition aux accidents postsalvarsaniques.

Engwer et Joséphson ont pensé que la sensibilité de la peau pouvait être due à un agent extérieur (froid, humidité). Pour Schiff, ce n'est là qu'un cas particulier d'un phénomène plus général, la localisation de la dermite sur un territoire cutané, en état de moindre résistance (signal symptôme de Sicard).

Danysz qui considère les accidents salvarsaniques comme des accidents anaphylactiques, les explique par la formation d'anticorps précipitants, les précipités formés venant encombrer plus ou moins les capillaires. Mais ces précipitines n'ont été retrouvées ni par Milian, ni par Schamberg et Alt. Et d'autre part, Rubinstein a constaté qu'alors que le salvarsan précipite tout sérum normal non chauffé, en cas d'accident arsénobenzolique, au contraire, il y a retard dans l'apparition du précipité. On tend plutôt à admettre dans tous les cas où les phénomènes de choc peuvent être invoqués, que le bouleversement colloïdal se répercute jusqu'aux protoplasmes des éléments cellulaires, des tissus et que certains d'entre eux, plus fragiles, traduisent leur souffrance par un syndrome fonctionnel approprié. « L'aptitude native ou acquise de tel ou tel groupe cellulaire à subir le choc, commanderait ainsi en quelque sorte la localisation organique de la collidoclasie » (Widal, Abrami et Brissaud).

Mais ce qui semble dominer, dans la production de cette vasodilatation capillaire dont l'érythème est le résultat, c'est une atteinte du *système sympathique*. D'ailleurs, ainsi que Schiff le fait remarquer, « le système nerveux sympathique semble toujours mis en jeu par les accidents du salvarsan : névrose sympathique totale (asthme avec congestion du visage dans la crise nitritoïde), névrose sympathique périphérique (érythèmes) ».

Cet ébranlement du sympathique serait déterminé suivant les cas, de manières différentes. Ainsi, on connaît la participation intime du sympathique dans la crise hémoclasique, que ce soit le choc humoral qui détermine les oscillations du tonus végétatif, ou que ce soit, au contraire, une atteinte du système nerveux végétatif qui conditionne le choc.

Dans d'autres cas, l'ébranlement du sympathique serait dû, en dehors de tout phénomène de choc, à l'action directe des produits toxiques, que le terrain y soit ou non prédisposé par une susceptibilité préexistente du système nerveux végétatif. D'ailleurs, Hoke et Riehl ne prétendent-ils pas que l'intoxication arsenicale amène la paralysie des terminaisons splanchiques dont la conséquence est une vasodilatation périphérique ?

Traitement. — C'est avant tout un traitement prophylactique.

L'apparition d'une éruption immédiate ou précoce ne contre-indique pas la continuation d'un traitement ; puisque, en effet, dans la majorité des cas, ces éruptions ne se reproduisent pas, ou se reproduisent seulement de façon atténuée, lorsqu'on continue le médicament ; il sera seulement prudent de laisser disparaître les phénomènes apparus, et de ne reprendre la série qu'à une dose inférieure à la dernière dose injectée.

Si, au contraire, on voit apparaître une éruption de façon tardive, si bénigne paraisse-t-elle à première vue, il est préférable de cesser la série aussitôt ; sinon on risque à l'injection suivante de voir se développer une érythrodermie.

Enfin, une érythrodermie condamne tout traitement arsenical ultérieur.

Quant au traitement de ces érythrodermies une fois constituées, il est souvent bien impuissant.

Localement, on essaiera les poudres inertes, ou l'axonge, les crèmes ou les pâtes qui sont différemment tolérées suivant les sujets.

On laissera les malades à un régime hypotoxique, et on tâchera de faciliter la désintoxication, par les diurétiques, les purgatifs, les émissions sanguines. L'hyposulfite de soude donnée à hautes doses (8 à 10 grammes par jour) a donné entre les mains de M. Ravaut, de bons résultats.

BIBLIOGRAPHIE

ALT. *Münch. med. Woch.*, 1910, p. 561.
BERNARD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1914, t. XXXVIII, p. 155.
BOUTELIER. *Th. de Paris*, 1920, où l'on trouvera la bibliographie complète à cette date.
BRETON. *Th. de Lyon*, 1920.
BRAUER. *Dermat. Zeit.*, 1912, p. 800.
BULLIARD. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1913, p. 468.
BUSCHKE. *Berl. klin. Woch.*, 1er janv. 1911, p. 6.
BUSCHKE et FREYMANN. *Berl. klin. Woch.*, 11 avril 1921, cité par *Presse méd.*, 16 juillet 1921.
DANYSZ. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1916, p. 246 ; — *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1916, p. 535.
DESAUX, BAUXIS, BOUTELIER et BARBIER. *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 1921, p. 337.
DROUET. *Journ. de méd. de Paris*, 1922, p. 328.
EMERY. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1912, p. 277.
EMERY et MORIN. *Presse méd.*, janv. 1920, p. 81.
ENGWER et JOSEPHSON. *Münch. med. Woch.*, 28 fév. 1919, p. 243.
FLORAND. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1914.
FRÜHWALD. *Münch. med. Woch.*, 1911, p. 2109.
GOLAY. *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1918 ; — *Ann. de dermat.*, oct. 1922, p. 498 et suiv.
GOLDBACH. *Berl. klin. Woch.*, 1910, n° 50, p. 2280.
GOUBEAU. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1912, p. 549.
GOUGEROT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 déc. 1921, p. 1345.
GRÖN. *Norsk mag. f. Lægevid.* (Kristiania), 1912, p. 543, cité par *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 586.
GUÉNOT. *Th. de Paris*, 1912.
HATA. Communication au *XVIIe Congrès internat. de méd. de Londres*, 1913, série XIII, 2e partie, p. 259.
HAVAS. *Orvosi Hetilap*, Budapest 1910, nos 35 et 36.
HEUCK. *Münch. med. Woch.*, 1911, p. 2451.
HOKE et RIEHL. *Zeit. f. exper. Path. und Ther.*, 1911, p. 332.
HUDELO, MONLAUR et BODINEAU. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1912, p. 278.
HUDELO et RABUT. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, mai 1920.
JADASSOHN. *Deut. med. Woch.*, 1911, p. 2057.
JEANSELME et BONGRAND. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910, p. 476.
JEANSELME et POMARET. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1921.
KALL. *Münch. med. Woch.*
KREN. *Wiener klin. Woch.*, 1910, n° 45.

LACAPÈRE. *Le Traitement de la syphilis par les composés arsenicaux*, Masson, 1918
LATHAM. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1914, p. 608.
LEREDDE. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 1912, p. 428; — *Journ. des prat.*, 1914, p. 481.
LÉONARD. *Lancet*, 30 août 1919.
MASSIA et GATÉ. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 oct. 1920.
MILIAN. *Paris méd.*, 1917, p. 135; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, déc. 1919; — *Revue de méd.*, 1920, n° 4; — *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1921.
NEISSER. *Münch. med. Woch.*, janv. 1916, p. 122.
NICOLAS et MONTOT. *Ann. de dermat.*, 1914, p. 391.
NICOLAS. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 avril 1921.
PISTORIUS. *Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, 1883, vol. XVII.
QUEYRAT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1914, p. 299; — *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1912, p. 2, et 8 mai 1919.
RAVAUT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911, p. 365; — *Presse méd.*, 28 janv. 1920, p. 73; — *Ann. de dermat. et de syphil.*, déc. 1921, p. 494.
RABUT, BOUTELIER et RICHON. Communication à la *Soc. franç. de dermat.*. 14 déc. 1922.
RAVAUT et WEISSENBACH. *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 255.
RICKERS et KNAPE. Cités par Kading. *Soc. de dermat.*, Hambourg-Altona, 1919, n° 31, p. 503.
RUBINSTEIN. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921, p. 62.
SCHIFF. *Ann. des mal. vénér.*, mai 1921.
SCHAMBERG et AL. *Arch. f. Derm. and Syph.*, mars 1920, p. 235.
SCHŒNBERGER. *Med. Klin.*, 1913, n° 17.
SERGENT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1914, t. XXXVII, p. 312.
SICARD et ROGER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 fév. 918.
STOKES, RUEDEMANN et LEMON. *Arch. of internat. med.*, Chicago, mai 1920, p. 521.
STÜHMER. *Deut. med. Woch.*, 1912, p. 983.
THIBIERGE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 nov. 1911.
WECHSELMANN. *Berl. klin. Woch.*, 1910, p. 2134; — *Münch. med. Woch.*, 5 oct. 1915.
ZIELER. *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 1641.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1923)

Plaie du cœur. — M. DUVAL fait un rapport sur une observation adressée par M. Vidal (de Nice). Il s'agit d'une plaie du cœur par coup de couteau, opérée une demi-heure après. L'intérêt de cette observation réside, d'une part, dans la voie d'accès choisie par M Vidal et, d'autre part, dans la constatation radioscopique des résultats éloignés de l'intervention.

Pour aborder le cœur, M. Vidal a pratiqué une longue incision présternale, a fendu le sternum de l'appendice suphoïde, à 2 ou 3 centimètres au-dessous des clavicules; il

a pu ensuite écarter les deux moitiés du sternum et se procurer ainsi un large jour sur le cœur. M. Duval rappelle que cette voie d'accès a déjà été l'objet de recherches de la part de MM. Lenormant, Hartmann, Tuffier, Miginac, etc., que lui-même a combiné cette voie sternale avec la laparotomie, que ce procédé a pu être modifié de multiples façons, mais que c'est à Milson (du Caire) que revient le mérite de l'avoir pratiqué le premier.

Il semble bien que cette attaque par voie sternale est supérieure à la thoracotomie latérale gauche. Le blessé de M. Vidal a très rapidement guéri, trente-six jours après l'opération, un examen cardiographique a permis de constater que le fonctionnement du cœur ne laissait rien à désirer et que la guérison était complète.

Traitement du cancer par le radium. — M. SAVARIAUD, en son nom et au nom de M. Degrais, apporte l'observation d'une malade qui était atteinte d'un épithélioma du museau de tanche ayant envahi une partie du vagin, jugé conséquemment comme inopérable.

M. Degrais fit deux applications de radium, la première d'une durée de quarante-huit heures, la seconde de vingt-quatre heures. L'examen histologique a confirmé le diagnostic d'épithélioma.

La malade a été guérie et reste guérie depuis dix ans.

M. Savariaud cite un autre exemple dans lequel M. Degrais a également obtenu la disparition complète d'un cancer du col, sans récidive pendant quatre ans. Au bout de ce temps apparurent des ganglions, mais il y a toujours absence complète de récidive locale. Peut-être eût-il été indiqué de recourir à la radiothérapie profonde, pour agir contre les ganglions.

Quoi qu'il en soit, il est indéniable que dans certains cancers, la curiethérapie donne des résultats remarquables.

Fracture bimalléolaire compliquée. — M. SOULIGOUX fait un rapport sur une observation de M. da Silva de Riobanco : Il s'agit d'une fracture bimalléolaire avec ouverture de l'articulation du côté interne ; nettoyage soigneux à l'éther de la plaie, suture de la malléole au catgut, application d'un appareil de Maisonneuve pendant quarante jours, puis d'un appareil de marche de Delbet, guérison. M. Souligoux approuve la conduite tenue, dans ce cas, par M. da Silva de Riobanco. Il pense seulement que l'appareil de Delbet aurait pu être appliqué plus tôt.

Luxation de la clavicule. — M. CADENAT analyse une observation de M. Soupault : Luxation grave de la clavicule réduite par une intervention sanglante et par un procédé particulier, imaginé par M. Soupault.

Diverticule de l'œsophage. — De M. MOCQUOT, un rapport sur une intéressante observation de M. Picquet (de Caen). Il s'agit d'une femme de soixante-douze ans, n'ayant jamais été malade, qui présenta d'abord des troubles de la déglutition, de la dysphagie. Elle sentait que les aliments s'arrêtaient à un certain niveau de l'œsophage et en indiquait très nettement le siège au côté gauche du cou, à 3 centimètres au-dessous de la clavicule. M. Picquet fit pratiquer un examen radioscopique. Cet examen confirma le diagnostic de diverticule de la paroi latérale gauche de l'œsophage.

Opération : M. Picquet isola ce diverticule et l'attira au dehors comme une hernie, plaça deux pinces de Chaput, sectionna le diverticule au niveau de son collet, plaça des points séparés sur la muqueuse et draina. Quelques jours après, la déglutition était devenue très facile. Un nouvel examen radioscopique montra que tout était normal. Ces interventions sur l'œsophage ne sont pas toujours sans dangers. Il faut prendre les plus grandes précautions pour éviter les accidents septiques ultérieurs.

Les statistiques montrent qu'en 1900, ces opérations sur l'œsophage donnèrent une mortalité de 23 p. 100. Elle est réduite aujourd'hui à 4,75 p. 100.

Luxation d'une phalange. — M. LAPOINTE fait un rapport sur une observation de M. Descarpentier. Il s'agissait d'une luxation grave d'une phalange irréductible par les moyens ordinaires. N'ayant pas la pince de Farabeuf à sa disposition, M. Descarpentier eut l'idée de se servir d'un clou, grâce auquel il put agir sur la phalange et la réduire.

Ce court rapport donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Savariaud, Dujarrier, Baudet, Souligoux, Tuffier, Lenormant, Lapointe, discussion d'où il résulte qu'en effet, on peut trouver de réelles difficultés à réduire ces luxations phalangiennes, surtout quand elles sont anciennes.

Sarcome de l'intestin. — M. BRIN (d'Angers) nous apporte une intéressante observation de sarcome pédiculé de l'intestin. Ces sarcomes sont rares, surtout les sarcomes pédiculés. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans n'ayant jamais été malade, n'ayant jamais présenté aucun trouble fonctionnel. Le 23 janvier à trois heures, elle est prise brusquement d'une violente douleur dans le ventre, de vomissements alimentaires et bilieux. Il y a rétention des matières et des gaz. Le lendemain matin, elle entre à la clinique. Le pouls est à 120, la température très basse, à 35,4. Le ventre est volumineux, météorisé ; on sent de l'empâtement du côté gauche.

M. Brin diagnostique un kyste de l'ovaire gauche avec torsion du pédicule. Il fait la laparotomie, l'ouverture du péritoine donne issue à un énorme flot de sang, environ 1 litre et demi. Il y a bien un kyste ovarique ; mais au-dessus se trouve une masse rouge, noirâtre, une tumeur pédiculisée sur l'intestin grêle. M. Brin rase le pédicule au niveau de l'intestin et enlève cette tumeur. Un point de suture sur l'intestin, fermeture de la paroi. Suites simples. La température monte à 38°5. Pas de complications, la malade sort de la clinique le dix-huitième jour après l'opération.

La tumeur est grosse comme le poing. Elle ressemble à une grossesse tubaire rompue. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fibro-cellulaire.

M. Brin rappelle qu'un fait analogue a été communiqué par M. Cunéo. Il s'agissait, dans ce cas, d'un fibrome utérin coexistant avec un sarcome de l'intestin. M. Cunéo, comme M. Brin, s'est borné à la section du pédicule, à cause de l'état grave de la malade. La récidive est généralement tardive dans ces cas.

Ce qu'il y a de particulier chez la malade de M. Brin, c'est que jusqu'au moment de la rupture de la tumeur, elle n'a présenté absolument aucun symptôme.

Fracture des deux os de l'avant-bras. — M. DUJARRIER, à propos d'un article de M. Mouchet sur ce sujet, présente une jeune femme qui a été atteinte d'une fracture des deux os de l'avant-bras. Elle a été immobilisée dans un service d'hôpital. La réduction n'a pu être obtenue.

Elle vint alors dans le service de M. Dujarrier qui appliqua une plaque sur le radius et une agrafe sur le cubitus et appliqua un plâtre. Réduction parfaite et trois mois après l'accident, résultat fonctionnel également parfait.

MM. LAPOINTE, ALGLAVE, GERNEZ et AUVRAY partagent l'opinion de M. Dujarrier sur les bienfaits de l'ostéosynthèse.

M. LENORMANT fait cependant observer que toutes les fractures de l'avant-bras ne sont pas tributaires de l'ostéosynthèse.

MM. SAVARIAUD et BROCA sont de cet avis.

M. DUVAL montre son avant-bras dont les deux os ont été fracturés à onze ans. Il a été traité par Alphonse Guérin. Le résultat a été absolument parfait.

NOTE DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique..........	10 gr.
Extrait de gentiane..........	8 gr.
Extrait thébaïque.......... }	0g25
Extrait de noix vomique.......... }	

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50 DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
Sirop Roche au Thiocol préparé par Ch. Weiss
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL

N° 17. — MARDI 27 FÉV. 1923. 96e ANNÉE. MARDI 27 FÉV. 1923. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat en médecine de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye et San Salvadour. — Séance du 23 février. — MM. Bazouze, 20; Rochard, 24; Dereux, 21; Juge, 20; Boltanski, 26; Schmite, 21.

Séance du 24 février. — MM. Chalagnon, 21; Michele-Bechet, 19; Perono, 22; Mer, 27; Moutard et Farier, 18.

Séance du 25 février. — MM. Sorton, 19; Guérin, 23; Cardot, 19; Dinichert, 16; Cléry, 21.

VOYAGES MÉDICAUX DANS LE NORD AFRICAIN. — Le grand succès remporté l'an dernier par les voyages médicaux organisés par le *Bruxelles médical* au Maroc, a décidé notre confrère à en organiser cette année encore dans le Nord africain : trois auto-circuits auront lieu avant Pâques (l'Algérie, viâ Tunis; la Tunisie seule; l'Algérie et la Tunisie jusqu'au Sud tunisien), et seront accessibles aux médecins, à leur famille, aux étudiants en médecine.

Des réductions considérables de prix ont été consenties. Les médecins français qui voudront bien se joindre à leurs confrères belges peuvent s'adresser sans retard au docteur Raoul Bernard, 176, chaussée d'Etterbeek, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE. — Georges Perrochaud. — La liste déjà longue des internes des hôpitaux de Paris victimes du devoir professionnel vient encore de s'allonger.

Georges Perrochaud, interne à l'hôpital Bretonneau, est mort la semaine dernière d'une scarlatine contractée au chevet des malades.

Les mutations des internes venaient de se faire et il n'y avait que quelques jours que notre jeune collègue était dans le service de son maître, M. Guinon.

Les obsèques de Georges Perrochaud ont eu lieu à l'hôpital Bretonneau au milieu d'une grande affluence.

Une chapelle ardente avait été dressée dans la salle d'attente de l'hôpital et le cercueil disparaissait sous les couronnes et les gerbes. Avant la levée du corps, M. Malavoine, au nom des collègues d'internat du défunt, a rappelé sa vie toute de dévouement professionnel. M. Bordet, président de l'Association corporative des internes; M. Guinon; M. Mourier, directeur de l'Assistance publique; M. Bompard, vice-président du conseil de surveillance de cette administration; M. Peuch, président du Conseil municipal, ont pris successivement la parole pour rendre un hommage ému au dévouement de cette victime du devoir. Enfin, M. Strauss, ministre de l'hygiène, après avoir rappelé l'héroïque conduite du défunt pendant la guerre, épingla sur le drap mortuaire la croix de chevalier de la Légion d'honneur et donna l'accolade à la mère de Georges Perrochaud.

Le service funèbre eut lieu ensuite à l'église Sainte-Geneviève-des-Ardents.

COURS SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE. — Le cours supérieur d'hygiène, donné en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène, sous la direction de M. le professeur Léon Bernard et de M. Robert Debré, agrégé, commencera le jeudi 1er mars à 13 h. 3/4, au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine.

Les candidats pourvus des certificats de bactériologie exigés pour le diplôme, doivent être inscrits au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.).

COURS COMPLÉMENTAIRE D'OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur Le Lorier, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique le jeudi 1er mars 1923, à 16 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Dystocie. Anomalies, accidents et complications de la grossesse, de l'accouchement et de la délivrance : grossesse extra-utérine, lésions obstétricales et infections du nouveau-né, opérations.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — M. Babonneix, médecin des hôpitaux, commencera un cours libre sur les « Maladies nerveuses des enfants », à l'amphithéâtre de la clinique de l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 2 mars prochain, et le continuera les mercredis et vendredis, à 15 heures.

Ce cours, comportant huit leçons, sera illustré par des projections et accompagné de présentations de malades.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ORDRE DES MÉDECINS

Il y a bien longtemps qu'on parle de la nécessité d'un « ordre des médecins ». Bien des tentatives ont été faites pour l'instituer et jusqu'ici on n'y est pas arrivé. La nouvelle campagne entreprise à ce sujet sera-t-elle plus heureuse? Le projet présenté au syndicat des médecins de Toulouse, le 10 janvier 1923, par la Commission nommée par l'Association des médecins de cette ville et dont le rapporteur est le docteur Aversenq, secrétaire général de l'Association des médecins toulousains, aboutira-t-il?

Quoi qu'il en advienne, il est intéressant de consulter le rapport de M. Aversenq et le projet qu'il contient.

Notre confrère de Toulouse nous donne d'abord un historique de la question. Il rappelle notre ancienne corporation qui n'était à vrai dire que la Faculté elle-même. C'était alors le règne des corporations. La Révolution les supprima. Mais elles ne tardèrent pas à renaître sous différents noms : ordre des avocats, chambres des notaires, tribunaux de commerce et, enfin, les syndicats. Le médecin est resté isolé. Fut-ce un si grand mal? Jouir de l'indépendance et ne relever que de sa conscience, n'est-ce donc rien? Il faut croire que tout le monde ne partage pas cet avis, puisqu'un véritable concile eut lieu en 1845, sous les auspices de nos plus grands maîtres, tels que Bouillaud, Serre, Velpeau, Malgaigne, Trousseau, Cerise, etc. Ce concile soumit un projet qui fut voté par la Chambre, mais survint la révolution de 1848.

La question fut reprise, d'abord devant l'Association générale des médecins de France, puis devant les syndicats. Mais, jusqu'ici les projets présentés furent repoussés. La question, de nouveau reprise, échoua de nouveau devant le Congrès de déontologie de 1900. Comme Figaro, loué par ceux-ci, blâmé par ceux-là, l'ordre des médecins ne parvint pas à voir le jour.

Recherchant les causes de ces échecs successifs, M. Aversenq trouve le premier obstacle dans le médecin lui-même. Il se montre un peu sévère à son égard en l'accusant d'un « individualisme et d'un égoïsme étroits ».

Nous avons bien aujourd'hui les syndicats, les mutualités, mais ces associations ne visent que les intérêts du praticien ; elles ne comportent aucune sanction à l'égard des coupables.

Notre confrère estime donc que l'ordre des médecins est une nécessité qui s'impose et qu'il doit constituer un « tribunal professionnel ».

Nous ne pouvons reproduire ici les quatorze articles du projet de M. Aversenq, avec les réflexions qui les accompagnent.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est que le projet a été longuement étudié et mûri.

Son auteur prévoit les objections qu'on ne manquera pas de lui opposer, il les discute avec une parfaite bonne foi et les réfute.

Animé d'une conviction qui, d'ailleurs, est tout à son honneur, M. Aversenq, en jugeant si nécessaire un ordre assez sévère des médecins, ne voit-il pas un peu trop en noir la masse de ses confrères?

Sans doute, il y en a encore trop qui seraient passibles des peines que leur pourrait infliger cet « ordre ».

Mais ne sont-ils pas restés à l'état d'exception? N'est-ce pas une des plus pures beautés de notre profession que les responsabilités, parfois si lourdes, qui nous incombent, ne doivent avoir pour juge que notre conscience?

Voici la conclusion finale du très intéressant rapport de notre confrère de Toulouse :

« Le spectacle de divisions qui vient de nous apparaître, n'a rien qui nous désespère. Il est moins le fait des hommes que celui des institutions. Ce sont elles qu'il faut changer. Celle qu'on nous a donnée ne s'applique pas du tout à notre fin. Elle laisse la maison divisée sur elle-même et ouverte à tous les souffles. Les passions extérieures nous pénètrent, nous animent et nous épuisent.

Nous vous proposons de construire une solide muraille à l'abri de laquelle nous pourrons nous refaire, nous compter et enfin nous sentir.

Sera-ce la perfection? Certes pas. Ce n'est qu'une institution humaine qui en a les imperfections et les erreurs. Mais telle qu'elle est, ou peu s'en faut, elle a fait ses preuves, jadis et maintenant, chez nous et ailleurs.

Et c'est une grande force que celle qui, à travers les âges, n'a pas faibli. »

A. BROCHIN.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL. HERNIE. PRÉDISPOSITION

APPLICATION DE LA LOI DU 9 AVRIL 1898

Un arrêt de la Cour d'appel de Nancy a considéré, le 30 octobre 1919, que ne pouvait pas bénéficier de la législation sur les accidents du travail un employé atteint d'une hernie au cours et par le fait de son travail, alors qu'il y avait des prédispositions pathologiques.

Cet arrêt fut déféré à la Cour de cassation qui, le 22 novembre 1922, statua dans les termes suivants, en réformant le point de vue de la Cour d'appel :

« Attendu que toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de l'article 1er de la loi du 9 avril 1898;

Attendu que le 6 avril 1918, Th..., ouvrier au service de X..., négociants, avait été chargé, avec un de ses camarades, de descendre un sommier du premier étage; qu'à un tournant de l'escalier, le meuble ayant glissé des mains de l'autre ouvrier, il a fait un effort pour le retenir à lui seul; qu'à ce moment il s'est plaint, suivant sa propre expression, de « se sentir piqué », sans cependant interrompre son travail; que l'expert a constaté chez lui l'existence d'une hernie inguinale gauche, « produite à l'occasion d'un effort », mais dont l'issue « avait été favorisée par une prédisposition anatomique »;

Attendu que, tout en reconnaissant que Th... avait été atteint d'une hernie au moment de l'effort fait au cours de son travail, l'arrêt attaqué lui a refusé le bénéfice de la loi du 9 avril 1898, par le motif que d'après les circonstances de la cause corroborées par les conclusions médicales « l'effort n'a pas été la cause de la hernie qui doit être attribuée à une prédisposition purement constitutionnelle »;

Mais attendu qu'en admettant que le travail de Th... n'ait pas été la cause de la hernie, il en avait été du moins l'occasion;

D'où il suit qu'en statuant comme il l'a fait, l'arrêt attaqué a violé la loi. »

La Cour suprême a en conséquence cassé l'arrêt de la Cour de Nancy. Elle avait déjà statué dans le même sens, à propos d'une hernie (Cass., 7 mars 1921; *Gaz. du Palais*, 1921, 1, 488).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par M. CHASTENET DE GÉRY.

OS

Pseudarthrose du fémur traitée par le sérum de fracturé. (CHAUVIN. *Soc. de chir. de Marseille*, séance du 11 déc. 1922.) — L'auteur présente l'observation d'une malade âgée de vingt-neuf ans, atteinte de pseudarthrose flottante du quart supérieur du fémur, datant de cinq mois. La radiographie montre une ostéite raréfiante intense, creusant l'os de géodes transparentes, depuis la masse épiphysaire supérieure jusqu'au-dessous de sa partie moyenne. Ces lésions interdisent toute intervention sanglante.

Extension continue en abduction. On injecte sous la peau de l'abdomen 10 centimètres cubes de sérum, prélevé chez un sujet bien portant atteint de fracture du radius depuis quatorze jours. Aucune réaction. Quarante jours plus tard, aucune amélioration. Deux mois plus tard, soit huit mois après la fracture, nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum de fracturé : il se produit une légère élévation thermique et une poussée inflammatoire assez nette au niveau du foyer de pseudarthrose. Trente jours après l'injection, la malade commence à mobiliser son membre ; une tuméfaction profonde occupe le foyer de pseudarthrose ; à la radiographie, cal volumineux développé surtout aux dépens du fragment inférieur. Un mois et demi après la deuxième injection de sérum de fracturé, la consolidation est obtenue.

Lésions traumatiques de la colonne vertébrale par contraction musculaire. (G. MICHEL et P. DUROCH. *Bull. chir. des accid. du trav.*, août 1922, p. 1.) — Les traumatismes rachidiens, causés par simple contraction musculaire, sont considérés comme rares. Cependant les auteurs en ont observé quatre cas, dont une fracture, en quelques mois.

La fracture, portant sur l'apophyse articulaire de la VIIe cervicale, s'est produite dans les conditions suivantes : Le sujet, qui poussait une brouette chargée sur un plan incliné, fit un effort violent pour retenir la brouette qui basculait et pour garder son équilibre. Il eut une douleur brusque à la nuque et sentit ses bras paralysés. Les mouvements du cou, surtout ceux de flexion-extension, sont douloureux et limités. La pression de l'apophyse épineuse de la VIIe cervicale détermine douleur et crépitation. Parésie des deux membres supérieurs qui disparaît progressivement en un mois. Une radiographie en position oblique postérieure gauche montre une fracture de l'apophyse articulaire inférieure gauche de la VIIe cervicale.

La fracture isolée des apophyses articulaires est exceptionnelle, elle ne semble pas avoir été observée jusqu'ici, surtout dans ces conditions, à la région cervicale. Ici, elle s'est produite au cours d'un effort brusque et imprévu, qui a mis en jeu la contraction désordonnée de deux ordres de muscles : les fixateurs et fléchisseurs latéraux de la colonne cervicale, les adducteurs et élévateurs de l'angle de l'omoplate.

La parésie prouve qu'il y a eu déplacement de l'axe vertébral et, en somme, entorse avec arrachement de l'apophyse. La radiographie, toujours très difficile en pareil cas, ne doit être considérée que comme fournissant un appoint, d'ailleurs très important, à l'examen clinique.

Des entorses vertébrales analogues peuvent se produire sans fracture. Les auteurs en citent un cas. L'entorse portant sur la IIIe lombaire, déterminait une disparition de l'ensellure normale, une contracture de la masse commune lombaire gauche, l'immobilisation du tronc et une douleur à la pression sur le côté gauche de l'apophyse épineuse de la IIIe lombaire.

Les deux derniers cas, cités dans ce travail, sont des arrachements ligamentaires, l'un au niveau de la VIIe cervicale, l'autre au niveau de la région lombaire gauche. Cette dernière lésion s'est signalée par une scoliose lombaire droite très marquée.

Les auteurs indiquent, comme signes importants de ces traumatismes, souvent obscurs cliniquement : la déformation fixe d'un segment rachidien, la contracture unilatérale des muscles des gouttières, la douleur à la pression d'une apophyse.

SYSTÈME NERVEUX

Des indications de la radicotomie postérieure (à propos de vingt-cinq observations). (LERICHE. *Soc. de chir. de Lyon*, *Lyon chir.*, t. XIX, sept.-oct. 1922, p. 647.) — Que vaut la radicotomie ? Les travaux publiés ne donnent guère de réponse précise à cette question. L'auteur a pratiqué vingt-cinq fois l'opération et l'expérience qu'il en a ainsi acquise est condensée dans cette étude qui envisage successivement la technique de la radicotomie, sa gravité et ses indications.

Au point de vue *technique*, on profitera des remarques suivantes : Un repérage vertébral, précis est nécessaire et sera obtenu par la radiographie avec index métallique sur une vertèbre, XIIe dorsale ou Ire lombaire. L'hémostase des masses musculaires doit être faite par tamponnement temporaire. Celle des veines ouvertes dans l'os ou la graisse rachidienne, peut être réalisée simplement par application du muscle. Le canal rachidien est anatomiquement variable, il faut s'attendre à des difficultés quand il est étroit, ce qui coïncide avec des apophyses épineuses longues. Il faut préférer la radicotomie intradurale à l'extradurale, n'ouvrir les méninges qu'après hémostase rigoureuse et couper plus de racines qu'il ne paraît d'abord nécessaire. Enfin, dans les suites opératoires, l'injection sous-cutanée quotidienne de sérum est souvent utile pour remonter la tension du liquide céphalo-rachidien.

La *gravité* de l'opération bien faite et même sa difficulté sont relativement minimes. Sur les dix-sept premières radicotomies de l'auteur, il y a eu quatre morts, mais trois étaient évitables. Dans deux de ces trois cas, l'injection de sérum aurait pu sauver le malade et le troisième qui concernait un cancer prostato-pelvien, avec douleurs intolérables, n'aurait pas dû être opéré, car l'autopsie montra des métastases hépatiques et pulmonaires. Les sept dernières radicotomies ont toutes été suivies de guérison au moins opératoire.

L'opération a été pratiquée dans toutes les régions du rachis, mais surtout dans la région dorsale, pour des troubles très variés, au premier rang desquels se trouvent les crises tabétiques.

Les *indications* de la radicotomie seront jugées par les résultats éloignés qu'elle a donnés.

Dans les crises tabétiques, on n'obtient, pour ainsi dire, jamais de résultats durables même en sectionnant beaucoup de racines. Dans les radiculites également les douleurs récidivèrent, mais, sans doute, aurait-il fallu faire des opérations plus étendues. Les zonas rebelles sont, par contre, une des meilleures indications. Dans les moignons douloureux, l'auteur a eu un succès et un échec, la radicotomie n'est pas ici le meilleur traitement. Dans les névralgies liées à des compressions néoplasiques, les résultats sont irréguliers ; l'opération n'est bonne que si les douleurs, franchement radiculaires ou tronculaires, sont nettement localisées ; mais dans ces cas, l'auteur a eu quelques succès remarquables. La radi-

cotomie ne guérit pas la maladie de Little, elle rend seulement possible l'action de la volonté pour la rééducation motrice, ce qui limite ses indications aux formes peu intenses, chez des sujets de treize à quatorze ans, sans tare cérébrale et susceptibles de rééducation. Les résultats sont plus intéressants dans les paralysies spasmodiques de l'adolescent ou de l'adulte, consécutives à des méningites spéciales. Enfin l'opération ne semble plus devoir être employée contre les troubles de la maladie de Parkinson.

En terminant, l'auteur fait remarquer qu'à la suite de la laminectomie, il se produit toujours une réparation osseuse qui rétablit la solidité vertébrale.

Un cas d'anastomose du facial et de l'hypoglosse pour paralysie faciale. (R. ATKINSON STONEY. *The Irish Journ. of med. Science*, nov. 1922, p. 404.) — La malade âgée de vingt-cinq ans avait eu le facial droit lésé au cours d'une trépanation mastoïdienne et la paralysie du nerf était complète. L'auteur, influencé par la « chirurgie de l'os temporal » de Ballance, décida d'anastomoser facial et hypoglosse et de compléter, si possible, cette opération par une réunion de la hanche descendante de l'hypoglosse au bout distal du tronc de ce nerf premièrement sectionné.

L'opération eut lieu sept semaines après la trépanation. Incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien de la région rétroauriculaire au cartilage thyroïde. Libération du muscle. Section de la jugulaire externe et du nerf auriculaire qui traverse la plaie. Une deuxième incision est branchée sur la première, du milieu de celle-ci à l'os hyoïde.

Dissection du ventre postérieur du digastrique, puis de la glande parotide qui est réclinée en avant. Le facial est découvert, suivi jusqu'au trou stylomastoïdien et sectionné à ce niveau. L'hypoglosse, reconnu derrière le ventre postérieur du digastrique, est disséqué jusqu'à sa hanche thyrohyoïdienne au-dessus de laquelle on le coupe. Le nerf ramené sous le digastrique est suturé au bout distal du facial par trois points de soie *00* ne prenant que les gaines nerveuses.

Ensuite la branche descendante de l'hypoglosse est divisée un peu au-dessus de l'omohyoïdien et son bout proximal est suturé avec le bout distal du tronc de l'hypoglosse. Fermeture de la plaie sans drainage. A la suite de l'intervention, massage et traitement électrique. Trois semaines plus tard, quand la malade retourne chez elle, la langue ne présente pas d'atrophie appréciable et ses mouvements sont normaux.

Au bout de six mois, il n'y a presque plus de différence au repos entre les deux côtés de la face, l'œil droit peut être partiellement fermé, il n'y a pas de troubles du côté de la langue, mais l'asymétrie est encore marquée quand la malade rit ou parle.

Au bout de seize mois, de nouveaux progrès ont été faits, quoique ce ne soit pas encore le retour à l'état tout à fait normal. La langue fonctionne bien, sauf dans la projection brusque en avant, elle s'incline alors du côté opéré.

L'auteur commentant son observation fait remarquer que le temps difficile de l'opération est la découverte du facial ; il faut le chercher entre la parotide et la base de la mastoïde et, si on ne le trouve pas là, dans les lobules postérieurs de la glande qu'on carde avec le bistouri horizontalement tenu.

L'anastomose hypoglosso-faciale qui, pour des raisons anatomiques et physiologiques, paraît meilleure que l'anastomose spinal-facial, a été faite, pour la première fois, en 1901, par Körte et c'est Ballance, en 1910, qui a eu l'idée d'y joindre la suture de la branche descendante avec le bout terminal de l'hypoglosse.

TUBE DIGESTIF

Des interventions itératives dans le cancer gastrique. (DELORE et DUNET. *Revue de chir.*, 1922, n° 6, p. 359.) — Les malades opérés pour une sténose néoplasique du pylore se représentent parfois au chirurgien quelques mois plus tard avec les signes d'une nouvelle sténose orificielle. On leur refuse généralement une seconde intervention, et ils meurent alors plutôt d'inanition que des progrès du cancer. Cependant il est possible de leur être utile mais c'est à la condition qu'il n'y ait pas généralisation proprement dite du néoplasme et que la nouvelle sténose soit simplement due à un envahissement néoplasique progressif de l'anastomose, ou à une méso-colite rétractile à la fois inflammatoire et néoplasique. Il faut donc savoir diagnostiquer la généralisation gastropéritonéo-intestinale d'avec la cancérisation localisée ou l'étranglement mésocolique de la néobouche stomacale.

Dans le premier cas le syndrome est surtout péritonéal, c'est-à-dire que dans l'abdomen moyennement distendu, on trouve un peu d'ascite et souvent des noyaux profonds périombilicaux, tandis que l'estomac ne montre aucune onde péristaltique. Dans le second cas au contraire, l'estomac conserve, en particulier au niveau de son grand cul-de-sac, une intégrité suffisante pour lutter contre l'obstacle et l'on observe les signes habituels d'une sténose pylorique : vomissements de rétention, résidu gastrique à jeun et tension gastrique intermittente localisée cette fois à la région sous-costale gauche. La radioscopie contrôle d'ailleurs utilement les résultats de l'examen clinique. Si ce dernier diagnostic est établi, la laparotomie s'impose. Elle sera sous-costale gauche, pratiquée sous anesthésie fractionnée au kélène-éther ou sous anesthésie locale. Elle sera exploratrice d'abord puis permettra de faire une anastomose antérieure précolique qui réduira au minimum le traumatisme opératoire, anastomose par suture et jamais au bouton. L'opération est sérieuse. Les suites opératoires doivent être surveillées de près; en particulier le lavage de l'estomac sera quotidien et souvent même pratiqué dès le premier jour. Mais les résultats obtenus justifient ce traitement palliatif qui accroît appréciablement la survie des malades et diminue leurs souffrances.

Les auteurs relatent quatre observations de cancers gastriques ainsi réopérés pour des phénomènes de sténose, respectivement vingt, dix, six et sept mois après la première intervention. Il n'y eut qu'une mort opératoire due à une hémorragie provenant de la tumeur. Les autres malades ont été guéris de leurs troubles de rétention et la durée de la survie de l'un qui est indiquée, fut d'un an.

Occlusion par mégacôlon pelvien. (SANTY.
A propos du traitement du mégacôlon pelvien (DELORE.
Traitement chirurgical du mégacôlon. (LECLERC.
(*Lyon chir.*, juil.-août 1922, t. XIX, p. 392-434 et 439.)

Le mégacôlon pelvien reste une question à l'ordre du jour. Du moins il a fait il y a quelques mois l'objet de trois communications intéressantes à la Société de chirurgie de Lyon.

M. SANTY a présenté deux observations de malades opérés d'urgence pour des accidents d'occlusion aiguë. Dans le premier cas après laparotomie exploratrice, l'S iliaque énorme, du volume d'une cuisse d'adulte fut ouverte par une incision iliaque gauche, puis deux semaines plus tard réséquée à l'aide d'une nouvelle laparotomie. Dans le deuxième cas on trouva le gros intestin dilaté dans toute son étendue et l'on fit un anus cæcal; une opération complémentaire montra que seul le côlon iliopelvien était malade; vide et revenu sur lui-même, plissé longitudinalement, il s'était fixé spontanément au péritoine pariétal antérolatéral, et il parut inutile de le réséquer. Les deux malades ont guéri.

L'auteur se basant sur ces observations montre combien il est difficile de classer exactement au point de vue étiologique « cet état spécial que nous définissons un peu simplement sous le terme de mégacôlon, sans vouloir admettre cependant que ce mégacôlon puisse être primitif et constituer à lui seul toute la lésion ». La laparotomie exploratrice évite bien des erreurs, mais elle ne permet pas toujours un traitement radical et la pratique des temps successifs est plus sûre.

M. DELORE a observé et traité dix mégacôlons pelviens dont six en occlusion. Ces derniers présentaient tous un volvulus et furent traités par la détorsion avec fistulisation de l'anse malade, quelquefois par la colostomie simple. Un malade mourut peu après l'intervention. Les autres guérirent mais non tous définitivement; deux malades qui n'acceptèrent pas l'opération complémentaire (résection ou colo-colostomie) furent repris d'accidents d'occlusion et cette fois mortels.

Les quatre autres observations de l'auteur comprennent deux résections immédiates avec une mort et deux colo-colostomies avec une guérison.

Au total dans l'occlusion aiguë il faut faire une laparotomie, détordre et fistuliser le segment distendu puis dans un deuxième temps pratiquer, selon les circonstances, la résec-

tion, opération de choix ou bien une colopexie avec colostomie; en dehors de l'occlusion réséquer encore de préférence, parfois se contenter de la colopexie avec anastomose.

Des deux cas de mégacôlon qu'a traités M. Leclerc, le premier opéré à froid par la résection a guéri simplement, le second fut complexe : il était compliqué de volvulus, on fit la détorsion, le vidage de l'anse avec une sonde de Faucher introduite par l'anus et une cæcostomie; dans un deuxième temps l'S iliaque fut réséquée, mais quinze jours plus tard, les phénomènes d'occlusion reparaissant, il fallut opérer à nouveau et sectionner une bride qui coudait une anse grêle, les accidents cessèrent définitivement.

L'auteur recommande dans toutes les opérations de mégacôlon, l'emploi du tube de Faucher introduit dans le rectum et guidé à travers l'intestin par l'opérateur pour vider immédiatement et complètement l'anse distendue avec moins de danger que par une entérostomie de décharge.

Mucocèle géant de l'appendice. (L. Sencert, P. Masson et E. Allenbach. *Gaz. méd. de Strasbourg*, mai 1922, p. 208.) — Un homme de quarante-quatre ans ayant eu deux crises d'appendicite aiguë à trois ans d'intervalle est opéré à froid six mois après la seconde crise. On trouve un appendice fixé se dirigeant en bas et en dedans vers une tumeur arrondie, molle, grosse comme une orange, à cheval sur le promontoire auquel elle est adhérente. Cette tumeur est constituée par une dilatation de l'extrémité de l'appendice, elle est située sous le péritoine qu'elle a décollé en s'insinuant entre les feuillets du méso-côlon sigmoïde. Au cours de l'ablation, l'appendice se déchire et donne issue à des masses gélatineuses grisâtres qui viennent du kyste. La poche est difficilement énucléée.

L'examen histologique de la pièce montre « qu'il s'agit d'un kyste géant de l'appendice, d'un mucocèle appendiculaire ». Les auteurs rappellent que cette lésion assez rare est parfois l'origine d'un pseudomyxome péritonéal; le kyste peut se rompre et les masses gélatineuses qu'il contenait déterminent une réaction de la séreuse qui les cloisonne.

Pseudomyxome du péritoine consécutif à l'appendicite. (B. Baviera. *Rivista ospedaliera*, 1922, n° 1.) — Quatre mois après une ouverture d'abcès péri-appendiculaire, le sujet présente une tuméfaction de la fosse iliaque droite qui nécessite une nouvelle intervention. L'auteur se trouve alors en présence d'une vaste cavité circonscrite par des anses intestinales et contenant une substance gélatineuse s'infiltrant entre ces anses. Les adhérences épaisses ne permettent pas de voir et d'enlever l'appendice. La cavité est vidée et drainée. Guérison en quarante jours.

Evidemment dans ce cas l'épanchement gélatineux est dû à une perforation de l'appendice chroniquement enflammé ou à une rupture d'un kyste mucoïde de l'appendice. L'affection dont le diagnostic n'est pas possible avant l'intervention est en somme bénigne puisqu'elle peut guérir alors même que l'évacuation de la substance mucoïde a été incomplète et que l'appendice est resté en place.

Contribution à l'étude du pseudomyxome d'origine appendiculaire. (B. Rosati. *Annali italiani di chirurgia*, 1922, fasc. VIII-IX, p. 704.) — Après avoir résumé l'historique de la question depuis la publication initiale de Fränkel en 1901, l'auteur donne une observation nouvelle. La malade, âgée de trente-sept ans, a depuis un an des coliques, des vomissements, une douleur occupant l'hypogastre et la fosse iliaque droite avec irradiations à tout l'abdomen, et par périodes un légère élévation thermique. L'abdomen est un peu augmenté de volume; il y a une hernie crurale droite et on sent, par la palpation profonde, au-dessous du point de Mac Burney une masse dure allongée, irrégulière et douloureuse. On diagnostique, outre la hernie, une appendicite chronique. Le ventre ouvert, on découvre adhérente au fond du cæcum une masse irrégulière et élastique qui est enlevée avec l'appendice, après dissociation de quelques adhérences. La pièce est constituée par un appendice long de 6 centimètres portant à son extrémité libre une petite tumeur grosse comme une noix, de consistance variable suivant les points, fibreuse et gélatineuse, ici translucide comme de l'ambre jaune, là compacte et rose.

L'auteur étudie avec beaucoup de détails la structure microscopique des diverses parties de la pièce. L'appendice présente surtout des lésions d'inflammation chronique. La tumeur est formée de tissu conjonctif riche en cellules, abondamment vascularisé et parsemé de larges zones de raréfaction dans lesquelles le tissu cède la place à une substance claire, transparente, amorphe qui est sans aucun doute un produit de dégénérescence mucoïde. Cette structure est celle du pseudomyxome péritonéal. Mais il faut remarquer que la tumeur ne contient aucun élément épithélial et, seulement adhérente à la séreuse, n'a aucun rapport avec la muqueuse appendiculaire.

La pathogénie de ce pseudomyxome soit localisé, soit diffus et dont les formes sont d'ailleurs nombreuses, est encore obscure. L'auteur expose et critique les diverses théories qui ont été proposées et qui presque toutes donnent comme cause première à la lésion la perforation de l'appendice oblitéré du côté cæcal. Pour certains auteurs des cellules épithéliales de la muqueuse appendiculaire pourraient, au moment de la perforation tomber et se fixer sur le péritoine en conservant leur activité sécrétoire. Il y aurait là quelque analogie avec les métastases de certaines tumeurs ovariennes. Mais contre cette conception, d'ailleurs purement hypothétique, il y a des arguments très sérieux, par exemple la bénignité du pseudomyxome d'origine appendiculaire. En réalité il est probable que l'on a affaire ici plutôt à une réaction inflammatoire, et dans le cas relaté il a dû se produire une dégénérescence mucoïde des produits inflammatoires péri-appendiculaires. Ce cas montre encore que l'oblitération et la perforation de l'appendice ne sont pas des causes nécessaires.

Le pseudomyxome péritonéal de l'homme est-il toujours d'origine appendiculaire? (S. G. Giardina. *La Riforma medica*, 18 déc. 1922, p. 1209.) — Un homme de quarante-sept ans, alcoolique, artérioscléreux et qui depuis un an souffre de troubles intestinaux attribués à une colite, présente dans le côté droit de l'abdomen, région épicolique, une tumeur grosse comme les deux poings, arrondie, lisse, de consistance charnue et non élastique, très peu douloureuse, qui peut être légèrement déplacée mais ne suit pas les mouvements respiratoires et paraît nettement distincte du foie. On diagnostique une tumeur maligne et on opère. La tumeur globuleuse blanche, prise à première vue pour un kyste hydatique est incluse dans le méso-cæcum. On ne voit pas l'appendice. En isolant la masse, on la rompt, et il en sort une substance gélatineuse. L'adhérence au cæcum est telle qu'il faut pour extraire la masse réséquer un large segment du fond cæcal. Réparation de l'intestin et drainage à la gaze. Une fistule stercorale se produit et guérit lentement. Le malade est débarrassé de ses troubles digestifs.

L'examen de la pièce montre soudé à la tumeur un morceau de paroi cæcale avec l'appendice gros, non perforé et caché derrière le kyste. Histologiquement ce kyste est formé d'un feuillet conjonctif contenant des fibres musculaires lisses et tapissé en dedans d'une couche de cellules prismatiques avec par places des papilles simples ou doubles et des dépôts calcaires sans structure.

Ce cas est intéressant au point de vue de la pathogénie du pseudomyxome péritonéal. On ne peut guère en effet ici mettre en cause l'appendice. Il est probable que ce kyste muqueux, étant donné son siège et sa structure, peut-être aussi les antécédents du malade, provient d'un diverticule acquis du cæcum. Et s'il s'était rompu dans le péritoine il aurait pu donner lieu à un pseudomyxome analogue à ceux qu'on attribue à l'appendice.

Ulcère peptique du diverticule de Meckel. Hémorragies intestinales. (E. Megevand et R. Dunant. *Revue de chir.*, 1922, n° 8-9, p. 536.) — La pathologie déjà très complexe et chargée du diverticule de Meckel s'augmente d'une nouvelle entité qui est l'ulcère peptique. Sans doute une telle lésion est-elle d'autant plus rare qu'elle atteint un organe dont l'existence même est anormale et qu'elle nécessite en outre une structure probablement inhabituelle du diverticule. Mais comme il arrive souvent quand l'attention est appelée sur un fait en apparence exceptionnel, bientôt des faits analogues se découvrent, des observations anciennes mieux interprétées sont rapprochées du fait nouveau. Celui-ci cesse d'être sim-

plement curieux, il devient intéressant à connaître pratiquement.

L'observation qui a servi de point de départ aux auteurs, très complète et très instructive, peut se ramener à ceci : Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui a présenté à de nombreuses reprises depuis l'enfance des douleurs de l'abdomen et des hémorragies intestinales. Il a été opéré de hernie épigastrique et d'appendicite à froid. Les douleurs étaient de forme et de siège variables. Son melæna très fréquent était rouge ou noir alternativement ou simultanément. Il présentait un peu d'hyperchlorhydrie et aucun autre signe objectif. Une hémorragie très forte et inquiétante détermine une intervention chirurgicale. On extirpe un diverticule de Meckel entièrement tapissé de muqueuse gastrique et siège d'une ulcération. Après l'opération tous les phénomènes morbides prennent fin.

S'il est rare que la muqueuse diverticulaire soit entièrement de type stomacal, par contre d'assez nombreuses observations existent dans lesquelles une muqueuse de ce type revêtait partiellement des diverticules de Meckel, ou bien des fistules ou kystes ombilicaux d'origine vitelline (cas de Meulengracht, de Hübschmann, de Muller, de Siegenbeck, de Tillmann, etc.) et les îlots de muqueuse gastrique étaient pourvus tantôt de glandes pyloriques, tantôt de glandes du fundus comme dans le cas de M. et D. Il est probable que cette présence singulière de muqueuse gastrique dans le diverticule de Meckel n'est qu'un cas de l'hétéroplasie fœtale qui explique les trouvailles de muqueuse gastrique dans l'œsophage et le jéjunum.

Quoi qu'il en soit, cette muqueuse peut évidemment présenter dans le diverticule ses altérations pathologiques habituelles au premier rang desquelles se trouve l'ulcère. Il est probable que divers cas de perforations diverticulaires ont été faussement attribués à des diverticulites et résultaient d'ulcères peptiques. C'est Hübschmann qui le premier (1913) eut l'idée de cette dernière pathogénie. Puis vint le cas de Gramen et tout récemment celui de Muller. Mais l'ulcère en dehors de la perforation se manifeste par des hémorragies. Celles-ci ont été signalées plusieurs fois quoique jamais assez abondantes, comme dans le cas des auteurs, pour motiver une intersection chirurgicale.

L'ulcère du diverticule est rencontré presque uniformément chez l'homme (tous les cas sauf un). Sa pathogénie est inconnue. Peut-être comme le veut Askanazy faut-il attribuer un rôle au muguet.

Quant au diagnostic, en dehors de la perforation qui est fatalement reportée à l'appendice, il pourrait être fait peut-être sur trois signes : l'absence de température, les hémorragies et les douleurs variant de siège mais avec prédominance au voisinage de l'ombilic.

L'ablation du diverticule est évidemment le seul traitement efficace.

FOIE ET RATE

Résultats thérapeutiques de l'omentopexie pour cirrhose du foie. (L. MAYER. *Journ. de chir. et Ann. de la Soc. belge de chir.*, oct.-nov. 1922, p. 224.) — On a peut-être eu tort de délaisser l'omentopexie. Mayer le dit et le prouve à l'aide de trois observations très démonstratives.

Le premier de ses malades, après une cholécystite calculeuse suppurée, compliquée d'appendicite et qui nécessita deux interventions successives, cholécystostomie puis cholécystectomie, fut atteint de cirrhose biliaire. L'omentopexie fut suivie d'une guérison rapide qui s'est parfaitement maintenue, depuis quatre ans.

Dans le deuxième cas, il s'agissait de cirrhose alcoolique avec ascite abondante. La fixation épiploïque fut réalisée par le procédé de Chiassi, il y a huit ans et quoique le malade ait continué ses excès de boisson, au point d'avoir dû être interné pendant plusieurs mois pour delirium tremens, il est encore actuellement en parfaite santé.

Enfin, il y a trois ans, l'auteur a traité, par la même opération, une cirrhose cardiaque accompagnée d'ascite et d'œdème des membres inférieurs. L'état du malade paraissait désespéré ; l'opération faite sous anesthésie locale donna un très bon résultat : le ventre est resté souple sans ascite ni œdème, il persiste un peu d'albuminurie ; à la condition de suivre un régime déchloruré, le malade se porte très bien et a pu reprendre une vie active.

Les adénomes du foie au point de vue chirurgical. (TOUPET. *Journ. de méd. de Paris*, 2 déc. 1922, p. 879.) — L'auteur a observé et opéré un adénome du foie dont l'observation est, à divers titres, intéressante.

La malade, âgée de cinquante-sept ans, avait depuis quatorze mois, une tumeur de la région ombilicale, des crises douloureuses avec subocclusion et de l'amaigrissement. Cette tumeur, du volume d'une tête d'enfant, était arrondie, fixée aux plans profonds, mais indépendante de la paroi antérieure, douloureuse à la palpation et mate à la percussion. Découverte par une laparotomie médiane, on la vit appendue à la face inférieure du foie, près du bord antérieur du lobe droit, par un pédicule large de 12 centimètres et épais de 3 à 4 centimètres. Ablation après section d'adhérences épiploïques et hémostase par six catguts en U, passés en plein parenchyme hépatique. Les suites opératoires furent simples. La malade resta en apparence guérie trois mois, puis apparut une tumeur hépatique qui, malgré la radiothérapie, évolua avec une extrême rapidité et entraîna la mort par insuffisance hépatique trois mois plus tard.

La tumeur enlevée était bénigne macroscopiquement, c'est-à-dire enkystée, quoiqu'il n'y eût pas de plan de clivage entre la tumeur et sa capsule, ni entre celle-ci et le foie. Mais, histologiquement, c'était un adénome trabéculaire malin pénétrant la capsule d'enveloppe et le système veineux. A l'autopsie, le foie était infiltré de noyaux blancs jaunâtres, arrondis, de tout volume, du pois à l'orange, ayant la même structure que la tumeur initiale. Par ailleurs, il n'y avait en aucun point du corps, de localisation secondaire.

Les adénomes hépatiques, chirurgicalement traités, sont rares. L'auteur résume les observations antérieures au nombre de huit, dont cinq adénomes bénins, deux adénomes bénins ayant subi la transformation maligne et un adénome à type intermédiaire. De l'étude de ces documents, il résulte que ces tumeurs, considérées comme essentiellement bénignes, peuvent dégénérer. La récidive est d'ailleurs purement hépatique. Certains adénomes sont enkystés et énucléables, d'autres sont enkystés mais non énucléables, d'autres, enfin, analogues à ces derniers ont leur coque envahie par les cellules néoplasiques. Ce ne sont là, sans doute, que des stades d'évolution différents d'une même tumeur.

Au point de vue thérapeutique, il faut préférer la résection en tissu hépatique sain à l'énucléation. L'exérèse est, d'ailleurs, souvent facilité par le fait que la tumeur tend à s'extérioriser sous la forme sessile ou pédiculée. Malgré tout, les résultats ne sont pas très brillants ; il y a eu sur 9 cas, 3 récidives ayant amené la mort respectivement onze mois, trois ans et demi et six mois après l'opération.

Les hématomes enkystés de la rate. (P. LOMBARD et H. DUBOUCHER. *Journ. de chir.*, t. XX, nov. 1922, n° 5, p. 464.) — Il s'agit d'une lésion assez rare, 158 cas publiés jusqu'ici, dont les auteurs, à propos du fait nouveau qu'ils ont observé, reprennent l'étude anatomo-clinique et thérapeutique.

Leur malade, âgé de quarante-quatre ans, paludéen et porteur d'une grosse rate depuis l'enfance, présente depuis quelques mois une volumineuse tumeur abdominale gauche dont le début a coïncidé avec une recrudescence des accidents palustres. C'est un kyste de forme régulière, allant du diaphragme à la crête iliaque et atteignant en dedans la ligne médiane. Abordé par une laparotomie latérale, ce kyste adhère aux organes voisins. On en retire, par ponction, quatre litres de sang hémolysé. On peut alors le libérer et constater qu'il fait corps avec la face antérieure de la rate sclérosée, elle-même adhérente aux parois de sa loge. L'ablation de la rate et du kyste ne peut être réalisé que par décollement sous-capsulaire après section première du pédicule splénique entre deux clamps. Guérison rapide, malgré des accès fébriles violents, traités par la quinine et l'arsenic.

Le liquide kystique contenait les éléments caractéristiques du sang complet, c'est-à-dire du fibrinogène et des protéines coagulables, des hématies à divers degrés d'altération et des pigments sanguins, plus ou moins transformés. La rate est trois fois plus grosse que normalement. Le kyste, qui en pénètre le parenchyme par endroits, n'a qu'une paroi conjonc-

tive dépourvue de tout revêtement épithélial ou endothélial.

Les hématomes enkystés de la rate, dont cette observation est un exemple typique, sont presque toujours une complication du paludisme, rarement de l'infection puerpérale ou de la fièvre typhoïde. L'hémorragie a, généralement mais non toujours, pour cause initiale, un traumatisme. L'épanchement s'enkyste. La tumeur, qui est, par rapport à la rate, plus souvent sous-capsulaire que centrale, s'accroît par poussées successives. Elle peut contenir jusqu'à dix litres de liquide hématique.

Cliniquement, le début est rarement brusque avec réaction péritonéale, il est marqué habituellement par une gêne dans le flanc gauche, des douleurs de l'épaule correspondante, puis par le développement de la tumeur, appréciable dès qu'elle vient faire saillie au-dessous des côtes et atteint un volume suffisant. C'est surtout avec le kyste hydatique que l'hématome peut être confondu. Mais celui-ci évolue par poussées et plus vite que le kyste hydatique, dont la motilité plus grande, la tension plus forte, les modifications sanguines connexes sont des signes précieux pour le diagnostic.

Le traitement comporte souvent d'extrêmes difficultés. La marsupialisation, à cause de l'hémorragie et de l'infection secondaire, est une mauvaise opération. Mais les adhérences de la rate avec les parties voisines sont telles, parfois, qu'il faut mettre au premier rang, l'original et excellent procédé, décrit par les auteurs, qui est l'ablation de la masse spléno-kystique par libération du kyste et splénectomie sous-capsulaire après hémostase et section du pédicule.

Pseudo-kyste hématique de la rate chez un paludéen. Splénectomie. Guérison. (H. COSTANTINI. Rapport de P. MOCQUOT. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 16 janv. 1923, t. XLIX, p. 9.) — Cette observation est très analogue à la précédente. L'hématome sous-capsulaire de la rate chez un paludéen était moins volumineux, mais la rate énorme et adhérente offrait, là aussi, de grandes difficultés d'extraction qui furent surmontées à l'aide de la section première du pédicule et de la décortication sous-capsulaire. Il faut noter que la splénectomie, chez le malade de Costantini, fut suivie, comme chez celui de Lombard et Duboucher, d'accès palustres violents et que dans des cas semblables, il conviendrait de faire au malade un traitement préventif par la quinine.

Cf. — Note sur l'ablation de la rate anatomiquement adhérente. Le décollement spléno-pariétal. (P. LOMBARD. *Presse méd.*, 10 fév. 1923, p. 132.)

ORGANES GÉNITAUX

L'anesthésie régionale de l'utérus. (G. COTTE. *Presse méd.*, 13 janv. 1923, p. 36.) — Comme l'ont montré récemment Latarjet et Rochet, les nerfs de l'utérus venus du ganglion hypogastrique et détachés des nerfs vagino-vésicaux abordent tous l'organe au niveau de l'isthme, de telle façon qu'une injection anesthésiante doit facilement les atteindre dans la base du ligament large. L'auteur depuis six mois a pratiqué ainsi quatorze fois l'anesthésie régionale de l'utérus, onze fois pour dilatation et curettage, une fois pour énucléation d'un myome cervical, une fois dans un cas de névralgie pelvienne avec dysménorrhée et contracture des releveurs. Au début il cherchait à pénétrer dans la base des ligaments sacrés. Maintenant il injecte la plus grande partie de la solution, c'est-à-dire 10 centimètres cubes environ, de chaque côté de l'isthme à l'aide d'une fine aiguille enfoncée à un 1/2 centimètre environ du bord latéral du col et à 1 centimètre environ de profondeur. Puis quelques centimètres cubes sont encore injectés au niveau du cul-de-sac antérieur entre la vessie et l'utérus et au niveau du cul-de-sac postérieur dans la base des ligaments utéro-sacrés.

D'une façon générale les résultats ont été bon. La dilatation est facile et rapide, le curettage est à peu près indolore. De même la myomectomie et le cloisonnement du vagin ont été faits sans difficultés. Peut-être pourrait-on avec ce procédé d'anesthésie pratiquer des opérations plus étendues comme l'hystérectomie vaginale ou la périnéorraphie. Mais l'auteur estime qu'en pareil cas l'anesthésie rachidienne basse est préférable.

La vasoligature (épididymectomie) à la manière de Steinach dans le traitement de la sénilité et de divers autres états (impuissance, dépression). (KNUD SAND. *Acta chirurgica scandinavica*, vol. LV, 1922, p. 387.) — Dans cet important mémoire, l'auteur après avoir retracé l'histoire tant expérimentale que chirurgicale de l'opération donne et commente les résultats qu'elle lui a donnés depuis le commencement de septembre 1920 jusqu'au milieu de mars 1921. Pendant cette période il a opéré dix-huit malades qui peuvent être rangés en deux groupes : ceux qui étaient atteints de sénilité ou de sénilité précoce et ceux qui présentaient de l'impuissance et de la dépression, sans sénilité. Trois points sont d'abord notés. En principe quand il s'agit de sénilité le sujet doit être par ailleurs aussi sain que possible, c'est-à-dire dépourvu de toute autre maladie, quoique à vrai dire un tel choix soit assez difficile à réaliser pratiquement.

D'autre part il faut éviter tout ce qui peut exercer une suggestion sur le malade. L'auteur n'a jamais demandé à un malade de subir l'opération et il a toujours soigneusement informé ceux qui venaient le consulter de ce qu'était cette opération, de ses conséquences (stérilité) et de l'incertitude des résultats espérés. Après l'opération ce sont les malades eux-mêmes qui rédigent leur propre observation comme ils l'entendent.

Enfin la technique opératoire est d'une grande importance. La résection plus ou moins haute du canal déférent doit être abandonnée. Il faut faire une épididymectomie. L'épididyme est libéré dans l'étendue de plusieurs centimètres avec les plus grandes précautions afin de ménager les vaisseaux et les nerfs du testicule, placer une pince sur chaque extrémité de la partie libérée, réséquer le segment puis lier et cautériser les deux bouts en place. L'anesthésie locale suffit pour cette intervention.

Suivent les observations des malades opérés, toutes très détaillées et présentées de façon aussi objective que possible. Il y en a treize du premier groupe et cinq du second.

Voici ce qu'en dit l'auteur :

Tout d'abord l'opération a-t-elle fait quelque mal aux patients? Non. Les troubles observés ont été seulement un peu de céphalée et d'agitation au moment des premières érections dues à la brusque résorption du sperme. Aucun malade ne s'est plaint des conséquences de l'intervention. La plupart en ont été satisfaits et même très satisfaits.

La durée de l'observation a varié de trois à vingt et un mois. Au bout de combien de temps peut-on dire que le traitement a été ou non efficace? Personne ne le sait Le résultat s'est manifesté quelquefois très vite, d'autres fois plus lentement mais en apparence alors plus sûrement Il est arrivé que cet effet de l'opération a fait brusquement son apparition, même au bout de six mois. La période d'attente est très variable chez l'animal, elle doit l'être plus encore chez l'homme âgé et il est évident que les vieillards même d'un âge égal sont très différents les uns des autres au point de vue de la qualité de leurs tissus et de la possibilité d'une régénération par l'hormone testiculaire. Encore faut-il tenir compte de ce fait que le processus biologique déclanché par l'épididymectomie doit être plus lent chez l'homme qui vit soixante-dix ans que chez un animal dont la vie dure deux ou trois ans.

Analyse des groupes d'observations :

Sur les 13 cas du premier groupe, 2 ont donné des résultats négatifs : l'un de ces 2 malades était depuis plusieurs années atteint d'une grave dépression et peut-être de mélancolie, le second était syphilitique et tabétique au début. Dans 2 autres cas, l'amélioration ne fut que passagère. Les 9 cas restant sont des succès et quelques-uns vraiment remarquables. Les signes les plus évidents du succès sont l'augmentation du poids, de la vigueur, de l'activité, l'impression du mieux être, un relèvement considérable du psychisme et quelquefois le retour de la puissance génitale. Mais ce dernier phénomène est moins net que les autres, ce qui n'est pas étonnant dans le cas de sénilité.

Parmi les 5 cas du deuxième groupe (impuisssance et dépression), il y eut un échec un peu attendu, car le malade avait une affection médullaire et l'opération — d'ailleurs demandée avec instance — fut pratiquée, ici, plutôt pour permettre une comparaison avec les autres cas. On obtint un résultat positif et plus ou moins brillant chez les quatre autres malades. L'amélioration fut relativement minime dans

ADJon Et. Me Paul ROBINEAU, not. à Paris, Bd de Clichy, 75bis: le samedi **10 mars** 1923, à 10 h., de : **480 OBLIGATIONS** de 500 f. chac., *6 p. 100 net*, des ANC. ETABLISSts **G. VALDELIÈVRE & FILS, à LILLE**. En **10 LOTS** de *48 oblig.* Mise à prix, **16.800 f.** par lot; — **61 OBLIGATIONS** de 500 f. chac. *6 p. 100 net*, remb. à 510 f., de : **LA CLINIQUE MEDICALE de PARIS**. En **2 LOTS** de *31 et 30 oblig.* Mise à prix, **9.300** et **9.000 f.** pr lot. Consignat. 1.000 f. par lot. — S'adresser audit notaire.

un cas compliqué de dystrophie adiposo-génitale et dans un cas d'impuissance ancienne, mais ce dernier cas a subi récemment une nouvelle épididymectomie du côté opposé. Enfin, chez deux malades, l'effet de l'opération a été remarquable. L'un était surtout un déprimé et, à ce propos, il semble que ce soit la dépression qui bénéficie le plus du traitement. L'autre, impuissant depuis plusieurs années, a pu se marier et se déclare très heureux.

L'auteur, cherchant à poser des conclusions, déclare qu'on ne peut se prononcer, sur un pareil sujet, qu'avec beaucoup de prudence. Les résultats de l'opération n'ont pas un caractère assez objectif pour qu'on puisse les juger avec toute la précision désirable. On est obligé de s'en rapporter au malade et il n'est pas possible d'éliminer complètement une cause d'erreur qui est la suggestion. Cependant, il semble bien, si l'on en juge par les observations dont il vient d'être parlé et celles des autres auteurs, que l'épididymectomie soit réellement efficace contre la sénilité, l'impuissance et la dépression, tout au moins dans des cas bien sélectionnés. On peut donc continuer dans cette voie, tout en poursuivant les recherches expérimentales au sujet d'un phénomène biologique qui n'est pas pleinement connu et sans se laisser émouvoir par le mouvement d'opposition ou d'enthousiasme excessif qu'a fait naître, dans le public, l'opération très fâcheusement appelée par Steinach, en 1920, opération de « rajeunissement ».

NOTES POUR L'INTERNAT

GOITRE EXOPHTALMIQUE [1]

TRAITEMENT. — De nombreux traitements ont été proposés pour la cure du goitre exophtalmique. Ils peuvent être d'ordre général, d'ordre étiologique, ils peuvent s'adresser directement au corps thyroïde, s'adresser enfin au sympathique.

1° Quels que soient les moyens thérapeutiques employés, il y a toujours intérêt à y ajouter les **soins hygiéniques et diététiques**. Ceux-ci consistent en une vie calme et reposée, en un arrêt de tout travail, en une absence absolue de toute occupation, parfois en un repos au lit pendant plusieurs semaines. L'hydrothérapie tiède peut être employée, mais avec prudence, enfin, le séjour à la campagne, à une altitude faible le plus souvent pourra rendre les plus grands services. Il faudra toutefois proscrire le séjour au bord de la mer qui, comme l'avait déjà remarqué Trousseau, est défavorable.

On doit supprimer l'alcool, le café, tous les excitants.

2° Il est évident que, dans tous les cas où l'étiologie de la maladie de Basedow pourra être connue, le traitement commencera par être **étiologique**. Le traitement antisyphilitique (cyanure de mercure ou hectine) dans certains cas de goitre exophtalmique d'origine spécifique, le traitement salicylé (à la dose de 2 à 3 grammes de salicylate de soude par jour pendant plusieurs semaines), dans le cas de goitre exophtalmique d'origine rhumatismale pourront, dans un certain nombre de cas, amener une grosse amélioration dans l'état du malade.

3° A un moment donné, à la suite des théories pathogéniques sur le rôle du sympathique dans la maladie de Basedow, on a conseillé la **sympathicectomie**, mais cette opération proposée par Jaboulay ne s'est pas répandue et est presque complètement abandonnée.

4° Ce sont surtout les **moyens thérapeutiques, s'adressant au corps thyroïde** lui-même, qui sont actuellement les plus employés : ils peuvent être médicaux, électro ou radiothérapiques ou chirurgicaux.

a. Les **moyens médicaux** consistent :

En *médication antithyroïdienne* : le but de cette méthode est de neutraliser l'excès de la sécrétion thyroïdienne par l'emploi d'humeurs d'animaux éthyroïdés. Une bonne préparation est l'hématothyroïdine. Sa posologie est la suivante : prendre pendant une semaine, une cuillerée à café au moment des trois repas. La semaine suivante, prendre deux cuillerées à café, la semaine suivante prendre trois cuillerées à café. Au bout de trois semaines du traitement, arrêter pendant une semaine, puis reprendre à nouveau. La durée du traitement est de trois mois.

En *opothérapie indirecte* qui consiste en opothérapie ovarienne, thymique et hypophysaire (injections du lobe postérieur pendant huit jours, repos vingt jours, reprendre, etc.).

b. Les **moyens électro ou radiothérapiques** consistent :

En *faradisation* du plexus carotidien sympathique, suivant la méthode de Vigouroux.

En *galvanisation* des filets sympathiques cervicaux. Les deux méthodes calment toute une série de troubles : tachycardie, angoisse, asthénie, nervosisme, exophtalmie. Associés, ils peuvent procurer une grande amélioration.

En *radiothérapie* qui, dans certains cas, a une action des plus nettes sur les troubles nerveux et sur l'état général, une action moins constante sur la tachycardie, le goitre et l'exophtalmie. Le traitement devra être prudent avec filtres épais et doses élevées. On applique sur chacun des lobes de la tumeur thyroïdienne, une dose de 4 à 6 unités H, en localisant bien et en filtrant avec 4 millimètres d'aluminium. On fait quatre séances, deux de chaque côté, espacées de dix-huit à vingt jours. On recommence après un repos de deux mois.

c. Le **traitement chirurgical** ne devra être tenté qu'après échec des autres médications, il comprend plusieurs étapes :

Après repos du malade et amélioration de l'état général, on commence, avec anesthésie locale, par lier les deux thyroïdiennes supérieures, puis, un mois et demi plus tard, ligature des thyroïdiennes inférieures. Après ces deux interventions, les malades sont généralement considérablement améliorés. Sinon, dans un troisième temps, ultérieurement, on devra pratiquer l'hémithyroïdectomie en respectant toutefois les parathyroïdes.

5° La **médication symptomatique** devra toujours être employée pour soulager le malade.

Contre les palpitations, on devra prescrire de la teinture de strophantus (XX à XXV gouttes à répartir trois fois en vingt-quatre heures).

Contre les tremblements, on conseillera l'emploi de la belladone, de la scopolamine.

Contre les troubles nerveux, on emploiera le bromure, la valériane, le véronal.

On essayera, enfin, de remonter l'état général à l'aide de médications phosphorée, calcique arsenicale, ferrugineuse.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 11, p. 182; n° 13, p. 215, et n° 15, p. 246.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Archives urologiques de la Clinique Necker, publiées par le docteur F. LEGUEU, professeur de clinique des maladies des voies urinaires, chirurgien de l'hôpital Necker. Tome III, fasc. IV. — Prix : 20 fr. — Paris, Maloine et fils.

L'évolution de la chirurgie, par Paul LECÈNE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Un vol., 345 pages, 40 figures dans le texte. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Flammarion.

Eugénique et sélection, par APERT, CUÉNOT, le major DARWIN, HOUSSAY, MARCH, PAPILLAUT, Ed. PERRIER, Ch. RICHET, SCHREIBER. Un vol., 247 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, Alcan.

Le pouvoir antidiastasique du sérum sanguin. Immunité acquise, par FALQUE. — Paris, Baillière et fils.

Malaises des aviateurs, par MM. les docteurs PERRIN DE BRICHAMBAUT et BÉHAGUE. Brochure, 15 pages. — Paris, Gauthier-Villars.

Précis de déontologie et de médecine professionnelle, par le docteur E. MARTIN. Un vol., 344 pages. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 18. — JEUDI 1er & SAMEDI 3 MARS 1923. 96e ANNÉE. JEUDI 1er & SAMEDI 3 MARS 1923. — N° 18.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
Pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DE BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE, CHARDON-LAGACHE, HENDAYE ET SAN SALVADOUR. — Séance du 26 février. — Question donnée : « Etude clinique de la pneumonie chez l'enfant. »

MM. Sorton, 15; Girard, 17.

Séance du 27 février. — Question donnée : « Signes, diagnostic et indications thérapeutiques de l'épilepsie bravais-jacksonnienne. »

MM. Perono, 16; Clercy et Bazouge, 15; Grenierboley, 14; Fontaine, 13; Dereux, 19; Rochard, 16; Vanbockstaël, 18; Schmite, 16; Juge, 15; Michele-Bechet, 14.

A la suite de ce concours, sont nommés :

1° Internes à Sainte-Périne : MM. Mer et Boltanski.

2° Internes à Brévannes : MM. Vanbockstaël, Dereux, Rochard, Perono, Clercy, Schmite, Bazouge, Juge.

3° Internes de l'asile pour enfants d'Hendaye : MM. Girard et Sorton.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Les concours suivants auront lieu à l'Ecole de médecine :

Le 15 mars, pour une place de chef de clinique médicale thérapeutique;

Le 19 mars, pour une place de prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire et pour une place d'aide d'anatomie et de médecine opératoire;

Le 18 juin, pour une place de chef de clinique chirurgicale;

Le 25 juin, pour une place de chef de clinique obstétricale et pour une place de chef de clinique des maladies nerveuses.

LÉGION D'HONNEUR. — Le *Journal officiel* vient de publier la nomination, au grade de chevalier de la Légion d'honneur, de notre regretté collègue Georges Perrochaud avec la belle citation qui suit :

PERROCHAUD (Georges-Paul), *interne des hôpitaux, mort le 21 février 1923, victime de son dévouement. Attaché à un service de contagieux, s'acquittant de ses fonctions, avec un zèle au-dessus de tout éloge et une abnégation profonde, négligeant avec un courage héroïque les premières atteintes du mal, pour continuer ses soins; a succombé en quelques jours à une affection contractée au chevet des malades. Avait fait brillamment son service pendant la guerre : avait été l'objet de trois citations élogieuses à l'ordre des 56e et 12e divisions d'infanterie, demandant à remonter en ligne où à être maintenu. Cité à l'ordre de la nation.*

A bien mérité de la France et de l'humanité.

— MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Est nommé :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Charles Lefèvre (de Fontainebleau).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE. — (Venise, 9 au 12 avril 1923.) En dehors des séances du congrès, des excursions sont organisés à Venise, entre le 9 et 13 avril, et après le congrès. Ces dernières comportent quatre groupes permettant de visiter, soit la haute Adriatique (Trieste, Abazzia, Pola), soit le Trentin, soit les lacs italiens, soit enfin la corniche italienne. Un cinquième groupe (Florence, Rome, Naples, Palerme) est prévu pour les membres faisant aussi partie du Congrès italien d'hydrologie (Palerme, 21-23 avril).

Un comité italien de dames est prévu à Venise pendant la durée du congrès.

La carte de membre effectif (50 lires) ou de membre associé (25 lires) donne droit à des réductions sur les chemins de fer, monuments, musées, etc.

Pour tous renseignements, s'adresser à Paris, chez le docteur G. Baudouin, 21, rue du Mont-Thabor. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 mars.

UN CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE AURA LIEU A NEW-YORK EN AVRIL 1924. — La Ligue française d'Hygiène mentale présidée par le docteur Toulouse, organise avec la Ligue d'Hygiène mentale belge et avec le Comité nationale d'Hygiène mentale des Etats-Unis un Congrès international qui se réunira à New-York en avril 1924.

Le professeur Ley, de Bruxelles, récemment revenu d'Amérique a exposé au Conseil d'administration de la C. H. M. les résultats de la mission au cours de laquelle il a étudié sur place l'important mouvement pour l'Hygiène mentale développé aux Etats-Unis sur l'initiative du grand philanthrope Clifford W. Beers.

Le docteur Genil-Perrin doit centraliser à Paris la participation des différents groupements européens au prochain Congrès international. On se rappelle d'ailleurs qu'une vingtaine de nations étrangères étaient représentées au

Congrès d'Hygiène mentale organisé à Paris par le L. N. N. en juin dernier.

On doit se féliciter de l'extension de ce mouvement qui dépasse de beaucoup la question de l'Assistance aux psychopathes et de la prophylaxie de la folie.

Il s'agit en effet d'une œuvre d'assainissement moral de haute portée sociale qui se réalise par les voies les plus diverses : lutte contre l'abus des stupéfiants, dont s'est préoccupée à juste titre la Société des nations; réorganisation de la pédagogie des arriérés et de la protection de l'enfance; réforme du système pénal; sélection psychophysiologique des travailleurs et organisation scientifique du travail conformément aux vœux émis par les trois conférences internationales de psychotechnique.

Toutes les manifestations de l'activité humaine gagneront à être régies par les grands principes de l'Hygiène mentale, dont l'application sera facilitée par les travaux du Congrès international de New-York, à l'égard duquel les mondes de l'enseignement, de l'Hygiène sociale et du travail marquent dès à présent le plus vif intérêt.

Tous les groupements des nations d'Europe qui désirent participer à ce Congrès sont priés de se mettre en rapport avec le docteur Genil-Perrin, secrétaire général de la Ligue d'Hygiène mentale, 99, avenue de la Bourdonnais à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Junior Vitrac (de Pau).

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES (hôpital Saint-Louis). — M. le professeur Jeanselme commencera son cours le vendredi 2 mars, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique, et le continuera tous les vendredis, à la même heure.

LIVRES NOUVEAUX

Joyeux propos d'Esculape (1), par les docteurs Cabanès et Witkowski.

Sous ce titre, qui promet, MM. Cabanès et Witkowski, pour le délassement de leurs confrères, ont écrit ces nouvelles pages qui font suite à « L'esprit d'Esculape » dont la *Gazette des hôpitaux* a déjà enregistré le succès.

A tout seigneur tout honneur, c'est au lavement (clysteriana) qu'est consacré le premier chapitre : l'instrument si cher à M. Purgon a ses origines et son histoire.

MM. Cabanès et Witkowski font de larges emprunts, pour cette histoire, à Maurice Raynaud, l'auteur des *Médecins de Molière* et à Lasègue, excellent clinicien doublé d'un homme d'esprit et dont nous avons eu la bonne fortune d'entendre des leçons pleines de charme. On peut en juger par ces quelques mots, le début d'une leçon sur la réhabilitation du lavement, que les auteurs de ce nouveau livre ont eu la bonne idée de reproduire :

« Parmi les médications topiques de l'intestin il en est une que je tiens à réhabiliter et dont tout le malheur provient de ce qu'elle s'administre par une porte bâtarde, par un endroit généralement mal fréquenté; ceci soit dit sans aucune allusion à des faits hors nature. Je veux réhabiliter le lavement de nos pères; je veux sa glorification, son apothéose, bien qu'il soit comme une de ces choses dont on se cache, dont on rougit par chasteté menteuse... et cependant le lavement, cet être si déconsidéré, est un remède de premier ordre qu'il faut saluer au passage en retirant bien bas devant lui son chapeau... »

Clystère, lavement, ou remède, il est peu de médications qui aient suscité autant de descriptions et occasionné une telle dépense d'esprit.

On connaît le succès fantastique du lavement au grand siècle. Pour en avoir une idée, il suffit de se reporter à l'article Lavement du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* dû à la plume du docteur Brochin père :

(1) In-12 de 308 pages, 47 figures. — Paris, Le François, 91, boulevard Saint-Germain.

« Dans le grand siècle, avec le raffinement des mœurs, la vie plus mondaine, peut-être l'exubérance du régime alimentaire, l'usage du lavement devient de plus en plus fréquent et passe dans les habitudes hygiéniques journalières. Louis XIV en donne lui-même l'exemple; ce qu'il prend de lavements d'après les conseils de ses médecins Vallot d'Aquin et Fagon, est inimaginable ainsi qu'en témoigne d'ailleurs le *Journal de la santé du roi*. Il n'en fallait pas davantage pour le mettre à la mode. On se ferait difficilement une idée de l'abus que l'on en fit à cette époque et du sans façon avec lequel on s'en entretenait et on y procédait même parfois. Rien ne peut atteindre, à cet égard, au rapport du duc de Saint-Simon, jusqu'au sans gêne de Mme la Dauphine se faisant glisser subrepticement un clystère par-dessous ses jupes, par sa femme de chambre, en présence du roi. »

On trouvera dans le chapitre Clysteriana l'histoire du lavement en Egypte, à Rome, en Grèce, à la Côte d'Ivoire avec des gravures très suggestives. On y trouvera aussi la description de la bourse à clystère, de la seringue. Pour être complet Cabanès aurait dû nous mener jusqu'au bout et jusqu'au goutte à goutte.

Une certaine figure du livre de Cabanès nous remet en mémoire une anecdote qui nous a été contée par un vieux magistrat : dans un couvent très cloîtré, une jeune religieuse tombe gravement malade. On pense qu'un lavement seul peut la sauver. Comment faire? C'est ici qu'il faut admirer l'ingéniosité de Mme la Supérieure : on fait venir l'apothicaire, on l'introduit dans une sorte de petit salon dont les murs sont garnis de portraits de saintes. Il attend un instant puis entend une voix douce qui lui dit : Levez sainte Thérèse. Il cherche sainte Thérèse, soulève son cadre et se trouve alors dans la situation de l'apothicaire du livre de Cabanès, avec cette différence qu'on y voit deux visages tandis que l'apothicaire de mon anecdote n'en voyait qu'un.

Dès les premières pages de ces « Gayetez d'Esculape », nous avons été captivés par les histoires les plus divertissantes sur le lavement. C'est comme cela tout le long du volume, qu'il s'agisse du lavement, de l'esprit au temps de Voltaire, des galanteries au siècle galant, des médecins mystificateurs et mystifiés, des proverbes et dictons, etc.

Chers confrères, si vous voulez vous distraire un peu des événements graves au milieu desquels nous vivons, lisez le livre de MM. Cabanès et Witkowski, vous retrouverez le rire et vous constaterez de nouveau qu'en France l'esprit ne perd jamais ses droits. A. BROCHIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 5 AU 10 MARS 1923)

THÈSES

Lundi 5 mars. — Jury : MM. Legueu, président; Hartmann, Couvelaire et Mauclaire. — M. Chotard (Th.). La mésentérite. — M. Claudel (Jean). L'urétroplastie artérielle. — M. Decugnière (Marcel). La version par manœuvres externes dans les présentations du siège.

Jury : MM. Balthazard, président; Sergent, Richaud et Tanon. — Mme Boutigny (Marie). Mort subite par éclatement. Rupture de l'aorte. — M. Richard (André). Métabolisme des sels de chaux dans la tuberculose.

Mardi 6 mars. — Jury : MM. Achard, président; Letulle, Teissier et Laignel-Lavastine. — Mlle Daviau (Maria). Accidents gastriques et syphilis. — M. Dupont (Max). De l'influence de la vaccination antityphoïdique. — M. Angammare (Auguste). La thrombostase cardiaque. — M. Grimbert (Jean). Grossesse et pneumothorax artificiel.

Samedi 10 mars. — Jury : MM. Bezançon, président; Lecène, Roussy et Gougerot. — M. Luquet (Louis). Quelques actions du diglucoside. — M. Lauriol (Ernest). Les kystes hydatiques suppurés.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE
DES INTERNES ET EXTERNES
POUR L'ANNÉE 1923-1924

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Gilbert; chef de clinique : M. Saint-Girons; chefs de clinique adjoints : MM. Coury, Maréchal; chefs de labor. : MM. Deval, Bénard (H.), Tissier; interne : M. Isch-Wahl; externes : Mlle Vogt, MM. Pannier, Charpentier, Rivierez, Guérin (Philippe), Weil (Albert).

2. Médecin : M. Roger; internes : MM. Lebon, Le Clerc; externes : Mlle Krukowska, MM. Imbert (Alex.), Darré, Appert, Lejeune, Berdet.

3. Médecin : M. Dalché; interne : M. Lévy (Mce); externes : Mlle Meurs, MM. Josset, Morigny, Dessus, Crama.

4. Médecin : M. Caussade; interne : M. Surmont; externes : MM. Seidmann, Laborde, Coupeau, Medioni, Maximin (Maurice).

5. Médecin : M. Ménétrier; interne : Mme Bertrand-Fontaine; externes : MM. Mâlex, Costes, Mlles Mustatesco, Morin.

6. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Bouttier; externes : MM. Degrais, Schœngrün (André), Couderc, Chiffre, Maximin (René), Tissier.

7. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; chef de clinique : M. Lucas-Championnière; chef de clinique adjoint : M. Uhlrich; chef de laborat. : M. Renaud; internes : MM. Brouet, Soupault, Mlle Pommay, M. Moulonguet; externes : Mlle Brosse, MM. Lacurte, Husseinstein, Odinet, Soriat, Vidal-Naquet, Boudry, Couturat (Louis), Godel, Duhamel.

8. Chirurgien : M. Alglave; internes : MM. Férey, Meyer-May; externes : M. Mesplomb, Mlle Frontard, MM. Vannier, Cantin, Castellant, Lacombe.

9. Chirurgien : M. le prof. de Lapersonne; assistant : M. Monbrun; chef de clinique : M. Prélat; chefs de clinique adjoints : M. Gautrand; chefs de labor. : M. Cousin; chef de labor. d'oto-rhino-laryngologie : M. Hautant; internes : Mlle Ostwalt, M. Favory; externes : Mme Reymond, MM. Gély, Guyonnaud, Pagès (Rob.), Derbyshire, Thiolat, Jardet.

10. Accoucheur : M. Macé; assistant : M. Chirié; interne : M. Jacquet; externes : Mlle Ivanichwitch, MM. Oblin, Mâcon, Piton (A.), Pasquet, Brenniel.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Monier-Vinard; suppléant : M. Maréchal; interne prov. : Mlle Odier; externes : MM. Moret (Marcellin), Chassagnac, Guérin (Henri), Loubeyre.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Okinczyc; suppléant : M. Wolfromm; externes : MM. Vernotte, Thirion (J.), Finzi.

13. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lagarenne; adjoint : M. Lucy; assistant : N...; hydrothérapie et thermothérapie : chef de labor. : M. Dausset; adjoint : M. Gérard; assistant : N...

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chef de clinique : M. Donzelot; chef de clinique adjoint : M. Yacoël; chef de labor. : MM. Bordet, Giroux; interne : M. Théodoresco; interne prov. : M. Tisné; externes : MM. Kollitsch, Guilleminot, Sourdille, Bothézat, Baudrillart, Mlle Perrain.

2. Médecin : M. Lion; interne : M. Bidermann; externes : MM. Guisoni, Lenoir, Fourniat, Périn (Chr.), Giaccardo, Laban.

3. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Lafourcade-Cortina; externes : MM. Chavanon, Mougeot, Carteaud, Ganem, Flipo, Poret.

4. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Arbeit; externes : M. Zuber, Mlle Wolff, MM. Richard (Jacques), Guillot, Pavie, Sicard, Beau (Henri), Mauric.

5. Médecin : M. Josué; interne : M. Dauptain; externes : M. Poulain (Maurice), Mlle Hirsch, MM. Mackiewicz, Bodson, Froehlicher, Tacquet, Boudrant, Fesquet, Arthaud.

6. Médecin : M. Marcel Labbé, interne : M. Boulin; externes : MM. Dana, Roy, Salathé, Dublineau, Mlle Lecoq (Paule), Mme Meyer-May.

7. Chirurgien : M. Arrou; internes : MM. Malgat, Desoubry, Mérot; externes : MM. Canonne, Chomereau-Lamotte, Baron (Paul), Moret, Garnier (A.-G.), Rieira, Mlle Rappoport, M. Chartol.

8. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Maduro, Lamy, Ebrard; interne prov. : M. Levassor; externes : M. Marie, Mlle Scherrer, MM. Baugas, Calmels, Mlle Palissé, MM. Danhier, Bocquentin, Delvaille.

9. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. de Peretti della Rocca, Carrega, Mlle Tisserand; interne prov. : M. Bouchard; externes : M. Hervé, Mlle Lachowski, MM. Thomopoulos, Gay, Mascadar, Pompanon, Mlle Dartin, M. Gasné, Mme Trivas.

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin; chef de clinique : M. Bénit; chef de clinique adjoint : M. Pareux; chef de labor. : MM. Cartier, Clogne, Minvielle; adjoints : MM. de Brancas, Thoyer-Rozat; assistants : Morel-Kalin, Prévost (Félix); interne : M. Marassi; externes : Mme Ducourtious, Mlle Henry (Gab.).

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Faure-Beaulieu; suppléant : M. Deschamps; interne prov. : M. Comet; externes : MM. Duruy, Poumailloux, Ehrenberg.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Küss; suppléant : M. Colombet; externes : MM. de Fresquet, Hervier, Mlle Rékis.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Grivot; suppléant : M. Leroux; externes : MM. Razimbaud, Lob (Henri), Guéret.

14. *Consultation.* (*Ophtalmologie.*) — Ophtalmologiste : M. Monthus; suppléant : M. Chatellier; externes : Mlle Thizy, M. Héry.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Delherm.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; chef de clinique : M. Pruvost; chef de clinique adjoint : M. Pignot; chef de labor. de la Faculté : M. Cottenat; chef de labor. : M. Durand; interne : M. Janet; externes : MM. Marmasse, Dufieux, Mirallié, Mourret, Blanc-Champagnac.

2. Médecin : M. Legry; interne : M. Trocmé; externes : MM. Abonneau, Thibault (H.), Mercier, Nitzberg.

3. Médecin : M. Guillain; interne lauréat : M. Alajouanine; interne : M. Marquézy; externes : Mlle Linossier, MM. Giroire, Andrieu, Simon (Serge), Rochette.

4. Médecin : M. Weill-Hallé; interne : M. Blum (Gaston); externes : Mlle Bach, M. Tixier, Mlle Josso, M. Josso.

5. Médecin : M. Babonneix; interne : M. Rivalier; externes : MM. Pétrignani, Martin Saint-Laurent, Mlle Astaix, M. Mimin.

6. Service temporaire. Médecin : M. Chabrol; interne prov. : M. Biancani-Daveggio; externes : MM. Mazet, Castéran, Mlle Rodet, MM. Lichtenberger, Charreau.

7. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Bayle, Dumas, Barbaro; externes : MM. Cachera, Audouin, Kyriaco, Berry, Cadilhac, Grancher, Gaston.

8. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Surun, Raiga, Alary; externes : Mlle Abricossoff, MM. Jubé, Brissaud, Queinnec, Thionville, Gouyeu, Garnier.

9. Accoucheur : M. Le Lorier; interne : M. Seguy; externes : MM. Boehler, Fidon, Mme Poulain, M. Kenzinger.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Sézary; suppléant : M. Mangin-Bocquet; interne prov. : M. Dessaint; externes : MM. Marx, Petit (René), Thuillant.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Roux-Berger; suppléant : M. Ehrenpreis; externes : MM. Corneau, Lazare (Henri).

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Turchini; adjoint : M. Lomon; assistants : MM. Gagninacci, Ordioni.

D. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Chauffard; chef de clinique : M. Brodin; chef de clinique adjoint : M. Wolff; chefs de labor. : MM. Grigaut, Ronnaux, Brel; interne : MM. Lempérière, Thévenard; externes : MM. Lelièvre, André (Georg...), Sigwald, Pinoche, Jullien (Rob.).

2. Service de tuberculeux. Externes : MM. Ombrédanne, Bucquoy.
3. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Bariéty; externes : Marguet, Richard (André), Duval, Dubos, Moatti, Cattan.
4. Médecin : M. Ramond (Félix); interne : M. Ravina; interne prov. : M. George; externes : MM. Puech, Bouillié, Moraux, Mlle Gricouroff, MM. Canal, Drouineau.
5. Médecin : M. Bensaude; interne : M. Oury; externes : M. Descharmes, Mlle Hébert, MM. Loup, Segrestaa, Mlle Pithon.
6. Médecin : M. Coyon; interne : M. Meignant; externes : MM. Grognot, Minet, Alibert, Landel.
7. Médecin : M. Comte; interne : M. Pellissier; externes : MM. Poulet, Salavert, Bertrand (Joseph), Mlle Waynbaum.
8. Médecin : M. Pagniez; interne : M. Coste; externes : MM. Asselin de Williencourt, Antonini, Delalande, Lortsch.
9. Service temporaire. Médecin : M. Touraine; interne prov. : M. Delafontaine; externes : Mlle Richard, MM. Brunet (Fréd.), Rollet, Bonnerot.
10. Médecin : M. Lermoyez; assistant : M. Ramadier; adjoint : M. N...; internes : MM. Lanos, Pierre; externes : MM. Bourloton, Rouchon, Vidal, Vazeille, Lamare.
11. Chirurgien : M. le prof. Lejars; chef de clinique : M. Séjournet; chef de clinique adjoint : M. N...; chef de labor. : M. Giet; internes : MM. Nora, Chabrut, Fèvre; externes : MM. Marot, Matry, Corbin, Muller, Poumeau-Delille, Eliascheff.
12. Chirurgien : M. Lapointe; internes : MM. Foucault, Masmonteil, Dubois; externes : MM. Popovitch, Gence, Duncombe, Agnès, Bouron, Lataix.
13. Accoucheur : M. Bouffe; interne : M. Joanny; externes : Mmes Henry (Léa), Génin, MM. Denniel, Couronne.
14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Fiessinger; suppléant : M. Mignot; interne prov. : M. Bodin; externes : MM. Bidegaray, Rouchaud, Simon (Victor).
15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Bazy; suppléant : M. Delivet; externes : MM. Pichard, Poussard, Masson, von der Horst.
16. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot; suppléant : M. Joseph; externes : MM. Villetard de Prunières, Broujaniski.
17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Solomon; adjoint : M. Aimé.
18. *Radiothérapie.* — Préparateurs : MM. Proust, Bisson, Gibert.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Bonnot; externes : MM. Guérin (Maurice), Perret (Adr.), Seligman (Pierre), Deruas, Roussel (Edmond).
2. Médecin : M. Sicard; interne : M. Laplane; externes : MM. Bize, Guiheneuc, Mme du Bouchet, MM. Louvel (Jacques), Vuillième.
3. Médecin : M. Hallé; interne : M. Le Rasle; externes : MM. Deslandres, Willemin (Louis), Petit (P.-R.), Petit (Marcel).
4. Médecin : M. Ribierre; interne : M. Weiss; externes : MM. Lacan, Blondin (S.), Mlles Sayaz, Bizou.
5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; chef de clinique : M. de Berne-Lagarde; chef de clinique adjoint : M. Garcin; chefs de labor. : MM. Chabanier, Verliac, Morel; interne lauréat : M. Flandrin; internes : MM. Gaume, Dossot; externes : MM. Barbellion, Laurain, Sufrin, Gallot, Martin (H.-V.-J.), Ghouila-Houri (D.), Migault, Lefebvre (René), Girard, Evrain.
6. Chirurgien : M. Robineau; internes : M. Lascaux, Mme Brian-Garfield, M. Laquière; externes : MM. Bompard, Salasc, Laplanche, Veutré, Bonnemaison, Bernard (Et.), Loeb.
7. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Lubin, Ameline; externes : M. Dulac, Mlle Guéry, M. Lang, Mlles Wolff, Lefilliâtre.
8. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Darré; suppléant : M. Jacquelin (André); interne prov. : Mlle Deschamps; externes : MM. Quignon, Lafond.
9. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Sauvé; suppléant : M. Gresset; externes : MM. Durand (Jean), Flahaut.
10. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Guibert; suppléant : M. Petit; assistant : M. Moutard.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal; chef de clinique : M. Gautier; chef de clinique adjoint : M. Moreau; chefs de labor. : MM. Joltrain, Laudat, Raulot-Lapointe; adjoint : M. May; internes : MM. Basch, Ollivier, Hillemand; externes : MM. Benoist (F.), Cahen (Rob.), Thiroloix, Leclainche, Zadoc-Kahn, Dreyfus (Gilbert), Layani, Blondel, Mlle Braun.
2. Médecin : M. Pissavy; interne : M. Breger; externes : M. Dercheu, Mlle Iliesco, M. Huguenin (J.-B.), Salmon (H.), Mlle Ronget, M. Theillier.
3. Médecin : M. Fournier; internes : MM. Courtin, Derville; externes : MM. Gauthier (P.), Houlnick (G.), Imbert (Ant.), Hurez (Marcel), Levy-Weissmann, Largeau.
4. Médecin : M. Laubry; interne : M. Walser; externes : MM. Chevereau (J.), Ray, Mlle Glotz, MM. Martin (Rob.), Lemoyne (Jacq.), Blanche (M.), Mlle Rosenbaum.
5. Médecin : M. Léri; assistant : M. Tzanck; interne : M. Péron; externes : MM. Maillet (R.), Deransart, Paris (Raymond), Leconte (Henri), Chabaud (Jean), Lévy (Jean).
6. *Service de tuberculeux.* — Assistant : M. Baumgartner; interne : M. Chabrun; externes : MM. Trollé, Ardoin, Poulin, Mouton.
7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; chef de clinique : M. Leveuf; chef de clinique adjoint : M. Monod; chefs de laboratoire : MM. Herrenschmidt, Beauvy; internes : MM. Mesiégaux, Meillère, Kalt; externes : MM. Démelin, Widlocher, Mme Patté-Amiot, MM. Jeantet, Bruchon, David, Lœwenbruck, Lafitte.
8. *Pavillon Bouilly* (annexe de la clinique chirurgicale). — Médecin : M. Mocquot; internes : MM. Marchant (Gér.), Seillé; externes : Mlle Téry, M. Lefèvre (P.-C.); Mlle Guérin, MM. Dupuy (Ray.), Boquel.
9. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Couturier, Breton; externes : MM. Jean (Arm.), Caroli, Saingery, Vincent du Laurier, Roland, Gervaise.
10. Chirurgien : M. Chevassu; internes : MM. Godard, Guillouet; externes : MM. Lazard, Pichat, Djourovitch, Clitandre, Bourdon, Caffort, Juge, Salvan.
11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Brûlé; suppléant : M. David; interne prov. : M. Moussoir; externes : MM. Chassigneux, Martiny.
12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Basset; suppléant : M. Lutaud; externes : MM. Mouls, Lonjumeau, Denis (G.), L'Ecuyer de Villers.
13. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Cantonnet; suppléant : M. Fombeure; externes : MM. Faure, Azam.
14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Ménard; assistants : MM. Saidman, Foubert.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard; chef de clinique : M. Rouillard; chefs de clinique adjoints : M. Thiers, Mouzon; chefs de labor. : MM. Foix, Feuillié, Ribot, Lièvre; internes : MM. Marchal, Gayet; externes : MM. Delimal, Caplain, Brongniart, Mlle Choquart, M. Dérot, Mme Gayet.
2. Médecin : M. Carnot; interne : M. Froment; externes : MM. Robin (Roger), Gardette, Gallois, Bernheim, Guillon, Bompart.
3. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Pierrot; externes : MM. Boiffin, Corman, Fréchin, Mme Macrez, M. Blanche (And.).
4. Médecin : M. Trémolières; assistant pour le centre de triage de tuberculeux : M. Godlewski; interne : M. Ferru. externes : MM. Hudelo, Ragot, Huet (J.-A.), Bouvier (M.);
5. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Corby, Laffitte; externes : MM. Machebœuf, Arviset, Forest-Defaye, Henne, Rudolf, Querneau, Sallé.
6. Chirurgie (chroniques). — Chirurgien : M. Souligoux; interne : M. Garnier; externe : M. Lévy (André).
7. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Morice, Aumont; externes : MM. Picot, Vasseur, Colin (M.-P.), Gauran, Marq, Willemin (Jean), Eliet.
8. Chirurgien : M. Savariaud; internes : MM. Armingeat, Lepaumier, Iselin; externes : MM. Chevallier, Heim, Bucquet, Janvier, Rouquès, Desormeaux.
9. Chirurgien : M. Terrien; assistant : M. Goulfier; suppléants : MM. Dognon, Barny, Romanet; externes : Mmes Weismann, Lesueur, M. Galtier.

10. Accoucheur : M. Rudaux; assistant : M. Lemeland; interne : M. Chauveau; externes : MM. de Pomierski, Froument, Gibard, Maurion.
11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Vallery-Radot (Pasteur); suppléant : M. Gy; interne prov. : M. Krief; externes : Mlle Heimann, MM. Turmann, Jacquemaire.
12. *(Chirurgie.)* — M. Cauchoix; suppléant : M. Achard; externes : MM. Boltanski, Bordas, Schoengrün (E.-G.).
13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Baldenweck; externes : MM. Mounier, Plichon, Augustin.
14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Desternes; assistants : MM. David, Mignon; adjoints : MM. Guilbert, Vignal.

H. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. de Massary; interne : M. Rachet; externes : MM. Worms, Mèvel, Mondet, Lemariey, Véran, Sarles, Farret, Flandrin.
2. Médecin : M. Gandy; interne : M. Lebée; externes : MM. Willot, Delthil, Beaugeard, Marion, Baize, Foulon, Leviez.
3. Médecin : M. Garnier; interne : M. Huquenin; externes : MM. Lucq, Widiez, Mlle Masse, MM. Paris (Pierre), Bureau (Jean), Artigues.
4. Médecin : M. Clerc; interne : M. Lefèvre (Paul); externes : MM. Burnouf, Bonan, Camail, d'Hour, Desoille, Froyez.
5. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Garnier; externes : MM. Mariani, Marvaud.
6. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Olry; externes : Mlle Stoeber, MM. Potelune, Jacquinet, Collin, Josse, Bazouge, Robert (Henry).
7. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. Rousseau; internes : MM. Baudet, Bardon; externes : MM. Parfonry, Mary, Pruvost, Basset, Baclesse, Delagenière, Mornet, Lifschitz, Minon.
8. *Chirurgie.* (Chroniques.) — M. Cunéo; interne : M. Rouffiac; externes : MM. Sébileau, Schmite.
9. Chirurgien : M. Cunéo; internes : MM. Thalheimer, Wilmoth, Dubois (René); externes : MM. Saint-Pierre, Monbarin, Folliasson, Holodenko, Martin (Jacques), Rendon, Rosier.
10. Chirurgien : M. Wiart; internes : MM. Berthon, Bernard (Ray.), Gaillard; externes : MM. Stankovitch, Grippon, Cofino, Bermann, Mlle Dreyfus, M. Thoyer.
11. Chirurgien : M. Labey; internes : MM. Deroche, Delmas, Viollet; externes : MM. Boulland, Lenfantin, de Langenhagen, Pépin-Lehalleur, Falaize.
12. Chirurgien : M. le prof. Sebileau; chef de clinique : M. Miégeville; chefs de clinique adjoints : MM. Bonnet-Roy, Truffert; chef de labor. : M. Cléret; internes : MM. Cornet, Winter; externes : MM. Doiteau, Vacher, Vincent, Retel, Milner, Ghouila-Houri (Victor), Chauveau.
13. Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. Bollack; internes : MM. Lagrange, Hartmann; externes : MM. Nida, Marteret, Isnel, Subileau, Autier.
14. Accoucheur : M. Devraigne; interne : M. Leflaive; externes : Mlle Benoist, MM. Sauvage, Laënnec, Péribère.
15. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Rivet; suppléant : M. Lesage; interne prov. : M. Ferrier; externes : MM. Rouquès (Lucien), Compin, Dufour (Jean), Adam (Jean).
16. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Toupet; suppléant : M. Brétégnier; externes : MM. Coffin (P.-J.), Tambareau, Wahl.
17. *Electrothérapie.* — Chef de labor. : M. Hischmann.
18. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Haret; adjoint : M. Dariaux; assistants : MM. Truchot, Cassan, N...

I. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Klippel; interne : M. Baruk; externes : MM. Molimard, Jean (Bernard), Kimpel, Sauvageot, Quenza, Minot.
2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Klippel; externes : MM. Germain (H.), Mathieu (Marcel), Mlle Cordier, M. Paumelle.
3. Médecin : M. Michel; interne : M. Barreau; externes : MM. Clercy, Thoral, Mirault, Pissavy.
4. Médecin : M. Loeper; interne : M. Turpin; externes : MM. Ferrière, Limouzin-Lamothe, Souvestre, Schrameck, Vadon, Grinda.
5. Médecin : M. Rathery; interne : M. Gournay; int. prov. M. Kourilsky; externes MM. Desgrez, Armand, Frantz, Parmentier, Mlles Levina, Houzeau, M. Legrand, Mlle Bardy.
6. Médecin : M. Sainton; interne : M. Luton; externes : MM. Lecœur, Grasset, Bouisset, Loireau.
7. Médecin : M. Weil (P.-E.); interne : M. Pollet; externes : MM. Faure (Marcel), Beaux (Maurice), Coudrain, Bernard (René).
8. Médecin : M. Merklen; interne : M. Hirschberg; externes : MM. Hiély, Farrand, Pouillot, Chêne, Breton (F.-N.), Mlle Saint-Laurent.
9. Médecin : M. Boidin; interne : M. Clément; externes : MM. Breton (Pierre), Guyot, Dumas (Ray.), Baron (Pierre).
10. Chirurgien : M. Riche; internes : MM. Engelhard, Tierny, Denoy; externes : MM. Kanony, Lebègue, Merger, Fabre (F.), Martin (Ch.), Lecacheux.
11. Chirurgien : M. Proust; internes : MM. Bonnet, Gueullette, Robin; externes : MM. Rémy-Néris, Mme Duclaux, M. Hadjigeorgiou, Fouquet, Auclair, Busson.
12. Chirurgien : M. Grégoire; internes : MM. Reinhold, Le Chaux, Bonnecaze; externes : MM. Mathieu (Jean), Lallemant, Ragu, Alalinarde, Davioud.
13. Accoucheur : M. Lévy-Solal; interne : MM. Leloup; externes : MM. Scialom, Lévy (Gab.), Deconinck, Mlle Lacan.
14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Lian; suppléant : M. Lyon-Caen; interne prov. : M. Michaux; externes : MM. Grenierboley, Mahé (R.-H.), Triau.
15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Martin; suppléant : M. Maurer; externes : MM. Héraux, Leconte (Maurice), Thomas (Rob.).
16. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Darbois; assistants : MM. Descourt, Dogny.

J. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Bernard (Léon); interne : M. Mouquin; externes : MM. Diriks, Delaporte, Langue, David (M.), Hénault, Sénoze, Roux (J.-B.), Cogné (René).
2. Médecin : M. Rist; interne : M. Lévesque; externes : MM. Seligmann (Emile), Andler, Lair, Dalsace (Jean), Pellé, Le Guillant, Violet, Lagarrigue.
3. *Crèche.* — Médecin : M. Bernard (L.); externes : MM. Berton, Lumière.
4. *Service de femmes tuberculeuses.* — Médecin : M. Rist; interne : M. Aris; externes : MM. Suau, Regnault, Mlles Pauc, MM. Lougnon, Péronne, Breuillé.
5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Médecins : MM. Bernard (L.), Rist; assistants : MM. Ameuille, Bigart, Baron, Brissaud, Salomon, Jacob; externes : MM. Chantier, Lenferma de la Mothe, Laporte (Germ.), Faugeron, Augier, Mlle Lecoq (Luc.).
6. Médecin : M. Claisse; interne : M. Louet; externes : MM. Lemière (P.), Idoux, Bourdin (Em.), Filliol.
7. Médecin : M. Jousset; interne : M. Walter; externes : MM. Queinnec (J.), Robert (Paul), Poumier, Hortopan.
8. Médecin : M. Laignel-Lavastine; interne : M. Potez; externes : MM. Arrivot, Lelong (P.), Mlles Besson (A.), Parmentier.
9. Médecin : M. Grenet; interne : M. Peignaux; externes : MM. Berson (P.), Rousseau (J.), Bourdillon (A.), Vieillard-Baron.
10. Chirurgien : M. Auvray; internes : MM. Valat, Triboulet, Samsoën; externes : Mlle Landowsky, MM. Mariani (P.), Hébert, Courtois (Maurice), Racine, Veuillot, Parlier.
11. Chirurgien : M. Bourgeois; assistant : M. Bloch; adjoint : M. Bouchet; internes : MM. Aubin, Dujarier; externes : MM. Génin, Mordret, Soulas, Daudy.
12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud; assistant : M. Giraud; adjoint : M. Besnard; interne : M. Veil (P.); externes : MM. Allaire, Triboulet, Mlle Lacascade.
13. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Tixier; suppléant : M. Serrand; interne prov. : M. Callegari; externe : M. Garnier.
14. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Cadenat; suppléant : M. Métivet; externes : MM. Leroy (J.-B.), Mlle Mauclaire.
15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Maingot; adjoint : M. Lignac; assistants : MM. Gally, Portret; externe : M. Busy.

K. HÔPITAL BICHAT. — 1. Médecin : M. Brühl; interne : M. Lévy (Max); externes : MM. Vienne, Dufour (And.), Reumaux, Rossert.

2. Médecin : M. Guillemot; interne : M. Minvielle; externes : MM. Le Conte des Floris, Pascal, Mlle Merlhès, M. Joffroy.

3. Chirurgien : M. Baudet; internes : MM. Hartglass, Hermet, Fruchaud; externes : MM. Tourtou, Richard (Paul), Fredet, Grenaud, Motz, Richier, Le Baron, Magnien.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Laederich; suppléant : M. Baumgartner; interne prov. : M. Thurel; externes : MM. Courland, Houlnick (Armand).

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Picot; suppléant : M. Lorin; externes : MM. Fettu, Ricard (Raoul).

6. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Beaujard; assistant : M. Le Goff.

L. HÔPITAL BROUSSAIS. — 1. Médecin : M. Bergé; interne : M. Lestocquoy; externes : M. Meeus, Mlle Langlais, MM. Pauchet, Dauphin, Moruzi.

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Bergé; interne prov. : M. Launy; externes : M. Duminil; Mlle Desbrousses.

3. Médecin : M. Dufour; interne : M. Duchon; externes : MM. Emerit (J.-E.), Vincent (Arm.), Maurellet, Mlle Lamy (M.), M. Tagouneau.

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Dufour; interne prov. : M. Durand (Paul); externes : MM. Lucchetti, Lefèvre (Pierre).

5. Chirurgien : M. Chevrier; internes : MM. Derocque, Lieutaud; externes : MM. Priollet, Barthes, Lemaire (Edm.), Ab-der-Halden, Deliencourt, Samitca.

6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Duvoir; suppléant : M. Piédelièvre; externes : M. Romeyer, Mlle Zimmer.

7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Berger; suppléant : M. Gerber; externes : MM. Dereux, Vanbockstaël.

8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bonniot; suppléant : M. Ledoux-Lebard; assistant : M. Blot.

M. HÔPITAL BOUCICAUT. — 1. Médecin : M. Bezançon; internes : MM. Bernard (Et.), Azoulay; externes : MM. Delarue, Vilenski (Jean), Oumansky, Lyonnet, Goguel, Gillet, Mlle Frey, M. Gerson.

2. Chirurgien : M. Dujarier; internes : MM. Larget, Billard; externes : MM. Fortin, Biard, Mlle Décor, MM. Arnould, Fellous, Gallais (P.), Sallard, Langumier.

3. Accoucheur : M. Funck; interne : M. Lejard; externes : MM. Cauchy, Perrin (Julien), Constant (Louis), Seguin.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Pinard; suppléant : M. Braun; interne prov. : M. Lemière; externes : MM. Perrin (Georges), Gaulier.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Capette; suppléant : M. Tourneix; externes : M. Jullien (Bern.), Mlle Conil, MM. Bouvet, Mugnier.

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Hautant; externes : MM. Cherouvrier, Berthier.

7. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Aubourg; adjoint : M. Lebon; assistants : MM. Tribout, Quivy.

N. HÔPITAL SAINT-LOUIS. — 1. Médecin : M. le prof. Jeanselme; assistant : M. Lévy-Franckel; chef de clinique : M. Burnier; chefs de clinique adjoints : MM. Schulmann, Hufnagel; chefs de labor. : MM. Sézary, Pomaret, Bloch (Marcel); internes : MM. Terris, Florand; externes : MM. Gomet, Tsin, Mégret, Stieffel, Goldberg, Sobelman.

2. Médecin : M. Hudelo; assistant : M. Rabut; internes : MM. Richon, Prieur; externes : MM. Carle, Guran, Mlle Lebourbier, MM. Delotte, Hervaux, Sorton, Petit (P.).

3. Médecin : M. Milian; assistant : M. Sauphar; internes : MM. Meyer, Grellety-Bosviel; externes : MM. Paris (Georges), Barragné, Chaperon (R.), Mlle Reitlinger, MM. Périgord, Carpentier, Michaud (Paul).

4. Médecin : M. Ravaut; assistant : M. Ferrand; internes : MM. Bocage, Duval; externes : MM. Parisot, Waitz, Lafaix, Thiébaut, Baconnet, Blondeau, Gauillard.

5. Médecin : M. Lortat-Jacob; assistant : M. Legrain; internes : MM. Béthoux, Solente; externes : MM. Jarrige-Lemas, Tilman, Ravier, Meurisse, Turpault.

6. Médecin : M. Louste; assistant : M. Thibaut; internes : MM. Fatou, Chavany; externes : MM. Rougier, Vernholes, Lacroix (René), Lacapère, Rebillard, Codet.

7. Médecin : M. Aubertin; interne : M. Risacher; externes : MM. Champenois, Bachelier, Rigal, Havret.

8. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Le Gac, Peltier, Humbert; externes : MM. Fournier, Hamonic, Emerit (J.), Truchard, Thoumas, Rivoire, Maksud, Guédé.

9. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Sénèque, Richard, Baranger (J.); externes : MM. Redon, Soullier, Laval, Cognet, Laroche, Verger, Dubois (Paul), Rousseau (Pierre).

10. Chirurgien : M. Lecène; internes : MM. Lemariée, Cuvigny, Metzger; externes : MM. Gardinier, Le Guet, Levaxelaire, Méry (J.-H.), Ducroquet, Guignebert, Mlle Labat de Lambert, M. Grévin.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Lemaître; assistant : M. Giraudeau; suppléant : M. Apard; internes : MM. Ruppe, Vesselle; externes : Mlle Schulmann, MM. Quermonne, Sailly, Camus (Pierre), Lacaisse, Dufourcq-Lagelouze.

12. *Consultation.* (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Bréchot; suppléant : M. Luzoir; externes : MM. Trystram, Géray, Bühler.

13. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Jules Renault; internes : MM. Cathala, Plichet; externes : Mmes Duter, Clément, Mlles Hendlé, Sazerac de Forge, MM. Bouessée, Hirsberg, Servel, Thévenard.

14. Chirurgien : M. Mouchet; internes : MM. Ill, Phelippes de la Marnierre, Baranger (André); externes : MM. Henkène, Gourdon, Noury, Couton, Restoux, Lévy-Neumand, Lemoine (Jean).

15. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; interne : M. Longchampt; externes : MM. Salmon (Rob.), Louvel (Raym.), Crocy, Laffaille (André).

16. *Service des maladies blennorragiques.* — Médecin : M. Heitz-Boyer; internes : MM. Ferrier, Bouchard.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Belot; adjoints : MM. Gastaud, Nahay; assistants : MM. Charpy, Lepennetier; MM. Nadal et Risos (faisant fonct. d'assist.).

O. HÔPITAL BROCA. — 1. Médecin : M. Halbron; assistant : M. Barthélemy; interne : M. Isaac-Georges; externes : Mlles Roger, Corbillon, MM. Perlès, Pérono, Martineau, Diriart, Laporte (Ant.), Luzuy, Liquier.

2. Médecin : M. Herscher; assistant : M. Roberti; interne : M. Salles; externes : MM. Bouchard, Bas, Fénal, Gouvenot, Chartier, Boulanger, Vendel, Casaubon.

3. Chirurgien : M. le prof. Faure; chef de clinique : M. Bloch (René); chef de clinique adjoint : M. Huyghues de Beaufond; chefs de labor. : MM. Champy, Douai; internes : MM. Récamier, Doubrère, Mérat; externes : Mlle Mircouche, MM. Chatagnon, Noguères, Lindegger, Marcel, Michel-Béchet, Mme July.

4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lehmann; adjoint : M. Dimier.

P. MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Garcin; externes : MM. Azalbert, Topart, Carvaillo, Jany, Couturat (Jacques).

2. Médecin : M. Ramond; interne : M. Pichon; externes : Mlles Lavedan, Maas, M. Salmon (Albert).

3. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Maleysson, Fumery; externes : MM. Blum (André), Bogdanovitch, Marcotte, Cohen-Deloro, Loubry, Rogier.

4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bouchacourt; adjoint : M. Charlier.

Q. HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique : M. Paraf; chef de clinique adjoint : M. Mathieu; chef de labor. : M. Bidot; chef de labor. de la diphtérie : M. Marie; interne : M. Hutinel; externes : M. Krivine, Mlles Dobkevitch, Vaché, Schoeller, M. Phélipeau.

2. Médecin : M. Méry; interne : M. Dayras; externes : MM. Levêque, Constant (P.), Nédelec, Bécue, Grandperrin.

3. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Niel; externes : M. Crouzat, Mlle Bucsan, MM. Lotte, Bureau (Rob.).

4. Médecin : M. Apert; interne : M. Chabanier; externes : MM. Segond (Rob.), Boyer, Mlle Oumansky, M. Perrin (René), Mlle Paturel.

5. Médecin : M. Lereboullet; interne : M. Boulanger-Pilet; externes : MM. Garrigoux, Roëser, Auvynet, Wolff (And.), Mlles Cros, Roudinesco.
6. *Crèche.* — Interne prov. : M. Kermorgant.
7. *Service de la sélection.* — Interne prov. : Mlle Laplane.
8. Chirurgien : M. le prof. Broca; chef de clinique : M. Madier; chef de clinique adjoint : M. Massart; chef de labor : M. Houdré; internes : MM. Banzet, Cayla; externes : Mme Souffland, MM. Wickham (Roger), Harburger, Cantacuzène, Magloire, Loussot, Mlle Chemin, M. Campo.
9. Chroniques. — Chirurgien : M. le prof. Broca; interne prov. : M. Béclère; externes : MM. Joly, Bouquet, Hambourg, Auchel.
10. Chirurgien : M. Ombrédanne ; assistant : M. Ollivier; internes : MM. Bazert, Paturet; interne prov. : M. Berson; externes : MM. Buisson-Lacassie, Jamet, Troncin, Mollaret, Lefèvre (G.-J.), Lapeyre, Lavialle.
11. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Poulard ; assistant : M. Boussi; interne : M. Castéran; externes : Mlle Kouindjy, MM. Audigier, Devouge, Monot.
12. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Le Mée; suppléant : M. Doumenge; externes : MM. Bardy, Westphal.
13. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Duhem; assistant : M. Chaperon ; externes : MM. Lelong, Escande (font fonctions d'assistants).
14. Annexe, 172, rue de Vanves. Médecin : M. Huber; interne prov. : M. Bohn; externes : MM. Gastaud, di Barbazza.

R. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Lesné; interne : M. de Gennes; externes : Mlle Leblond, MM. Patel, Turrillot, Terrin, Mlle Gauthier-Villars, M. de Blanchaud, Mme Drieu-Jeramec.
2. Médecin : M. Papillon : interne : M. Girard; externes : M. Marco, Mlle Aubriot, MM. Menuau, Chureau, Vassal, Lévy (Rob.).
3. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne prov. : M. Gambillard.
4. *Contagieux.* — Interne prov. : Mlle Petot.
5. Chirurgien : M. Hallopeau; assistant de consult., M. Gasne; internes : MM. Aubry, Oberthür, Huet (Léon); externes : MM. Tiby, Plot, Frémiot, Ferrer, Houzeau, Sterin, Poltier, Omnès, Nataf.
6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lemaire; suppléant : M. Chené ; interne prov. : M. David; externes : Mlles Croisier, Gardel, M. Tournilhac.
7. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Moulonguet; suppléant : M. Doniol; externe : M. Leplat (Gab.).
8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Mahar : assistant : M. Colanéri.

S. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Marfan; chef de clinique : M. Turquety; chefs de clinique adjoints : MM. Salès, Vallery-Radot (Pierre); chef de labor. : M. Dorlencourt ; internes : MM. Debray, Grenier ; externes : Mmes Ménard, Gruel, Mlle Marchand, MM. Abd-el-Nour, Renous, Mlle Fradis.
2. Chirurgien : M. Veau; internes : Mlle Harmelin, M. Jousseaume; externes : MM. Funck, Huard, Mlle Bastien, MM. Kalmanovitch, Quereilhac.
3. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Barret; assistant : M. Chaufour.

T. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Lemierre; interne : M. Lermoyez; externes : MM. Veyssière, Hesse, Perret (Ant.), Büsser.
2. Médecin : M. Courcoux; interne : M. Lelong; externes : MM. Brunet (S.-L.), Menguy, Guiberteau, Grognard.
3. *Consultation de médecine.* — Assistant : M. Faroy; suppléant : M. Stévenin ; interne prov. : M. Lemaire; externes : MM. Escoffier, Damon (Ant.).

U. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Harvier; interne : MM. de Brun du Bois-Noir, Decourt ; externes : MM. Descomps, Gricouroff, Rochard, Lichtwitz.
2. Chirurgien : M. Desmarest ; internes : MM. Verger, Bartet; externes : MM. George (M.), Stéhelin, Calbet, Leleu.
3. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Huet (Pierre).
4. Médecin : M. Riche ; interne : M. Martin de Laulerie.
5. Médecin : M. Maillard; interne : M. Renard.
6. *Sanatorium Clemenceau.* — Médecin : M. Foix; interne : M. Valière-Vialeix; externes : MM. Néron, Marie (J.-J.), Gallet (Jean), Chevereau (And.); Mme Nicoulesco.
7. Médecin : M. Paisseau; interne : M. Lambling; externes : MM. Durand (Marcel), Mlles Henry (Th.), Boegner, MM. Vermorel, Baldy.
8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Keller; adjoint : M. Guénaux.

V. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. P. Marie; chef de clinique : M. N... chef de clinique adjoint : M. N...; chefs de labor. : M. Bertrand, Mlle G. Lévy; internes : MM. Rimé, Girot, Mathieu; externes : M. Grintescu, Mlle Fontaine, MM. Lehmann (Rob.), Martin (H.-F.-V.), Mme Codet.
2. Médecin : M. Souques; internes : MM. Blamoutier, de Massary; externes : Mlle Dreyfus-Sée, M. Vibert, Mlle Boyer, MM. Fribourg, Mathias, Quesnée.
3. Médecin : M. Crouzon; interne : M. Martin (René) ; externes : MM. Chazels, Lenormand, Hurez (J.), Lefebvre (André), Merklen.
4. Chirurgien : M. le prof. Gosset; chef de clinique : M. Charvin; chef de clinique adjoint : M. Petit-Dutaillis; attaché médical; M. Guttmann; chefs de labor. : MM. Magron, Rouché; internes : MM. de Gaudart d'Allaines, Boppe, Huet (P.-A.); externes : Mlle Goldspiegel, M. Jeanne, Mlle Bertazzi, M. Jahiel, Mlle Denis, MM. Cournand, Tailhefer, Capart, Cagès, Bergouignan.
5. *Infirmerie du personnel.* — Interne : M. Valence.
6. Médecin : M. Nageotte, interne : Mlle Labeaume.
7. Médecin : M. Vurpas ; interne : M. Bordet.
8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bourguignon; adjoint : M. Thibonneau; externe : Mlle Wertheimer.

W. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : M. Digonnet; externes : MM. Nativelle, Verny, Wauthier, Damond, Mlle Péchenard, M. Briault.
2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Broca; externes : MM. Bertrand (Jean), Chenilleau, Mlle Crémieu, MM. Bardol, Olivier, Ledoux.
3. Chirurgien : M. Mathieu; assistant de consultation : M. Perrin; internes : MM. Lemonnier, Machavoine, Hamburger; externes : M. Gay, Mlles Ullmann, Maldan, Bronilawski, MM. Clément (André), Moutard, Veslot.
4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Milhit; suppléant : M. Cojan; interne prov. : M. Cahen (P.); externes : MM. Fortier, Martin (H.-M.), Camino.
5. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Halphen; suppléant : M. Buneau; externes : MM. Wilbert, Guérin (P.-J.).
6. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lobligeois; adjoint : M. Chaperon.

X. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Vincent; interne : M. Darquier; externes : MM. Foubert, Faraut, Depouilly, Jossand.
2. Chroniques. — Externes : MM. Djordjevitch Chatellier.
3. Médecin : M. Israëls de Jong; internes : MM. Christophe, Coffin; externes : MM. Baillis, Lévy-Lang (P.), Mlle Vignaux, MM. Péroz, Meurdrac, Sthul.
4. Chirurgien : M. Descomps; internes : MM. Lacomme, Walther; externes : MM. de Sèze, Frémont, Ripert.
5. *Electro-radiologie.* — M. Pestel; assistant : M. Delapchier.

Y. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Demelin; adjoint : M. Levant; assistant : M. Vignes; internes : MM. Ravina (J.), Azerad.
2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas; interne : M. Fouet; externes : MM. Tariel, N..., Hyvert, Renoux.
3. *Electro-radiologie.* — Assistant : M. Lévy dit Lebhar.

Z. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : M. Célice; externes : MM. Tarterat, Jaïs, Vassitch, Vanier, Roux (Paul), Touchard, Brico.
2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Vigneron; externes : MM. Wachtel, Mallein-Gérin, Peytavin, Legrain, Mlles Gelé de Francony, Vasseur.

3. Service de la garde et de la sélection. — Internes prov. : MM. Ducuing, Renault.

4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Laquerrière; externe : M. N...

Aa. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; chef de clinique : M. Gastinel; chef de clinique adjoint : M. Cambessédès; chef de labor. : M. Reilly; internes : MM. Joannon, Cochez, Weismann; externes : MM. Darfeuille, Weill (Rob.), Wolfsohn, Avril, Ibos, Renard (Pierre), Hazemann, Piédallu.

Ab. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; chef de clinique : M. Lantuéjoul; chef de clinique adjoint : M. Réglade; chefs de labor. : MM. Philippe, Gilson; externes : Mlles Laurent, Lequin, MM. Degisors, Suzor, Teurnier.

Ac. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; chef de clinique : M. Champeau; chef de clinique adjoint : M. Powilewicz; chef de labor. : M. Portes; interne : M. Desnoyers; externes : MM. Géant, Vernier, Sureau, Bachelin, Mlle Desgrez, M. Lapalle.

Ad. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Abrami; interne : M. Périsson; interne prov. : M. Roullet; externe : M. Cardot.

2. Chirurgien : M. Lardennois; internes : MM. Chevallier, Braine, Bertrand; externes : MM. Duhail, Chabaud (R.), Bettinger, Mlle Pau, M. Viet-Villeneuve, Mlle Peillon, M. Chadourne.

Ae. Hospice Alquier-Debrousse. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Armand-Delille; interne; M. Duhamel.

2. (*Tuberculeux.*) — Interne : M. Marty; externes : Mlle Chatenet, MM. Amiot (Pierre), Durand (André), Philippeau, Vuillame.

Af. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : M. Ducourtioux; externes : MM. Béraudy, Duprez, Bruder, Mitelette.

Ag. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Villaret; internes : MM. Mer, Boltanski.

Ah. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Camus; interne : M. Binet; externe : M. Barbé.

2. (*Tuberculeux.*) Interne : M. Marceron; externes : MM. Cossa, Lafond (Pierre), Mabille, Quilliot, Mlle Lévy (Simonne), M. Aupérin.

Ai. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Sorrel; assistants : MM. Andrieu, Tridon; chef de labor. d'électro-radiologie : M. Parin; chef de labor. de bactériologie : M. Mozer; internes : M. Delahaye, Mme Sorrel, MM. Maziol, Barret, Escalier, Py, Pérard.

Aj. Brévannes. — 1. Médecins : MM. René Marie, Baudouin, Renaud; internes : MM. Vanbockstaël, Dereux, Rochard, Pérono, Clercy, Schmite, Bazouge, Juge.

Ak. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le prof. Claude; chefs de clinique : MM. Brousseau, Ceillier; chefs de clinique adjoints : MM. Santenoise, Borel.

Al. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Bascourret.

Am. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc; assistant : M. Brodiez.

An. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé; internes : MM. Girard, Sorton.

Ao. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. Jumentié; assistant : M. Tourlet.

Ap. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M. Mutel.

Aq. — Hospices Saint-Michel et Lenoir-Jousseran. — 1. Médecin : M. Diverneresse.

Ar. — Hôpital de Vaugirard (*Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine*). — 1. Chirurgien : M. le prof. P. Duval; chef de clinique : M. Gatellier; chef de clinique adjoint : M. Quénu; chef de labor. : M. Moutier; attaché médical : Mme Pommay-Michaux; internes : MM. Aurousseau, Chastang, Velti; externes : MM. Prat-Flottes, Plessier, Talon, Thiéry, Brunet, Fayot, Mlle Cahen, MM. Delahaye, Merklen, Sassier.

2. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Béclère; assistant : M. Villot.

As. Sanatorium San Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno; interne : M. N...

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants; consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° chefs de laboratoire; 4° internes titulaires; 5° internes provisoires; 6° externes.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Lermoyez, T-1 = T. Hôpital Andral, 1. Service de M. Lemierre.

MÉDECINS

assistants et attachés médicaux.

CHIRURGIENS

assistants et attachés médicaux.

Alglave, A-8.
Andrieu, Ai-1.
Arrou, B-7.
Auvray, J-10.
Barny, G-9.
Basset, F-12.
Baudet, K-3.
Baumgartner, C-8 et F-6.
Bazy, D-15.
Berger, L-7.
Bloch, J-11.
Boulhet, J-11.
Bourgeois, J-11.
Bréchot, N-12.
Broca, Q-8 et Q-9.
Cadenat, J-14.
Capette, M-5.
Cauchoix, G-12.
Chevassu, F-10.
Chevrier, L-5.
Chifoliau, P-3.
Cunéo, H-8 et H-9.
Delbet, F-7.
Descomps, X-4.
Desmarest, U-2.
Dognon, G-9.
Dujarier, M-2.
Duval (Pierre), Ar-1.
Faure, O-3.
Fredet, C-7.
Gasne, R-5.
Gosset, V-4.
Goulfier, G-9.
Grégoire, I-12.
Gutmann, V-4.
Hallopeau, R-5.
Hartmann, A-7.
Heitz-Boyer, N-16.
Küss, B-13.
Labey, H-11.
Lapointe, D-12.
Lardennois, Ad-2.
Launay, F-9.
Lecène, N-10.
Legueu, E-5.
Lejars, D-11.
Lenormant, N-9.
Marion, H-7.
Martin, I-15.
Mathieu, W-3.
Mauclaire, B-9.
Michon, G-7.
Mocquot, F-8.
Mouchet, N-14.
Okinczyc, A-12.
Ollivier, Q-10.
Ombrédanne, Q-10.
Perrin, W-3.
Picot, K-5.
Proust, I-11.
Riche, U-4.
Riche (Paul), I-10.
Rieffel, N-8.
Robineau, E-6.
Romanet, G-9.
Rousseau, H-7.
Roux-Berger, C-11.
Sauvé, E-9.
Savariaud, G-8.
Schwartz, E-7.
Sebileau, H-12.
Sorrel, Ai-1.
Souligoux, G-5 et G-6.
Terrien, G-9.
Tridon, Ai-1.
Thiéry, B-8.
Toupet, H-16.
Veau, S-2.
Wiart, H-10.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Bouffe de Saint-Blaise, D-13.
Brindeau, Ab-1.
Cathala, N-15.
Chirié, A-10.
Couvelaire, Ac-1.
Demelin, Y-1.
Devraigne, H-14.
Funck-Brentano, M-3.
Jeannin, B-10.
Le Lorier, C-9.
Levant, Y-1.
Lemeland, G-10.
Lévy-Solal, I-13.
Macé, A-10.
Rudaux, G-10.
Vignes, Y-1.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

Besnard, J-12.
Bollak, H-13.
Boussi, Q-11.
Cantonnet, F-13.
Chatellier, B-14.
Fombeure, F-13.
Giraud, J-12.
Joseph, D-16.
Lapersonne (de), A-9.
Magitot, D-16.
Monbrun, A-9.
Monthus, B-14.
Morax, H-13.
Poulard, Q-11.
Prélat, A-9.
Rochon-Duvigneaud, J-12.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

assistants et suppléants.

Apard, N-11.
Baldenweck, G-13.
Buneau, W-5.
Doniol, Z-7.
Doumenge, Q-12.
Giraudeau, N-11.
Grivot, B-13.
Halphen, W-5.
Hautant, A-9 et M-6.
Lemaître, N-11.
Le Mée, Q-12.
Leroux, B-13.
Moulonguet, R-7.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE ET AGENTS PHYSIQUES

Aimé, D-17.
Aubourg, M-7.
Barret, S-3.
Beaujard, K-6.
Béclère, Ar-1.
Belot, N-17.
Blot, L-8.
Bonniot, L-8.
Bouchacourt, P-4.
Bourguignon, V-8.
Brousson, D-18.
Caguinacci, C-12.
Cassan, H-18.
Chaperon, Q-13 et W-6.
Charlier, P-4.
Charpey, N-17.
Chaufour, S-3.
Colanéri, R-8.
Darbois, I-16.
Dariaux, H-18.
Dausset, A-13.
David, G-14.
Delapchier, X-5.
Delherm, B-16.
Desconrt, I-16.
Desternes, G-14.
Dimier, O-3.
Dogny, I-16.
Duhem, Q-13.
Escande, Q-13.
Foubert, F-14.
Gally, J-15.
Gastaud, N-17.
Gérard, A-13.
Gibert, D-18.
Guénaux, U-8.
Guibert, E-10.
Guilbert, G-14.
Haret, H-18.
Hischmann, H-17.
Keller, U-8.
Lagarenne, A-13.
Laquerrière, Z-4.
Lebon, M-7.
Ledoux-Lebard, L-8.
Le Goff, K-6.
Lehmann, O-3.
Lelong, Q-13.
Lepennetier, N-17.
Lévy dit Lebhar, Y-3.
Lignac, J-15.
Lobligeois, W-6.
Lomon, C-12.
Lucy, A-13.
Mahar, R-8.
Maingot, J-15.
Ménard, F-14.
Mignon, G-14.
Moutard, E-10.
Nadal, N-17.
Nahay, N-17.
Ordioni, C-12.
Parin, Ai-1.
Pestel, X-5.
Petit, E-10.
Portret, J-15.
Proust, D-18.
Quivy, M-7.
Risos, N-17.
Saidman, F-14.
Salomon, D-17.
Thibonneau, V-8.
Tribout, M-7.
Truchot, H-18.
Turchini, C-12.
Vignal, G-14.
Villot, Ar-1.

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

Baumgartner, K-4.
Braun, M-4.
Chené, R-6.
David, F-11.
Deschamps, B-11.
Gy, G-11.
Jacquelin (André), E-8.
Lesage, H-15.
Lyon-Caen, I-14.
Mangin-Bocquet, C-10.
Maréchal, A-11.
Mignot, D-14.
Piédelièvre, L-6.
Stévenin, T-3.
Tixier, J-13.

CHIRURGIE

Achard, G-12.
Bretegnier, H-16.
Cojan, W-4.
Colombet, B-12.
Delivet, D-15.
Ehrenpreis, C-11.
Gerber, L-7.
Gresset, E-9.
Lorin, K-5.
Lutaud, F-12.
Luzoir, N-12.
Maurer, I-15.
Métivet, J-13.
Tourneix, M-5.
Wolfromm, A-12.

CHEFS DE CLINIQUE

Bénit, B-10.
Berne-Lagarde (de), E-5.
Bloch (René), O-3.
Brodin, D-1.
Brousseau, Ak-1.
Burnier, N-1.
Ceillier, Ak-1.
Champeau, Ac-1.
Charvin, V-4.
Donzelot, B-1.
Gastinel, Aa-1.
Gatellier, Ar-1.
Gautier, F-1.
Lantuéjoul, Ab-1.
Leveuf, F-7.
Lucas-Championnière, A-7.
Madier, Q-8.
Miégeville, H-12.
Paraf, Q-1.
Prélat, A-9.
Pruvost, C-1.
Rouillard, G-1.
Saint-Girons, A-1.
Séjournet, D-11.
Turquety, S-1.

Adjoints.

Bonnet-Roy, H-12.
Borel, Ak-1.
Cambessédès, Aa-1.
Charpentier, A-1.
Garcin, E-5.
Gautrand, A-9.
Hufnagel, N-1.
Huyghes de Beaufond, O-3.
Massart, Q-8.
Mathieu, Q-1.
Monod, F-7.
Moreau, F-1.
Mouzon, G-1.
Pannier, A-1.
Pareux, B-10.
Petit-Dutaillis, V-4.
Pignot, C-1.
Powilewicz, Ac-1.
Quénu, Ar-1.
Réglade, Ab-1.
Rivierez, A-1.
Salès, S-1.
Santenoise, Ak-1.
Schulmann, N-1.
Thiers, G-1.
Truffert, H-12.
Uhlrich, A-7.
Vallery-Radot (Pierre), S-1.
Wolff, D-1.
Yacoël, B-1.

CHEFS DE LABORATOIRE

adjoints et assistants.

Beauvy, F-7.
Bénard (H.), A-1.
Bertrand, V-1.
Bidot, Q-1.
Bloch (M.), N-1.
Bordet, B-1.
Brancas (de), B-10.
Brel, D-1.
Cartier, B-10.
Chabanier, E-5.
Champy, O-3.
Cléret, H-12.
Clogne, B-10.
Cottenot, C-1.
Cousin, A-9.
Deval, A-4.
Dorlencourt, S-1.
Douai, O-3.
Durand, C-1.
Feuillié, G-1.
Foix, G-1.
Giet, D-11.
Gilson, Ab-1.
Giroux, B-1.
Grigaut, D-1.
Hautant, A-9.
Herrenschmidt, F-7.
Houdré, Q-8.
Joltrain, F-1.
Laudat, F-1.
Lévy (Mlle G.), V-1.
Lièvre, G-1.
Magron, V-4.
Marie, Q-1.
May, F-1.
Minvielle, B-10.
Mozer, Ai-1.
Morel, E-5.
Morel-Kahn, B-10.
Moutier, Ar-1.
Philippe, Ab-1.
Pomaret, N-1.
Portes, Ac-1.
Prévost (Félix), B-10.
Raulot-Lapointe, F-1.
Reilly, Aa-1.
Renaud, A-7.
Ribot, G-1.
Ronneaux, D-1.
Rouché, V-4.
Sézary, N-1.
Thoyer-Rozat, B-10.
Tissier, A-1.
Verliac, E-5.

INTERNES

Alajouanine (lauréat), C-3.
Alary, C-8.
Ameline, E-7.
Arbeit, B-4.
Aris, J-4.
Armingeat, G-8.
Aubin, J-11.
Aubry, R-5.
Aumont, G-7.
Aurousseau, Ar-1.
Azerad, Y-1.
Azoulay, M-1.
Banzet, Q-8.
Baranger (A.), N-14.
Baranger (J.), N-9.
Barbaro, C-7.
Bardon, H-7.
Bariéty, D-3.
Barreau, I-3.
Bartet, U-2.
Baruk, I-1.
Bascourret, Al-1.
Basch, F-1.
Baudet, H-7.
Bayle, C-7.
Bazert, Q-10.
Bazouge, Aj-1.
Benda, Aj-1.
Bernard (Et.), M-1.
Bernard (R.), H-10.
Berthon, H-10.
Bertrand, Ad-2.
Bertrand-Fontaine (Mme), A-5.
Béthoux, N-5.
Bidermann, B-2.
Billard, M-2.
Binet, Ah-1.
Blamoutier, V-2.
Blum (Gaston), C-4.
Bocage, N-4.
Boltanski, Ag-1.
Bonnat, E-1.
Bonnecaze, I-12.
Bonnet, I-11.
Boppe, V-4.
Bordet, V-7.
Bouchard, N-16.
Boulanger-Pilet, Q-5.
Boulin, B-6.
Bouttier, A-6.
Braine, Ad-2.
Breger, F-2.
Breton, F-9.
Brian-Garfield (Mme), E-6.
Broca, W-2.
Brouet, A-7.
Brun du Bois-Noir (de), U-1.
Carrega, B-9.
Castéran, Q-11.
Cathala, N-13.
Cayla, Q-8.
Célice, Z-1.
Chabanier, Q-4.
Chabrun, F-6.
Chabrut, D-11.
Chastang, Ar-1.
Chauveau, G-10.
Chavany, N-6.
Chevallier, Ad-2.
Christophe, X-3.
Clément, I-9.
Cochez, Aa-1.
Coffin, X-3.
Clercy, Aj-1.
Corby, G-5.
Cornet, H-12.
Coste, D-8.
Courtin, F-3.
Couturier, F-9.
Cuvigny, N-10.
Darquier, X-1.
Dauptain, B-5.
Dayras, Q-2.
Debray, S-1.
Decourt, U-1.
Delahaye, Ai-1.
Delmas, H-11.
Denoy, I-10.
Dereux, Aj-1.
Deroche, H-11.
Derocque, L-5.
Derville, F-3.
Desnoyers, Ac-1.
Desoubry, B-7.
Digonnet, W-1.
Dossot, E-5.
Doubrère, O-3.
Duchon, L-3.
Ducourtioux, Af-1.
Duhamel, Ae-1.
Dujarier, J-11.
Dumas, C-7.
Duval, N-4.
Ebrard, B-8.
Engelhard, I-10.
Fatou, N-6.

Favory, A-9.
Ferey, A-8.
Ferrier, N-16.
Ferru, G-4.
Fèvre, D-11.
Flandrin(laur.), E-5.
Florand, N-1.
Foucault, D-12.
Fouet, Y-2.
Froment, G-2.
Fruchaud, K-3.
Fumery, P-3.
Gaillard, H-10.
Garcin, P-1.
Garnier, G-6.
Gaudart d'Allaines (de), V-4.
Gaume, E-5.
Gayet, G-1.
Gennes (de), R-1.
Girard, R-2 et An-1.
Girot, V-1.
Godard, F-10.
Gournay, I-5.
Grellety-Bosviel, N-3.
Grenier, S-2.
Gueullette, I-11.
Guillouet, F-10.
Hamburger, W-3.
Harmelin (Mlle), S-2.
Hartglass, K-3.
Hartmann, H-13.
Hermet, K-3.
Hillemand, F-1.
Hirsberg, I-8.
Huet (Léon), R-5.
Huet (Pierre), U-3.
Huet (P.-A.), V-4.
Huguenin, H-3.
Humbert, N-8.
Hutinel, Q-1.
Isaac (Georges), O-1.
Isch-Wahl, A-1.
Ill, N-14.
Iselin, G-8.
Jacquet, A-10.
Janet, C-1.
Joannon, Aa-1.
Joanny, D-13.
Jousseaume, S-2.
Juge, Aj-1.
Kalt, F-7.
Labeaume (Mlle), V-6.
Lacomme, X-4.
Laffitte, G-5.
Lafourcade-Cortina, B-3.
Lagrange, H-13.
Lambling, U-7.
Lamy, B-8.
Lanos, D-10.
Laplane, E-2.
Laquière, E-6.
Larget, M-2.
Lascaux, E-6.
Lebée, H-2.
Lebon, A-2.
Le Chaux, I-12.
Le Clerc, A-2.
Lefèvre (Paul, H-4.
Leflaive, H-14.
Le Gac, N-8.
Lejard, M-3.
Lelong, T-2.
Leloup, I-13.
Lemariée, N-10.
Lemonnier, W-3.
Lempérière, D-1.
Lepaumier, G-8.
Le Rasle, E-3.
Lermoyez, T-1.
Lestocquoy, L-1.
Lévesque, J-2.
Lévy (Max), K-1.
Lévy (Maurice), A-3.

Lieutaud, L-5.
Longchampt, N-15.
Louet, J-6.
Lubin, E-7.
Luton, I-6.
Machavoine, W-3.
Maduro, B-8.
Maleysson, P-3.
Malgat, B-7.
Marassi, B-10.
Marceron, Ah-2.
Marchal, G-1.
Marchant (G.), F-8.
Marquézy, C-3.
Martin (René), V-3
Martin de Laulerie, U-4.
Marty, Ae-2.
Masmonteil, D-12.
Massary (de), V-2.
Mathieu, V-1.
Mayer (Ch.), Aj-3.
Meignant, D-6.
Meillère, F-7.
Ménégaux, F-7.
Mer, Ag-1.
Mérat, O-3.
Mérot, B-7.
Metzger, N-10
Meyer, N-3.
Meyer-May, A-8.
Minvielle, K-2.
Morice, G-7.
Moulonguet, A-7.
Mouquin, J-1.
Niel, Q-3.
Nora, D-11.
Oberthür, R-5.
Ollivier, F-1.
Olry, H-6.
Ostwalt (Mlle), A-9.
Oury, D-5.
Peignaux, J-9.
Pellissier, D-7.
Peltier, N-8.
Peretti della Rocca (de), B-9.
Périsson, Ad-1.
Péron, F-5.
Pérono, Aj-1.
Petot (Mlle), R-4.
Phelippes de la Marnierre, N-14.
Pichon, P-2.
Pierre, D-10.
Pierrot, G-3.
Plichet, N-13.
Pollet, I-7.
Pommay (Mlle), A-7.
Potez, J-8.
Prieur, N-2.
Rachet, H-1.
Raiga, C-8.
Ravina (André), D-4.
Ravina (Jean), Y-1.
Récamier, O-3.
Reinhold, I-12.
Renard, U-5.
Richard, N-9.
Richon, N-2.
Rimé, V-1.
Risacher, N-7.
Rivalier, C-5.
Robin, I-11.
Rochard, Aj-1.
Rouffiac, H-8.
Ruppe, N-11.
Salles, O-2.
Samsoën, J-10.
Schmite, Aj-1.
Seguy, C-9.
Scillé, F-8.
Sénèque, N-9.
Solente, N-5.
Sorrel (Mme), Ai-1.
Sorton, An-1.
Soupault, A-7.

Surmont, A-4.
Surun, C-8.
Terris, N-1.
Thalheimer, H-9.
Théodoresco, B-1.
Thévenard, D-1.
Thomas, Aj-2.
Tierny, I-10.
Tisserand (Mlle), B-9.
Triboulet, J-10.
Trocmé, C-2.
Turpin, I-4.
Valat, J-10.
Valence, V-5.
Valière-Vialeix, U-6.
Vanbockstaël, Aj-1.
Veil (P.), J-12.
Velti, Ar-1.
Verger, U-2.
Vesselle, N-11.
Vigneron, Z-2.
Viollet, H-11.
Walser, F-4.
Walter, J-7.
Walther, X-4.
Weismann, Aa-1.
Weiss, E-4.
Wilmoth, H-9.
Winter, H-12.

INTERNES PROVISOIRES

Béclère, Q-9.
Berson, Q-10.
Biancani-Daveggio, C-6.
Bodin, D-14.
Bohn, Q-14.
Bouchard, B-9.
Cahen, W-4.
Callegari, J-13.
Comet, B-11.
David, R-6.
Delafontaine, D-9.
Deschamps (Mlle), E-8.
Dessaint, C-10.
Ducuing, Z-3.
Durand (Paul), L-3.
Ferrier, H-15.
Gambillard, R-3.
George, D-4.
Kermorgant, Q-6.
Kourilsky, I-5.
Krief, G-11.
Laplane (Mlle), Q-7.
Launay, L-2.
Lemaire, T-3.
Lemière, M-4.
Levassor, B-8.
Michaux, I-14.
Moussoir, F-11.
Odier (Mlle), A-11.
Roullet, Ad-1.
Tisné, B-1.
Thurel, K-4.

EXTERNES

Abd-el-Nour, S-1.
Ab-der-Halden, L-5.
Abonneau, C-2.
Abricossoff (Mlle), C-8.
Adam (Jean), H-15.
Agnès, D-12.
Alalinarde, I-12.
Alibert, D-6.
Allaire, J-12.
Amiot (Pierre), Ae-2.
Andler, J-2.
André (Georges), D-1.
Andrieu, C-3.

Antonini, D-8.
Appert, A-2.
Ardoin, F-6.
Armand, I-5.
Arnould, M-2.
Arrivot, J-8.
Arthaud, B-5.
Artigues, H-3.
Arviset, G-5.
Asselin de Williencourt, D-8.
Astaix, C-5.
Aubriot (Mlle), R-7.
Auchel, Q-9.
Auclair, I-11.
Audigier, Q-11.
Audouin, C-7.
Augier, J-5.
Augustin, G-13.
Aupérin, Ah-2.
Autier, H-13.
Auvynet, Q-5.
Avril Aa-1.
Azalbert, P-1.
Azam, F-13.
Bach (Mlle), C-4.
Bachelier, N-7.
Baclesse, H-7.
Bachelin, Ac-1.
Baconnet, N-4.
Bagot, G-4.
Baillis, X-3.
Baize, H-2.
Baldy, U-7.
Barbazza (de), Q-14.
Barbé, Ah-1.
Barbellion, E-5.
Bardol, W-2.
Bardy, Q-12.
Bardy (Mlle), I-5.
Baron (Paul), B-7.
Baron (Pierre), I-9.
Barragné, N-3.
Barthes, L-5.
Bas, O-2.
Basset, H-7.
Bastien, S-2.
Baudrillart, B-1.
Baugas, B 8.
Bazouge, H-6.
Beau (Henri), B-4.
Beaugeard, H-2.
Beaux (Maur.), I-7
Bécue, Q-2.
Benoist (F.), F-1.
Benoist (Mlle), H-14.
Béraudy, Af-1.
Berdet, A-2.
Bergouignan, V-4.
Bermann, H-10
Bernard (Et.), E-5.
Bernard (René), I-7
Bernheim, G-2.
Berry, C-7.
Bertazzi (Mlle), V-4.
Berthier, M-6.
Berton, J-3.
Bertrand (Jean), W-2.
Bertrand (Joseph), D-7.
Berson (P.), J 9.
Besson (Mlle A), J-8
Bettinger, Ad-2.
Biard, M-2.
Bidegaray, D-14.
Bize, E-2.
Bizou, E-4.
Blanc-Champagnac, C-1.
Blanchaud (de), R-1.
Blanche (André), G-3.
Blanche (M.), F-4.
Blondeau, N-4.
Blondel, F-1.
Blondin (S.), E-4.

Blum (André), P-3
Bocquentin, B-8.
Bodson, B-5.
Boegner (Mlle), U-7.
Boehler, C-9.
Bogdanovitch, P-3.
Boiffin, G-3.
Boltanski, G-12.
Bompard, E-6.
Bompart, G-2.
Bonan, H-4.
Bonnemaison, E 5.
Bonnerot, D-9.
Boquel, F-8.
Bordas, G-12.
Bothézat, B-1.
Bouchard, O-2.
Bouchet (Mme du), E-2.
Boudrant, B-5.
Boudry, A-7.
Bouessée, N-13.
Bouillié, D-4.
Bouisset, I-6.
Boulanger, O-2.
Boulland, H-11.
Bourdillon (A.), J-9.
Bourdin (Em.), J-6.
Bourdon, F-10.
Bourloton, D-10.
Bouron, D-12.
Bouquet, Q-9.
Bouvet, M-5.
Bouvier (M.), G-4,
Boyer, Q-4.
Boyer (Mlle), V-2.
Braun (Mlle), F-1.
Brenniel, A-10.
Breton (F.-M.), I-8.
Breton (Pierre), I-9.
Breuillé, J-4.
Briault, W-1.
Brico, Z-1.
Brissaud, C-8.
Brongniart, G-1.
Bronilawski (Mlle), W-3.
Brosse (Mlle), A-7.
Broujaniski, D-16.
Bruchon, F-7.
Bruder, Af-1.
Brunet (René), Ar-1.
Brunet (Fréd.), D-9.
Brunet (S.-L.), T-2.
Bucquet, G-8.
Bucquoy, D-2.
Bucsan (Mlle), Q-3.
Bühler, N-12.
Buisson, Q-10.
Bureau (Jean), H-3.
Bureau (Rob.), Q-3.
Burnouf, H-4.
Büsser, T-1.
Busson, I-11.
Busy, J-15.
Cachera, C-7.
Cadilhac, C-7.
Caffort, F-10.
Cahen (Mlle), Ar-1.
Cahen (Rob.), F-1.
Calbet, U-2.
Calmels, B-8.
Camail, H-4.
Camino, W-4.
Campo, Q-8.
Camus (Pierre), N-11.
Canal, D-4.
Canonne, B-7.
Cantacuzène, Q-8.
Cantin, A-8.
Capart, V-4.
Caplain, G-1.
Cardot, Ad-1.
Carle, N 2.
Caroli, F-9.
Carpentier, N-3.

Carteaud, B-3.
Carvaillo, P-1.
Casaubon, O-2.
Castellant, A-8.
Castéran, C-6.
Cattan, D-3.
Cauchy, M-3.
Cazès, V-4.
Chabaud (Jean), F-5.
Chabaud (R.), Ad-2.
Chadourne, Ad-2.
Champenois, N-7.
Chantier, J-5.
Chaperon (R.), N-3.
Charpentier, A-1.
Charreau, C-6.
Chartier, O-2.
Chartol, B-7.
Chassagnac, A-11.
Chassigneux, F-11.
Chauveau, H-12.
Chavanon, B-3.
Chatagnon, O-3.
Chatellier, X-2.
Chatenet (Mlle), Ae-2.
Chazel, V-3.
Chemin (Mlle), Q-8.
Chenilleau, W-2.
Cherouvrier, M-6.
Chevallier, G-8.
Chevereau (André), U-6.
Chevereau (J.), F-4.
Chèvre, I-8.
Chiffre, A-6.
Chomereau-Lamotte, B-7.
Choquart (Mlle), G-1.
Chureau, R-2.
Clément (André), W-3.
Clément (Mme), N-13.
Clercy, I-3.
Clitandre, F-10.
Codet, N-6.
Codet (Mme), V-1.
Coffin (J.-P.), H-16.
Cofino, H-10.
Cogné (René), J-1.
Cognet, N-9.
Cohen-Deloro, P-3.
Collin (M.-P.), G-7.
Collin, H-6.
Compin, H-15.
Conil (Mlle), M-5.
Constant (P.), Q-2.
Contant (Louis), M-3.
Corbillon, O-1.
Corbin, D-11.
Cordier (Mlle), I-2.
Corman, G-3.
Corneau, C-11.
Cossa, Ah-2.
Costes, A-5.
Couderc, A-6.
Coudrain, I-7.
Coupeau, A-4.
Courland, K-4.
Cournand, V-4.
Couronne, D-13.
Courtois (Maurice), J-10.
Couton, N-14.
Couturat (J.), P-1.
Couturat (Louis), A-7.
Crama, A-3.
Crémieu (Mlle), W-2.
Crocy, N-15.
Croisier (Mlle), R-7.
Cros (Mlle), Q-5.
Crouzat, Q-3.
Dalsace (Jean), J-2.

Martin Saint-Laurent, C-5.
Martineau, O-1.
Martiny, F-11.
Marvaud, H-5.
Marx, C-10.
Mary, H-7.
Masse (Mlle), H-3.
Masson, D-15.
Mathias, V-2.
Mathieu (Jean), I-12.
Mathieu (Marcel), I-2.
Matry, D-11.
Mauclaire (Mlle), J-14.
Mauric, B-4.
Maurellet, L-3.
Maurion, G-10.
Maximin (M.), A-4.
Maximin (René), A-6.
Mazet, C-6.
Médioni, A-4.
Meeus, L-1.
Mégret N-1.
Ménard (Mme), S-1.
Menguy, T-2.
Menuau, R-2.
Mercier, C-2.
Merger, I-10.
Merklen (Robert), V-3.
Merklen (Félix-Pierre), Ar-1.
Merlhès (Mlle), K-2.
Méry (J.-H.), N-10.
Mesplomb, A-8.
Meurdrac, X-3.
Meurisse, N-5.
Meurs (Mlle), A-3.
Mével, H-1.
Meyer-May (Mme), B-6.
Michaud (Paul), N-3.
Michel-Béchet, O-3.
Migault, E-5.
Milner, H-12.
Mimin, C-5.
Minet, D-6.
Minon, H-7.
Minot, I-1.
Mirallié, C-1.
Mirault, I-3.
Mircouche (Mlle), O-3.
Mitelette, Af-1.
Moatti, D-3.
Mollaret, Q-10.
Molimard, I-1.
Monbarin, H-9.
Mondet, H-1.
Monot, Q-11.
Moraux, D-4.
Mordret, J-11.
Moret (F.-A.-G.), B-7.
Moret (Marcellin), A-11.
Morigny, A-3.
Morin A-5.
Mornet, H-7.
Moruzi, L-1.
Motz K-3.
Mougeot, B-3.
Mouls, F-12.
Mounier G-13.
Mourret, C-3.
Moutard, W-3.
Mouton, F-6.
Muller, D-11.
Mugnier, M-5.
Mustacesco (Mlle), A-5.
Nadal, N-17.
Nataf, R-5.
Nativelle, W-1.
Nédelec, Q-2.
Néron, U-6.
Nicoulesco (Mme), U-6.
Nida, H-13.
Nitzberg, C-2.
Noguères, O-3.
Noury, N-14.
Oblin, A-10.
Odinet, A-7.
Olivier, W-2.
Ombrédanne, D-2.
Omnès, R-5.
Oumansky (Victor), M-1.
Oumansky (Mlle), Q-4.
Pagès (Rob.), A-9.
Palisse (Mlle), B-8.
Pannier, A-1.
Parfonry, H-7.
Parmentier (Mlle), J-8.
Parmentier, I-5.
Parlier, J-10.
Paris (Ray.), F-5.
Paris (Pierre), H-3.
Paris (Georges), N-3.
Parisot, N-4.
Pascal, K-2.
Pasquet, A-10.
Patel, R-1.
Patté-Amiot (Mme) F-7.
Paturel (Mlle), Q-4.
Pau (Mlle), Ad-2.
Pauc (Mlle), J-4.
Pauchet, L-1.
Paumelle, I-2.
Pavie, B-4.
Péchenard (Mlle), W-1.
Peillon (Mlle), Ad-2.
Pellé, J-2.
Pépin-Lehalleur, H-11.
Péribère, H-14.
Périn (Chr.), B-2.
Perlès, O-1.
Péronne, J-4.
Pérono, O-1.
Péroz, X-3.
Perrain (Mlle), B-1.
Perret (Adr.), E-1.
Perret (Ant.), T-1.
Périgord, N-3.
Perrin (Georges), M-4.
Perrin (Julien), M-3.
Perrin (René), Q-4.
Petit (Marcel), E-3.
Petit (P.), N-2.
Petit (P.-R.), E-3.
Pétrignani, C-5.
Peytavin, Z-2.
Phélipeau, Q-1.
Philippeau, Ae-2.
Pichat, F-10.
Pichard, D-15.
Picot, G-7.
Piédallu, Aa-1.
Pinoche, D-1.
Pissavy, I-3.
Pithou (Mlle), D-5.
Piton (A.), A-10.
Plessier, Ar-1.
Plichon, G-13.
Plat, R-5.
Poltier, R-5.
Pomierski (de), G-10.
Pompanon, B-9.
Popovitch, D-12.
Poret, B-3.
Potelune, H-6.
Pouillot, I-8.
Poulain (M.), B-5.
Poulain (Mme), C-9.
Poulet, D-7.
Poulin F-6.
Poumailloux, B-11.
Poumeau-Delille, D-11.
Poumier, J-7.
Poussard, D-15.
Prat-Flottes, Ar-1.
Priollet, L-5.
Pruvost H-7.
Puech, D-4.
Queinnec, C-8.
Queinnec (J.), J-7.
Quenza, I-1.
Quereilhac, S-2.
Quermonne, N-11.
Querneau, G-5.
Quesnée, V-2.
Quignon, E-8.
Quilliot, Ah-2.
Racine, J-10.
Ragouneau, L-3.
Ragu, I-12.
Rappoport, B-7.
Ravier, N-5.
Ray, F-4.
Razimbaud, B-13.
Rebillard, N-6.
Redon, N-9.
Regnault, J-4.
Reitlinger (Mlle), N-3.
Rékis (Mlle), B-12.
Rémy-Néris, I-11.
Renard (Pierre), Aa-1.
Rendon, H-9.
Renous, S-1.
Renoux, Y-2.
Restoux, N-14.
Retel, H-12.
Reumaux, K-1.
Reymond (Mme), A-9.
Ricard (Raoul), K-5.
Richard (A.), D-3.
Richard (J.), B-4.
Richard (Mlle), D-9.
Richard (P.), K-3.
Richier, K-3.
Rieira, B-7.
Rigal, N-7.
Ripert, X-4.
Risos, N-17.
Rivierez, A-1.
Rivoire, N-8.
Robert (Henry), H-6.
Robert (Paul), J-7.
Robin (Roger), G-2.
Rochard, U-1.
Rochette, C-3.
Rodet (Mlle), C-6.
Roeser, Q-5.
Roger (Mlle), O-1.
Rogier, P-3.
Roland, F-9.
Rollet, D-9.
Romeyer, L-6.
Ronget (Mlle), F-2.
Rosenbaum (Mlle), F-4.
Rosier, H-9.
Rossert, K-1.
Rouchaud, D-14.
Rouchon, D-10.
Roudinesco (Mlle), Q-5.
Rougier, N-6.
Rousseau (J.), J-9.
Rousseau (Pierre), N-9.
Roussel (Edmond), E-1.
Rouquès (Pierre), G-8.
Rouquès (Lucien), H-15.
Roux (J.-B.), J-1.
Roux (Paul), Z-1.
Roy, B-6.
Rudolf, G-5.
Sailly, N-11.
Saingery, F-9.
Saint-Laurent (Mlle), I-8.
Saint-Pierre, H-9.
Salasc, E-5.
Salathé, B-6.
Salavert, D-7.
Sallard, M-2.
Sallé, G-5.
Salmon (Alb.), P-2.
Salmon (Henri), F-2.
Salmon (Rob.), N-15.
Salvan, F-10.
Samitca, L-5.
Sarles, H-1.
Sassier, Ar-1.
Sauvage, H-14.
Sauvageot, I-1.
Sayaz (Mlle), E-4.
Sazerac de Forge (Mlle), N-13.
Scherrer (Mlle), B-8.
Schmite, H-8.
Scialom, I-13.
Schoeller, Q-1.
Schoengrün (And.), A-6.
Schoengrün (E.-G.), G-12.
Schrameck, I-4.
Schulmann, N-11.
Sébileau, H-8.
Segond (Rob.), Q-4.
Segrestaa, D-5.
Seguin, M-3.
Seidmann, A-4.
Seligman (E.), J-2.
Seligman (Pierre), E-1.
Sénoze, J-1.
Servel, N-13.
Sèze (de), X-4.
Sicard, B-4.
Sigwald, D-1.
Simon (Serge), C-3.
Simon (Victor), D-14.
Sobelman, N-1.
Soriat, A-7.
Sorton, N-2.
Souffland (Mme), Q-8.
Soulas, J-11.
Soullier, N-9.
Sourdille, B-1.
Souvestre, I-4.
Stankovitch, H-10.
Stéhelin, U-2.
Sterin, R-5.
Sthul, X-3.
Stieffel, N-1.
Stoeber (Mlle), H-6.
Suau, J-4.
Subileau, H-13.
Sufrin, E-5.
Sureau, Ac-1.
Suzar, Ab-1.
Tacquet, B-5.
Tailhefer, V-4.
Talon, Ar-1.
Tambareau, H-16.
Tariel, Y-2.
Tarterat, Z-1.
Terrin, R-1.
Téry (Mlle), F-8.
Teurnier, Ab-1.
Theillier, F-2.
Thévenard, N-13.
Thibault (H.), C-2.
Thiéry, Ar-1.
Thiolat, A-9.
Thionville, C-8.
Thirion (J.), A-12.
Thiroloix, F-1.
Thizy (Mlle), B-14.
Thomas (Rob.), I-15.
Thomopoulos, B-9.
Thoral, I-3.
Thoumas, N-8.
Thoyer, H-10.
Thuillant, C-10.
Tiby, R-5.
Tixier, C-4.
Topart, P-1.
Touchard, Z-1.
Tournilhac, R-7.
Tourtou, K-3.
Thiébaut, N-4.
Tilman, N-5.
Triau, I-14.
Triboulet, J-12.
Trivas (Mme), B-9.
Trollé, F-6.
Troncin, Q-10.
Truchard, N-8.
Trystram, N-12.
Tsin, N-1.
Turmann, G-11.
Turpault, N-5.
Turrillot, R-1.
Ullmann (Mlle), W-3.
Vacher (H.), H-12.
Vachi, Q-1.
Vadon, I-4.
Vanbockstaël, L-7
Vanier, Z-1.
Vannier, A-8.
Vassal, R-2.
Vasseur (Mlle), Z-2
Vasseur, G-7.
Vassitch, Z-1.
Vazeille, D-10.
Vendel, O-2.
Véran, H-1.
Verger, N-9.
Vermorel, U-7.
Vernholes, N-6.
Vernier, Ac-1.
Vernotte, A-12.
Verny, W-1.
Veslot, W-3.
Veuillot, J-10.
Veutré, E-5.
Veyssière, T-1.
Vibert, V-2.
Vidal, D-10.
Vidal-Naquet, A-7.
Vieillard-Baron, J-9.
Vienne, K-1.
Viet-Villeneuve, Ad-2.
Vignaux (Mlle), X-3.
Vilenski (Jean), M-1.
Villemin (Jean), G-7.
Villetard de Prunières, D-16.
Vincent (Arm.), L-3.
Vincent (Maurice), H-12.
Vincent du Laurier, F-9.
Violet, J-2.
Vogt (Mlle), A-1.
Von der Horst, D-15.
Vuillame, Ae-2.
Vuillième, E-2.
Wachtel, Z-2.
Wahl, H-16.
Waitz, N-4.
Wauthier, W-1.
Waynbaum (Mlle), D-7.
Weil (Alb.), A-1.
Weill (Rob.), Aa-1.
Weismann (Mme), G-9.
Wertheimer (Mlle), V-8.
Westphal, Q-12.
Wickham (Roger), Q-8.
Widiez, H-3.
Widlocher, F-7.
Wilbert, W-5.
Willemin (Louis), WL-3.
Willot, H-2
Wolff (Mlle), E-7.
Wolff (And.), Q-5.
Wolff, B-4.
Wolfsohn, Aa-1.
Worms, H-1.
Zadoc-Kahn, F-1.
Zimmer (Mlle), L-6.
Zuber B-4.

NOTE DE PRATIQUE

LITHIASE RÉNALE

Alimentation surtout végétarienne (laitages, légumes, fruits), peu de viande (jamais le soir) ; interdiction du vin pur, alcool, bière.

Quinze jours par mois : bicarbonate de soude, 2 à 3 g. pro die dans un verre d'eau, matin et soir.

Les autres 15 jours : Théosalvose lithinée, 1 cachet de 0g50 matin et soir (elle favorise la dissolution de l'acide urique en diminuant la concentration des urines).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ADJon Et. Me Paul ROBINEAU, not. à Paris, Bd de Clichy, 75bis, le samedi **10 mars** 1923, à 10 h., de : **480 OBLIGATIONS** de 500 f. chac., *6 p. 100 net*, des ANC. ETABLISSts **G. VALDELIÈVRE & FILS, à LILLE** En **10 LOTS** de *48 oblig.* Mise à prix, **16.800 f. par lot**; — **61 OBLIGATIONS** de 500 f. chac. *6 p 100 net*, remb. à 510 f., de : **LA CLINIQUE MEDICALE de PARIS**. En 2 **LOTS** de *31 et 30 oblig.* Mise à prix, **9.300 et 9.000 f. pr lot.** Consignat. 1.000 f. par lot. — S'adresser audit notaire.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 10 avril 1923, à 9 h., dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du service de santé de l'Administration, de 14 h. à 17 h., du jeudi 15 mars 1923 au samedi 24 mars inclusivement.

— Un concours pour la nomination à deux places d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 30 avril 1923, à 9 h., dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du service de santé de l'Administration, de 14 à 17 h., du mardi 3 avril 1923 au samedi 14 avril inclusivement.

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS. — Le jury du concours des médecins des asiles d'aliénés en 1923 est constitué comme suit :

Président : M. le docteur Dequidt.

Membres titulaires : M. le professeur Abadie; MM. les docteurs Ducos, Vurpas, Fouque, Legrain, et Charpenel.

Membres suppléants : MM. les docteurs Loup et Leroy.

Ve CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE (Strasbourg, du 2 au 6 juin 1923). — Ce Congrès se réunira à Strasbourg, du 2 au 6 juin, et comprendra trois sections : 1° Une section biologique; 2° une section clinique; 3° une section sociale.

Les questions à l'ordre du jour, dont chacune sera l'objet d'un rapport, sont les suivantes :

I. Questions biologiques. — a. *Associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse.* — Rapporteur : M. Bezançon, professeur à la Faculté de médecine. Médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

b. *Constitution chimique du bacille tuberculeux et milieux synthétiques de culture.* — Rapporteur : M. Goris, professeur agrégé à la Faculté de pharmacie, pharmacien des hôpitaux de Paris.

II. Questions cliniques. — a. *Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes.* — Rapporteurs : MM. Rist et Ameuille, médecins des hôpitaux de Paris.

b. *Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose.* — Rapporteurs : M. Mouriquand, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon, fera le rapport général ; MM. Breton, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lille, et Ducamp, directeur du Bureau d'hygiène de Lille, traiteront spécialement du rôle de la carence dans les régions dévastées.

III. Questions sociales. — a. *Le problème de l'habitation dans ses rapports avec la tuberculose.* — Rapporteur : M. Montet, directeur-adjoint du Musée social.

b. *Le rôle des assurances sociales dans la lutte antituberculeuse.* — Rapporteurs : M. le docteur Scheib, médecin de l'Institut des assurances sociales, et M. Weill, président de l'Union des caisses de malades d'Alsace et de Lorraine.

c. *Le rôle de l'infirmière-visiteuse dans la lutte antituberculeuse et les principes de son éducation professionnelle.* — Rapporteurs : Mmes Haloua, directrice de l'Ecole d'infirmières-visiteuses de Lille, pour l'éducation professionnelle; de Retz, visiteuse-chef à l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, pour le rôle de l'infirmière-visiteuse.

Règlement du congrès. — Le Congrès comprend des membres titulaires, des membres associés et des personnalités étrangères à titre d'invités.

1° Membres titulaires : Peut faire partie du Congrès, au titre de membre titulaire, toute personne ou toute collectivité agréée par le bureau du Congrès. Seuls les membres titulaires prennent une part effective aux travaux et aux votes du Congrès et en reçoivent gratuitement les publications.

2° Membres associés : Peuvent être membres associés, les personnes faisant partie de la famille d'un membre titulaire (femme, époux, frères, sœurs, enfants). Ils sont invités aux

fêtes et aux réceptions officielles et peuvent assister aux séances.

La cotisation est fixée à 20 francs pour les membres titulaires et à 10 francs pour les membres associés. Une réduction de 50 p. 100 est accordée aux étudiants en médecine et aux infirmières-visiteuses diplômées.

Fêtes, réceptions, visites. — Les membres du Congrès pourront assister à l'inauguration du monument de Pasteur et à l'ouverture de l'Exposition internationale d'hygiène de Strasbourg, et prendre part aux visites, en auto-cars, organisées par les soins du comité local, aux stations climatiques et aux établissements antituberculeux de l'Alsace et de la Lorraine.

Facilités de transports. — Les membres titulaires et associés bénéficieront, de la part des Compagnies de chemins de fer français, de bons de transport à tarif réduit de 50 p. 100, de leur résidence habituelle à Strasbourg, avec retour.

Inscriptions. — Les personnes désirant prendre part au Congrès, soit comme membres titulaires, soit comme membres associés, sont priées d'envoyer le montant de leur cotisation, à M. Pierre Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), ou mieux, de verser cette somme dans un bureau de poste, au compte courant de M. Masson (chèques postaux n° 599, Paris).

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — Le banquet de l'internat aura lieu le samedi 28 avril prochain, à l'hôtel Lutétia, sous la présidence de M. le professeur H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS tiendra sa grande Assemblée générale annuelle le samedi 10 mars 1923 à 21 h. à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique (rue de l'Ecole-de-Médecine).

LE CENTENAIRE DE PASTEUR A L'ILE MAURICE. — Le courrier de l'île Maurice nous apporte les émouvants détails de la cérémonie du centenaire de Pasteur dans l'ancienne île de France.

Une messe solennelle a, d'abord, été célébrée à la cathédrale de Port-Louis, sous la présidence de l'Evêque, S. G. Mgr Murphy.

A la Société médicale (dont Pasteur fut membre honoraire), le docteur Curé, l'un des chefs du mouvement rétrocessionniste de l'île a éloquemment parlé du grand Français, considéré comme patriote. Le docteur Rouget, président, a fait le panégyrique du savant. La Société a donné mission au docteur A.-Joseph Rivière, de déposer une palme de bronze sur le tombeau de Pasteur : il est chargé aussi d'en déposer une seconde au nom du corps municipal de Port-Louis. Enfin une souscription est ouverte pour fonder à Maurice une œuvre philanthropique durable, qui portera le nom de l'illustre savant. Ce sera probablement une « goutte de lait ». Enfin, le maire M. Rozan est sollicité de donner à deux grandes rues des deux principales cités le nom de Pasteur et de préparer un monument commémoratif.

On voit que l'ancienne île de France est pieusement fidèle à ses origines : elle montre son amour pour la mère-patrie par le culte de ses grands hommes, qui travaillent pour le bien exclusif de l'humanité et dans une atmosphère de désintéressement.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

IMPORTATION ET EXPORTATION DE CAPITAUX

LOI DU 3 AVRIL 1918

La guerre a eu pour conséquence le vote de nombreuses lois destinées à se défendre contre les entreprises de l'ennemi et à empêcher que les industries étrangères, aussi bien ennemies qu'alliées, ne fussent encouragées par les capitaux français. L'une de ces lois est celle du 3 avril 1918 « réglementant l'exportation des capitaux et l'importation des titres et valeurs mobilières, et portant ouverture d'un crédit pour le service chargé d'assurer le contrôle de cette réglementation ». Il n'est pas inutile de la signaler aux lecteurs de la *Gazette.*

Il faut en effet faire attention aux dispositions de cette loi et à son application. Car un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine, en date du 11 décembre 1922 (*Gaz. des Trib.*, 19-20 janvier 1923), a décidé que cette loi n'interdisait pas seulement l'exportation naturelle et effective des capitaux, mais encore les opérations qui avaient pour conséquence nécessaire une exportation de capitaux ; il n'était pas permis notamment, aux termes de cette loi, à une personne résidant en France de souscrire, sans y avoir été autorisée par le ministre des Finances, aux émissions hors de France, si l'opération impliquait pour la personne qui l'effectuait un transport quelconque de fonds hors de France.

Voici les faits :

Une société anonyme belge, la Société anonyme belge des Mines et Pétroles sud-américains, ayant son siège à Bruxelles, avait été constituée en 1919 sous le régime de la loi belge, au capital de 1.500.000 francs, divisé en 15.000 actions de 100 francs. Une assemblée générale, tenue en 1920, porta le capital de 1.500.000 francs à 7.500.000 francs par la création de 12.000 actions nouvelles de 500 francs.

Un administrateur de cette Société, sujet belge, vint à Paris dans le but d'intéresser à cette affaire des capitalistes français ; et il parvint, grâce à ses relations, à obtenir la participation de dix personnes qui souscrivirent 5.875 actions pour une somme de 2.937.500 francs. L'une de ces personnes souscrivit 2.000 actions de 500 francs représentant une somme de 1.000.000 de francs. Pour se libérer au moins pour une partie, ce souscripteur versa 95.000 francs belges qu'il avait à sa disposition en Belgique, — à l'occasion desquels, d'ailleurs, aucune infraction n'a pu être relevée à sa charge ; mais il remit, en outre, 275.000 francs français. Cette somme est entrée dans la caisse sociale à Bruxelles.

Dès lors, l'exportation des fonds était consommée. La loi devenait applicable parce qu'elle interdit à toute personne résidant en France, notamment de souscrire, sans y avoir été autorisé par le ministre des Finances, à une émission hors de France si l'opération implique pour la personne qui l'effectue un transfert quelconque de fonds hors de France.

La souscription à des émissions hors de France est permise, lorsqu'elle ne doit entraîner aucun exode de capitaux à l'étranger, lorsque, par exemple, le souscripteur a des disponibilités à l'étranger ; mais ce cas particulier excepté, il faut obtenir préalablement l'autorisation du ministre des Finances lorsqu'il y a transport de capitaux français à l'étranger. Cela se comprend, car la souscription est un moyen au moins indirect d'exportation de capitaux.

Dans l'espèce soumise au Tribunal, l'autorisation du ministre devait être obtenue pour le versement des francs français ; et c'est la personne elle-même qui fait le transfert des fonds qui doit solliciter cette autorisation. Faute de s'être conformé aux dispositions de la loi, le souscripteur dont il s'agit a été renvoyé devant le Tribunal de police correctionnelle sous l'inculpation d'avoir à Paris, ou sur le territoire français où il résidait, souscrit à une émission hors de France dans des conditions qui impliquaient un transfert de fonds ou de titres hors de France ; et il a été condamné à une amende de 2.000 francs.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

MALADIE DE HODGKIN
A FORME MÉDIASTINALE

Par M. JEAN TAPIE,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Toulouse.

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR MOSSÉ ET DU LABORATOIRE DU PROFESSEUR MOREL)

Dans le groupe des lymphadénies aleucémiques, les travaux anatomo-pathologiques de Paltauf et Sternberg, Benda, Ziegler ont permis d'isoler une affection dont les traits cliniques essentiels avaient été antérieurement fixés par Hodgkin, en Angleterre, par Bonfils et par Trousseau, en France; on lui donne indifféremment aujourd'hui les noms de « maladie de Hodgkin » et de « lymphogranulomatose » (1). Par son évolution fébrile, la maladie éveille l'idée d'un processus infectieux (2) ; sa systématisation au tissu lymphoïde (ganglions, rate), la rapproche des leucémies; par l' « agressivité » de ses formes malignes (Benda, Dietrich et Pappenheim), elle s'apparente, enfin, aux néoplasmes; aussi a-t-elle été fréquemment confondue avec les diverses tumeurs malignes des ganglions à l'époque, relativement récente, où sous les termes imprécis de « lymphosarcome » et de « lymphadénome », il était d'usage de grouper toutes les hypertrophies ganglionnaires aleucémiques évoluant plus ou moins rapidement vers la mort (3).

Dans sa forme commune, généralisée, la maladie de Hodgkin envahit la plupart des ganglions lymphatiques. Elle peut aussi frapper exclusivement d'autres organes; ces formes extraganglionnaires de la maladie : *forme cutanée* (Audry et Nanta), *forme splénique* (4) sont d'un diagnostic délicat. Enfin, il n'est pas rare de la voir se localiser à un groupe de ganglions : ganglions cervicaux, ganglions mésentériques; peut-être aussi ganglions inguinaux (5). La plus intéressante de ces formes localisées est celle qui entraîne l'hypertrophie des ganglions du médiastin; par sa fréquence relative, par son évolution, par les difficultés de diagnostic qu'elle soulève, par l'heureuse influence que peut avoir, sur elle, la radiothérapie, cette *forme médiastinale* de la maladie de Hodgkin mérite d'être connue; les observations de Parkes Weber (6), Cailliau (7), Ribadeau-Dumas (8), Laignel-Lavastine et Coulaud (9), Genévrier et Lorrain (10) permettent d'en tracer les principaux caractères. L'observation que nous relatons est aussi un bel exemple de ce type médiastinal de la maladie de Hodgkin.

(1) J. RIEUX. La maladie de Hodgkin, *Paris méd.*, 17 mai 1913. — LACRONIQUE. La maladie de Hodgkin; lymphogranulomatose, *Th. de Lyon*, 1912-1913.

(2) HARVIER. Pseudo-fièvre ondulante et lymphadénie, *Paris méd.*, août 1919.

(3) DOMINICI et RIBADEAU-DUMAS. Revision du lymphosarcome, *Soc. de biol.*, 4 et 25 juillet 1908.

(4) WADE. Maladie de Hodgkin splénique, *Journ. of med. Res.*, déc. 1913.

(5) DURAND, NICOLAS et FAVRE. Lymphogranulomatose inguinale subaiguë, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 janv. 1913.

A vrai dire, l'identité de ces adénites inguinales suppurées et de la maladie de Hodgkin ne nous paraît pas démontrée; dans cette dernière, comme l'avait fort bien remarqué Trousseau, les ganglions ne suppurent jamais.

(6) Parkes WEBER. Forme médiastinale du lymphadénome (maladie de Hodgkin avec ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique, *Soc. royale de méd. de Londres*, janv. 1909.

(7) CAILLIAU. Etude sur le lymphadénome malin, *Gaz. des hôpit.*, 24 août 1911.

(8) RIBADEAU-DUMAS. Sur un cas de maladie de Hodgkin à forme médiastinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 13 mai 1921.

(9) LAIGNEL-LAVASTINE et COULAUD. Lymphogranulomatose; radiothérapie, guérison, *Soc. méd. des hôpit.*, 31 mars 1922.

(10) GENEVRIER et LORRAIN. Un cas de maladie de Hodgkin à forme médiastinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 31 mars 1922.

Observation. — L... (Jean), vingt-quatre ans, cultivateur, entre, le 29 août 1921, dans le service du professeur Mossé.

Rien à signaler dans ses antécédents familiaux. Pas de maladies graves dans l'enfance. Mobilisé en 1916; intoxiqué par des gaz, il n'a jamais été évacué. En 1917, chancre mou; nie la syphilis.

Il y a trois mois environ, le malade a constaté que son cou augmentait de volume; il présente ensuite une toux sèche, quinteuse, survenant par accès, à prédominance nocturne. Ces troubles ayant résisté à divers traitements, il se décide à entrer à l'hôpital.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — C'est un sujet robuste et bien musclé, légèrement amaigri dont la voix est grêle et bitonale ; la respiration, très brève, s'accélère au moindre effort.

Le cou est volumineux; le corps thyroïde est normal; la palpation permet de constater, des deux côtés du cou, l'existence de masses ganglionnaires un peu dures et indolentes, mobiles sous les plans superficiels. Les ganglions sous-maxillaires, axillaires, inguinaux, ne sont pas hypertrophiés.

La face antérieure du thorax est le siège d'une légère circulation veineuse collatérale, sans œdème appréciable. Les bruits du cœur sont normaux; la pointe bat dans le cinquième espace, sur la ligne mamelonnaire.

Les vibrations vocales sont nettement exagérées dans l'espace interscapulo-vertébral droit ; à ce niveau, on constate une zone de matité parallèle à la ligne des apophyses épineuses. Le murmure vésiculaire est normal en avant et sur toute l'étendue du poumon gauche; au niveau de la zone mate : bronchophonie, pectoriloquie aphone, expiration soufflante sans bruits surajoutés.

Rien à signaler au niveau des autres appareils. Urines normales. Température axillaire 37°3 ; pouls 90.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE (docteur Durand). — Les sommets sont clairs; les sinus sont normaux. Dans le champ pulmonaire droit, au niveau de la région hilaire, opacité fixe, à contours arrondis, de la grosseur d'une orange.

EXAMEN DU SANG. — Globules rouges 4.800.000 ; globules blancs 15.000; hémoglobine 90 p. 100 ; hématoblastes peu nombreux.

Polynucléaires neutrophiles.......	85 p. 100
— éosinophiles.......	3
Lymphocytes..............	1
Moyens monos..............	3
Grands monos..............	7
Cellules de Rieder..............	1

Temps de saignement normal; caillot peu rétractile.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

On prescrit au malade une potion calmante et de la liqueur de Fowler à doses croissantes; l'arsenic est supprimé le 16 septembre et remplacé par du sirop iodo-tannique. Les ganglions cervicaux n'augmentent pas de volume ; mais la toux est opiniâtre et, dans la nuit, le malade présente des accès d'oppression.

Le 15 octobre, nouvel examen radioscopique : la masse hilaire est plus volumineuse; l'espace clair rétrocardiaque est devenu très sombre dans son tiers moyen.

On institue un traitement par les sels de terres rares; le malade reçoit dix-huit injections de 2 centimètres cubes de pélospanine. On ne constate aucune amélioration.

Le 25 octobre, la circulation veineuse collatérale est plus apparente; le facies du malade est un peu bouffi ; les lèvres sont cyanosées; les jugulaires sont distendues; la dyspnée est aussi plus marquée. L'hémithorax droit est augmenté de volume ; il a perdu son élasticité, et l'amplitude des mouvements respiratoires est diminuée ; sur toute son étendue, les vibrations sont exagérées ; à la percussion : skodisme sous-claviculaire, matité parasternale ; en arrière : matité absolue dans la région moyenne avec souffle bronchique et pectoriloquie. Respiration supplémentaire sur toute la hauteur du poumon gauche. Accélération du pouls (100-110); la température axillaire oscille irrégulièrement entre 37 et 38 degrés. Les ongles ont pris l'aspect hippocratique.

Le 27 octobre, le malade présente de la cyanose de la face et de l'œdème en pèlerine : les paupières sont bouffies ; les lèvres violacées ; un œdème élastique envahit le cou, le thorax, les membres supérieurs. La dyspnée, continue, revêt dans la nuit un caractère asthmatiforme. La pointe du cœur est refoulée vers l'aisselle. Pas d'inégalité pupillaire. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal ; la rate donne une matité de 10 centimètres sur la ligne axillaire postérieure. La matité rétro-sternale dépasse largement le bord droit du sternum. La matité postérieure remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate ; on perçoit un souffle tubaire intense dans l'espace interscapulo-vertébral droit.

L'examen radioscopique montre une opacité considérable du médiastin ; l'ombre cardio-aortique paraît élargie ; l'opacité envahit les deux tiers de l'espace rétro-cardiaque.

On décide alors de recourir à la RADIOTHÉRAPIE : on pratique tous les deux jours une irradiation pénétrante du thorax (1mmA filtré sur 1 millimètre d'aluminium), la durée des séances variant de vingt à trente minutes. Le malade éprouve rapidement un soulagement notable ; la cyanose et l'œdème en pèlerine disparaissent ; les ganglions cervicaux diminuent de volume ; la matité et le souffle tubaire persistent.

L'*examen du sang*, pratiqué le 14 novembre, donne les résultats suivants :

Globules rouges 4.500.000 ; globules blancs 16.000 ; hémoglobine 80.

Polynucléaires neutrophiles	90 p. 100
— éosinophiles	2
Lymphocytes	3
Moyens monos	3
Grands monos	1
Cellules de Rieder	1

On interrompt la radiothérapie du 13 au 20 novembre et on prescrit une série d'injections de cacodylate de soude à 0gr05.

L'amélioration ne persiste pas ; le pouls s'accélère (110-120) ; l'œdème en pèlerine reparaît ; les ganglions inguinaux augmentent de volume.

Le 20 décembre, l'*examen radioscopique* montre une opacité diffuse du médiastin ; la partie supérieure du poumon droit s'éclaire encore faiblement.

Le 31 décembre, le malade présente sur les membres une *éruption urticarienne* à larges éléments qui rétrocède rapidement.

Le 2 janvier, nouvel *examen du sang* :

Globules rouges : 4.500.000 ; globules blancs : 20.000 ; hémoglobine : 80.

Polynucléaires neutrophiles	83 p. 100
Polynucléaires éosinophiles	3
Lymphocytes	1
Moyens monos	7
Grands monos	3
Cellules de Rieder	3

Le 9 janvier, la matité occupe la totalité de l'hémithorax droit ; le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle intense, tubo-amphorique. Ponction pleurale exploratrice négative. Le pouls dépasse 120 ; la température oscille entre 36°5 et 38°. A l'*examen radioscopique* : opacité totale du médiastin ; le champ pulmonaire droit est voilé ; le sommet s'éclaire encore faiblement ; le cœur est refoulé ; le champ pulmonaire gauche est uniformément clair. Quinine et teinture d'iode à doses croissantes. Etat général stationnaire ; œdème des membres inférieurs.

Le 26 janvier, reprise de la *radiothérapie* : l'œdème diminue ; les crises dyspnéiques deviennent moins violentes.

Le 23 février, le malade quitte l'hôpital, sur sa demande. Un dernier *examen du sang* a donné les résultats suivants :

Globules rouges : 3.900.000 ; globules blancs : 18.000 ; hémoglobine : 70.

Polynucléaires neutrophiles	92 p. 100
Mastzellen	1
Lymphocytes	1
Moyens monos	2
Grands monos	3
Cellules de Rieder	1

Un ganglion cervical isolé a été prélevé par M. Bonnefous, interne du service, dans le but d'en pratiquer l'examen microscopique.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — A un faible grossissement, il existe un bouleversement complet de l'architecture du ganglion ; on ne distingue plus sa systématisation en follicules, cordons, sinus caverneux ; l'organe est constitué par un tissu uniforme, parsemé de cellules volumineuses à noyaux sombres ; le réticulum conjonctif est très apparent.

Un fort grossissement nous montre l'épaississement considérable du réticulum ; les cellules fixes sont hyperplasiées ; on trouve par endroits de gros faisceaux conjonctifs ; les cellules de l'endothélium vasculaire sont tuméfiées. Les mailles du réticulum renferment des cellules diverses : quelques lymphocytes et moyens mononucléaires, de nombreux polynucléaires neutrophiles, des plasmazellen, enfin de très nombreuses cellules à noyaux bourgeonnants, dites *cellules de Sternberg*. Ces cellules ont une forme irrégulière ; leurs dimensions oscillent entre 15 et 25 μ ; elles ont un protoplasma basophile et, généralement, plusieurs noyaux foncés, riches en chromatine, qui se disposent souvent en couronne régulière à la périphérie de la cellule ; ces noyaux sont isolés ou unis par de minces filaments chromatiniens comme s'il s'agissait de mégakaryocytes. On trouve aussi quelques cellules volumineuses, à protoplasma indifférent, dont le noyau, plus clair, contient un ou deux nucléoles. Ces cellules de Sternberg se disséminent sur toute l'étendue de la préparation ; elles sont parfois groupées en amas ; on voit souvent autour d'elles de nombreux polynucléaires.

On ne trouve ni polynucléaires éosinophiles, ni cellules géantes, ni follicules tuberculeux.

INOCULATION AU COBAYE. — Un fragment de ganglion broyé dans de l'eau physiologique a été inoculé par voie sous-cutanée ; l'animal n'a présenté aucun trouble.

La lymphogranulomatose a frappé simultanément chez ce malade les ganglions cervicaux et les ganglions du médiastin ; mais l'adénopathie médiastinale a pris rapidement une telle extension que nous avons constaté dès le début, un ensemble de symptômes traduisant la compression de la veine cave supérieure (cyanose, œdème en pèlerine, circulation collatérale), des conduits trachéo-bronchiques (cornage, dyspnée), du pneumogastrique (tachycardie, toux quinteuse, accès de dyspnée nocturne). L'envahissement du médiastin par la tumeur ganglionnaire entraînait d'autre part le refoulement du cœur ; la percussion et l'examen radioscopique nous révélaient son extension progressive.

L'atteinte initiale des ganglions cervicaux n'est pas exceptionnelle dans les cas où la maladie de Hodgkin se localise presque exclusivement dans la suite au niveau du médiastin (Ribadeau-Dumas ; Laignel-Lavastine et Coulaud). L'évolution inverse est aussi fréquente, l'affection débutant alors par le médiastin et se propageant, à la dernière période, aux ganglions sus-claviculaires et aux ganglions cervicaux (Parkes-Weber ; Ribadeau-Dumas). Le début a été marqué par des symptômes pleurétiques chez le malade de Génévrier et Lorrain.

A la période d'état, les symptômes sont pour la plupart des signes de compression médiastinale ; la lymphogranulomatose peut alors être confondue avec plusieurs affections : la *tuberculose pseudo-lymphadénique* (Bergé et Bezançon ; Sabrazès et Duclion) ; la *médiastinite syphilitique* ; les *lymphomatoses aleucémiques* ; les *tumeurs malignes du médiastin* (1). Le diagnostic exige des examens spéciaux.

(1) La plupart des tumeurs qu'on désignait autrefois par le terme de « lymphadénomes » appartiennent à la lymphogranulomatose ; et peut-être en est-il de même de la « lympho-sarcomatose médiastinale » de Kundrat.

1° EXAMEN CLINIQUE. — L'augmentation de volume de la rate et du foie, la constatation d'une fièvre irrégulière, rémittente ou ondulante (Harvier) sont des symptômes en faveur de la maladie de Hodgkin; mais l'hépatosplénomégalie est inconstante et, d'autre part, l'évolution fébrile est commune à plusieurs affections, inflammatoires ou néoplasiques, du médiastin. Le *prurit* est un symptôme de grande valeur; les exanthèmes prurigineux s'observent dans la lymphogranulomatose avec la même fréquence que dans les leucémies (Audry-Nanta). Il ne s'agit pourtant pas d'un symptôme constant (Génévrier et Lorrain); il en est de même de l'hippocratisme digital, trouble dystrophique tardif constaté chez notre malade, signalé aussi dans l'observation de Parkes Weber. L'évolution est enfin trop variable pour qu'on puisse en tenir compte dans la discussion du diagnostic; la maladie dure souvent de longs mois, mais elle peut aboutir à la mort en quelques semaines; chez un malade que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Mériel, la rapidité de l'évolution et la constatation d'une exophtalmie unilatérale, coïncidant avec une anémie intense et des symptômes de compression médiastinale, nous avaient fait porter le diagnostic de chlorome; il s'agissait cependant de lymphogranulomatose maligne. Il faut donc conclure que l'examen clinique ne peut donner que des présomptions.

2° LA RADIOSCOPIE permet de constater dans l'espace clair rétro-cardiaque une opacité anormale qui envahit progressivement tout le médiastin postérieur. On peut dès lors éliminer les tumeurs du médiastin antérieur qui se développent aux dépens de vestiges thymiques (Letulle, Gandy et Piédelièvre, Harvier); ces néoplasmes donnent sur l'écran une ombre à bords rectilignes qui respecte les champs pulmonaires, surmonte l'image des gros vaisseaux et se prolonge, en s'évasant, vers les clavicules. Rieux pense néanmoins que de prétendus lymphosarcomes du thymus, et surtout chez les jeunes, appartiennent à la lymphogranulomatose du médiastin (1).

3° L'EXAMEN HÉMATOLOGIQUE rend le diagnostic aisé entre la maladie de Hodgkin et la leucémie lymphoïde. Par contre, la polynucléose est commune au lymphogranulome, au cancer, à la tuberculose des ganglions médiastinaux. L'*éosinophilie* s'observe fréquemment, à des degrés variables, dans la maladie de Hodgkin; chez le malade du professeur Mériel auquel nous avons déjà fait allusion, le taux des éosinophiles était supérieur à 40 p. 100; mais l'éosinophilie est en général plus discrète; elle peut aussi n'apparaître qu'à certaines périodes de l'affection. Loygue (2) la considère comme « un indice de bénignité relative et d'effort réactionnel »; cette opinion nous paraît discutable, car c'est dans une forme extrêmement maligne que nous avons relevé la plus forte éosinophilie (3). Enfin, l'éosinophilie peut faire complètement défaut; il en était ainsi dans quatre cas de Ziegler et dans les observations de Karsner (1), Wittirigton (2), Harvier, Loygne et Clarion (3), Jemma (4), Génévrier et Lorrain.

L'éosinophilie n'est donc pas plus constante que le prurit; et nous ne voyons aucun avantage à substituer au terme de « Maladie de Hodgkin » celui d'*adénie éosinophilique prurigène* proposé par Favre de Lyon (5).

4° L'EXAMEN HISTOLOGIQUE est indispensable pour pouvoir rigoureusement affirmer le diagnostic de lymphogranulomatose; celle-ci a pour caractères essentiels : le bouleversement de l'architecture des ganglions; l'épaississement du réticulum; le polymorphisme cellulaire (lymphocytes, cellules lymphoconjonctives, polynucléaires granuleux); et surtout la présence de cellules volumineuses à noyaux multiples (cellules de Sternberg). L'*éosinophilie tissulaire* n'est pas constante; elle faisait défaut dans un cas de Ziegler, dans une observation de Ribadeau-Dumas (6) et chez les malades de Harvier, Rosenfeld (7), Loygne et Clarion; sur les coupes du ganglion que nous avions prélevé, nous n'avons pas trouvé un seul éosinophile. La base histologique du lymphogranulome est donc essentiellement constituée, ainsi que l'a fort bien vu Loygne, par deux éléments : *a*. La présence des cellules de Sternberg; *b*. La prolifération conjonctive qui peut aboutir à la sclérose progressive du ganglion.

La RADIOTHÉRAPIE profonde est, à l'heure actuelle, le traitement de choix de ces adénopathies; elle a été suivie d'une amélioration remarquable chez le malade de Laignel-Lavastine et Coulaud. Nous n'avons obtenu chez notre malade qu'une amélioration passagère; peut-être faut-il incriminer la technique utilisée, car, à cette époque, le service de physique médicale ne possédait pas une installation qui nous permît de pratiquer convenablement la radiothérapie profonde.

L'ÉTIOLOGIE de la maladie de Hodgkin est encore très obscure. Le polymorphisme cellulaire qui donne aux coupes des ganglions envahis l'aspect d'un tissu de granulation est en faveur d'un processus infectieux; mais la présence de grandes cellules à noyaux bourgeonnants, monstrueux, souvent multiples, fait songer aussi aux proliférations sarcomateuses; l'atteinte, souvent exclusive, des organes lymphoïdes rappelle enfin la systématisation des leucémies. On comprend par suite pourquoi certains auteurs considèrent la lymphogranulomatose comme le résultat d'une infection; d'autres, comme une néoplasie; d'autres, enfin, comme un état voisin des leucémies. Nous ne voulons pas discuter ici ces diverses interprétations qui ne reposent, en somme, que sur des hypothèses. Si la maladie de Hodgkin mérite d'être individualisée par ses caractères cliniques et plus particulièrement par ses lésions histo-

(1) RIEUX. Revue critique sur la pseudo-leucémie, *Arch. des mal. du cœur*, 1912, p. 468.

(2) LOYGUE. Contribution à l'étude de la maladie de Hodgkin, *Arch. des mal. du cœur*, août 1921.

(3) Il n'est pas démontré que l'éosinophilie de la maladie de Hodgkin et l'éosinophilie des maladies infectieuses atténuées relèvent d'une même pathogénie; et peut-être doit-on rapprocher la première de l'éosinophilie des myélomatoses leucémiques.

(1) KARSNER. Maladie de Hodgkin et états associés, *Arch. of intern. med.*, août 1910.

(2) WITTIRIGTON. Maladie de Hodgkin aiguë, *Quart. Journ. of med.*, janv. 1916.

(3) LOYGUE et CLARION. Lymphadénie aleucémique atypique, ganglionnaire et viscérale, à évolution aiguë : granulome malin, *Soc. méd. des hôpit.*, 6 mai 1921.

(4) JEMMA. Contribution à la connaissance de l'étiologie du lymphogranulome malin, *Pediatria*, 15 sept. 1921.

(5) FAVRE. Les manifestations pleuro-pulmonaires de l'adénie éosinophilique prurigène, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juillet 1918.

(6) RIBADEAU-DUMAS. *Revue des mal. de l'enf.*, août 1907.

(7) ROSENFELD. Cité par LOYGUE.

logiques, sa cause intime nous échappe; mais on peut espérer que de nouvelles recherches dissiperont le mystère qui entoure cette affection.

ACTUALITÉS

GROSSESSE ET TUBERCULOSE

Il y a bien longtemps qu'on se préoccupe, en France et ailleurs, de l'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose. Jusque vers le milieu du siècle dernier, les médecins et les accoucheurs considéraient la grossesse comme plutôt favorable à la femme tuberculeuse dont la maladie semblait subir, au moins momentanément, une régression appréciable. Mais, à partir de 1850, avec MORICEAU et GRISOLLE, l'opinion tend à se modifier et à voir, dans la gestation et surtout dans l'accouchement, une cause d'aggravation, malgré LASÈGUE (1856) et FALLEN (1889) qui soutiennent, avec les Anciens, que la grossesse est loin d'être toujours funeste. Et l'on arrive ainsi à MARAGLIANO (1906) qui, lui, n'y va pas de main morte et conseille, chez la femme tuberculeuse, d'interrompre toujours la grossesse à cause des dangers qui en résultent. Cette idée un peu radicale ne manqua point d'avoir du succès, surtout dans certains pays, et MM. DESMAREST et BRETTE citent une clinique étrangère où, dans l'espace d'un an, on a pratiqué 50 avortements thérapeutiques pour cause de tuberculose!

A la vérité, l'unanimité était loin d'être désormais faite à ce sujet, comme il fallait s'y attendre avec la variabilité des circonstances. « L'état gravidique, disait le professeur PINARD, n'est pas, dans la très grande majorité des cas, le coup de fouet qui aggrave les lésions; celles-ci évoluent avec la même intensité chez la tuberculeuse gravide que chez celle dont l'utérus est vide », et M. DÉMELIN pensait aussi que la tuberculose pulmonaire n'est pas influencée par la grossesse et que celle-ci peut même produire un temps d'arrêt dans l'évolution, qui s'accélère ou peut s'accélérer après que l'utérus est débarrassé de son faix. BEGTRUP HANSEN, à la suite de l'étude suivie de 300 femmes, conclut au contraire que la gestation a une influence funeste sur la tuberculose, principalement au début et surtout à la puerpéralité, influence qu'il compare, après SABOURIN et F. BEZANÇON, à celle de la période menstruelle. A ce phénomène d'aggravation, MM. NOBÉCOURT et J. PARAF ont découvert une explication qui paraît avoir exercé une certaine impression sur les médecins. En effet, les jours qui suivent l'accouchement constituent une période critique, notamment chez les tuberculeuses où l'on voit apparaître des broncho-pneumonies et des granulies rapidement mortelles. Or, les auteurs précédents ont constaté, à ce moment surtout mais aussi pendant le cours de la gravidité, la diminution ou la suppression de la réaction tuberculinique, en d'autres termes un état *anergique*, signifiant, croit-on, une disparition des défenses acquises contre la tuberculose, état anergique que l'on peut retrouver au moment des règles et à la ménopause. Par suite, rien d'étonnant à ce que la grossesse aggrave la tuberculose et commande parfois l'avortement thérapeutique. En 1921, M. RIST porta la question devant la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris et admit que la grossesse déclenche la tuberculose chez les prédisposées et, chez la tuberculeuse pulmonaire, constitue une complication très sérieuse, souvent mortelle, mais il reconnut aussi que l'avortement est aussi grave que l'accouchement et que l'hystérectomie n'est point un procédé sensiblement meilleur. Répondant à M. RIST, M. L. BERNARD se montrait moins pessimiste et conseillait de s'en rapporter plutôt aux statistiques des maternités qu'à celles des centres de phtisiologie, forcément moins favorables, tandis que M. BRINDEAU s'attestait partisan de l'intervention toutes les fois que la tuberculose s'aggrave nettement dès le début de la grossesse. Quant à M. COUVELAIRE, il remarqua, avec raison, que si l'avortement provoqué est justifié en cas de vomissements incoercibles parce que la cause en réside dans l'œuf lui-même, il n'en est plus ainsi dans la tuberculose où l'indication formelle de l'avortement ne s'observe que dans des cas exceptionnels et de plus en plus limités, car on ne sait jamais sûrement si l'évolution tuberculeuse ne serait pas évitée sans l'interruption de la grossesse. Enfin, aux Etats-Unis, SCHWATT ne conseille l'interruption de la gestation qu'après l'épreuve d'une période de bonne hygiène et de pneumothorax artificiel et seulement dans les quatre premiers mois, l'accouchement prématuré provoqué étant contre-indiqué, alors que dans un article de la *Presse médicale* (21 juin 1922) MM. DESMAREST et BRETTE concluent que « la gravidité n'est pas toujours, pour les tuberculeuses, le désastre que l'on craint trop généralement; parfois elle est indifférente à l'évolution, parfois elle se montre favorable ».

En somme, le problème apparaissait des plus obscurs et, limité au point de vue clinique, restait une question d'espèce, elle-même d'ailleurs assez mal déterminée. C'est dans ces conditions que l'Académie de médecine intervint au débat.

***

Il s'ouvrit, le 14 novembre 1922, par une communication de M. BAR qu'avait provoqué l'optimisme relatif de MM. DESMARETS et BRETTE. Pour lui, la grossesse chez une femme tuberculeuse est toujours très grave, puisque sur 420 femmes tuberculeuses enceintes, entrées à sa clinique, 60 moururent, soit presque 15 p. 100. D'une manière générale, au début, la femme maigrit et présente différents malaises, puis, à partir du quatre-vingtdixième jour, elle s'adapte, paraît s'améliorer; ce n'est qu'après l'accouchement que l'aggravation se produit dans 40 à 54 p. 100 des cas, suivant qu'il y a des craquements ou des cavernes et plus souvent encore si la tuberculose est bilatérale. Cette aggravation, signalée par l'anergie, reconnaît pour cause, la déminéralisation et les lésions hépatiques qui diminuent la résistance organique. Il faut donc interrompre la grossesse quand la tuberculose menace de devenir dangereuse et de mettre la femme en danger de mort. A la séance suivante, M. PINARD répliqua à M. BAR, en répétant ce qu'il avait déjà dit au Congrès de Rome, à savoir que la gestation n'aggrave qu'exceptionnellement la tuberculose et que, même dans ce cas, on ne doit pas recourir à l'avortement, attendu que nul signe certain ne permet de prévoir l'évolution ultérieure de la maladie. Il faut soigner la tuberculose et surveiller la grossesse; mais proclamer la nécessité de l'interruption quand une femme est atteinte, même sérieusement, de tuberculose, ce serait fournir aux avorteuses une

nouvelle occasion d'exercer leur triste métier. M. HERGOTT (de Nancy) se rangea à l'avis de M. PINARD, parce qu'il n'est nullement certain que l'avortement thérapeutique ait une influence heureuse sur l'évolution de la tuberculose et que, par conséquent, on ne saurait sacrifier l'enfant à un résultat très douteux.

A la séance du 12 décembre, M. SERGENT reprit la discussion. La question est purement clinique, déclara-t-il, et indépendante de toute considération sociale. Sa propre expérience établit que la grossesse peut être une complication très grave chez les tuberculeuses et surtout chez les tuberculeuses guéries en apparence et dont l'infection se rallume alors dans des conditions parfois dramatiques. Mais il n'y a pas de règles générales, il n'y a que des cas d'espèce clinique. Quand il constate une tuberculose réveillée ou aggravée par la grossesse, le médecin décide, en sa conscience, s'il doit l'interrompre. A son tour, M. BALTHAZARD traite la question au point de vue légal, un peu trop oublié. L'avortement thérapeutique n'est autorisé que : 1° Quand la mère court un extrême danger; 2° quand le danger consiste dans la grossesse elle-même; 3° quand la guérison de la mère doit suivre l'avortement. Pour prendre une décision légitime, il faut donc, dans chaque cas, un critérium permettant d'affirmer que la femme enceinte tuberculeuse est menacée de mort. Or, ce critérium n'existant pas sûrement, il vaut mieux s'abstenir.

Cette longue discussion s'acheva le 19 décembre, avec l'intervention de M. L. BERNARD. Pour lui, deux choses sont à considérer : l'influence de la gestation sur la tuberculose pulmonaire et la légitimité de l'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses enceintes. En ce qui concerne le premier point, les statistiques apportées par l'auteur, montrent les effets fâcheux de la gestation, de l'accouchement et de la lactation sur l'évolution tuberculeuse; 18 p. 100 des femmes de son service présentaient des antécédents gravidiques qui ont aggravé leur infection. A la vérité, on en trouve tout autant chez lesquelles la gestation n'a eu aucune influence. Quant à la légitimité de l'interruption, elle dépend du pronostic et la négativité de la cutiréaction ne saurait fixer sûrement. Sauf dans les derniers mois de la grossesse où tout le monde est d'accord pour ne pas intervenir, il est impossible d'affirmer que le danger est extrême pour la mère. De même on ne peut affirmer que le danger soit sous la seule dépendance de la grossesse et que l'interruption de celle-ci écarterait toute menace. D'ailleurs, il n'est aucunement prouvé que l'avortement ne soit pas aussi malfaisant que l'accouchement sur la tuberculose.

Tout cela est parfaitement juste. Il me semble que la formule de M. BAR : « La grossesse aggrave la tuberculose », demeure beaucoup trop rigide ; certes, elle l'aggrave quelquefois, de même qu'elle aggrave d'autres infections, le diabète et le cancer; mais, dans des cas bien plus nombreux, elle n'a pas d'action fâcheuse et peut même avoir quelquefois une action favorable. Or, dans ces sortes de débats, on apporte surtout les cas défavorables et c'est ce qui empêche de voir les choses telles qu'elles sont réellement. L'Académie de médecine a donc eu raison de ne pas se laisser entraîner à voter des conclusions qui eussent forcément impressionné le médecin, alors que, dans chaque cas, celui-ci doit rester libre d'agir d'après son appréciation et suivant sa conscience.

* * *

Pourtant, de ce long débat dont les quotidiens n'ont pas manqué de parler, il ressort une indication qui peut avoir des conséquences inquiétantes. La plupart des auteurs, sauf M. PINARD, n'ont voulu envisager la question que du point de vue clinique, c'était leur droit; mais j'estime que le point de vue social a aussi une grande importance. Puisqu'il est reconnu, officiellement pour ainsi dire, que la grossesse aggrave, parfois dangereusement, la tuberculose, n'est-il pas à craindre que certaines femmes n'y trouvent un prétexte pour se débarrasser de l'œuf fécondé, d'autant que, dès le début de la gestation, elles peuvent présenter une foule de signes voisins de ceux de la tuberculose, que l'absence de bacilles de KOCH n'infirme point et qui, au contraire, se renforcent de cette négativité de la cutiréaction, à laquelle on attache une valeur pronostique qu'elle est loin de posséder. Sans doute, elles ne trouveront pas de médecins expérimentés et consciencieux pour répondre à leurs désirs, mais il y en a malheureusement d'autres, si rares qu'ils soient. Pour clore ces quelques brèves considérations, il n'est pas inutile de rappeler les paroles de M. RIST, auxquelles je me rallie entièrement : « Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, dit-il, est fait, à l'heure actuelle, par nombre de médecins, et dans tous les pays, avec une légèreté telle et sur des critères si fragiles que la proportion des erreurs de diagnostic devient véritablement inquiétante. Donner au médecin un blanc-seing en pareille matière, l'autoriser à provoquer l'avortement dès qu'il soupçonne la tuberculose, ce serait ouvrir la porte aux abus les plus abominables.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1923)

Sur la possibilité de réaliser la désinfection intestinale. — M. Auguste LUMIÈRE. Tous les procédés préconisés jusqu'ici pour détruire les microorganismes qui pullulent en nombre immense dans le tube digestif sont dépourvus d'efficacité.

M. Lumière a eu l'idée d'essayer certains composés argentiques dont l'un, l'argentothioglycérino-sulfonate de sodium, lui a semblé réunir le plus grand nombre d'avantages.

Cette substance renferme 35 p. 100 d'argent métallique, se présente sous forme d'une poudre jaune, très soluble dans l'eau, ne précipitant ni par la soude, ni par les chlorures, ni par l'ovalbumine; elle ne s'altère pas à la lumière, ne tache pas les tissus ; sa toxicité, par voie gastrique, est très faible, puisqu'il faut administrer plus de 1 gramme de ce composé argentique par kilogramme pour déterminer la mort.

Son pouvoir antiseptique varie de 1/5000 à 1/10000 suivant les microorganismes.

Hydrogénation et déshydrogénation de l'huile de ricin et de ses dérivés. — M. André BROCHET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1923)

Sur la mortalité des enfants assistés âgés de moins d'un an. — M. Paul STRAUSS, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. En 1922, le taux moyen de

la mortalité de ces enfants a été, pour toute la France, seulement de 21,5 p. 100, alors qu'en 1920, il atteignait 41,3, et en 1921, 38 p. 100. Cette constatation réconfortante est attribuée, non seulement aux mesures locales et générales qu'il n'a cessé de prescrire, mais encore au redoublement de l'action prévoyante et secourable de l'administration, des conseils généraux et des œuvres de protection infantile.

Influence de la lecture des œuvres de Montaigne sur la durée de la vie. — M. ARMAINGAUD, grand admirateur de Montaigne, assure que la lecture des œuvres de cet auteur doit être recommandée à tous pour son action bienfaisante, tonique et équilibrante, inspirant, « soufflant » les bonnes idées d'hygiène morale qui ont tant d'influence pour éloigner les maladies, maintenir la santé et prolonger la vie.

Paralysie bulbaire survenue au cours d'une poliomyélite antérieure aiguë et rapidement améliorée par le sérum antipoliomyélitique de A. Pettit. — M. BABONNEIX. Alors que le sujet de cette observation paraissait en état de mort imminente, des injections intrarachidiennes et intramusculaires du sérum antipoliomyélitique du docteur Pettit, de l'Institut Pasteur, ont amené une sédation immédiate et définitive des symptômes les plus alarmants. Il est donc indiqué d'utiliser ce sérum dans les formes bulbaires de la poliomyélite contre lesquelles, jusqu'à présent, nous étions désarmés.

Traitement de la luxation récidivante de la mâchoire par l'alcoolisation musculaire totale. — M. SICARD.

Considérations sur les sinusites aiguës grippales. — M. G. LAURENS. Les sinusites aiguës grippales présentent certaines particularités : la contagion est familiale mais moins fréquente que celle des otites; la forme hémorragique se rencontre dans les sinusites maxillaires; elle est caractérisée par des douleurs atroces; le traitement doit être surtout médical, inhalations, applications de liquides vaso-constricteurs; même dans les sinusites compliquées, il faut éviter les opérations endo-nasales qui peuvent être dangereuses. Quant aux sinusites frontales, elles apparaissent, guérissent plus lentement et récidivent du côté où siège une déviation de la cloison du nez. Dans de tels cas, après guérison, il est indiqué d'intervenir sur la cloison et le cornet moyen pour ventiler et drainer le sinus. Cette opération chirurgicale bénigne évite les récidives de la sinusite.

Savons marins désinfectants et insecticides. — M. BONNET.

Intoxication par l'oxyde de carbone et inhalation d'oxygène. — MM. NICLOUX et LEGENDRE présentent un appareil à masque, du même genre, mais plus perfectionné, que ceux qui ont été utilisés pendant la guerre et qui, après la pratique spéciale de la respiration artificielle suivant la méthode de Schæffer, permet de faire respirer utilement l'oxygène aux personnes victimes de l'intoxication oxycarbonée.

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1923)

Le drainage osmotique en thérapeutique. — M. DOUMER rappelle que lorsque deux solutions de concentrations différentes sont séparées par une membrane perméable il s'établit, à travers cette membrane, un courant d'eau d'autant plus fort que la différence des concentrations est plus grande. C'est ce courant d'eau que M. Doumer a eu l'idée d'appliquer en médecine au traitement des infections des muqueuses. Ce courant d'eau produit un lavage de ces muqueuses, un drainage comme dit cet auteur, qui ne peut qu'aider à leur guérison.

Pour provoquer ce drainage, il suffit de placer à la surface de la muqueuse une solution concentrée quelconque, de sucre par exemple. La muqueuse placée entre cette solution sucrée et les humeurs de l'organisme sera le siège d'un courant aqueux qui ira de la profondeur à la surface, et lavera par conséquent l'épaisseur de cette membrane.

M. Doumer a fait l'application de ces idées à la blépharite chronique et a obtenu des résultats vraiment intéressants.

La Goutte de lait de la Compagnie d'Orléans. — M. BOSC (de Tours) fait connaître les résultats obtenus par cette Goutte de lait de la Compagnie d'Orléans. Cet établissement de Tours a reçu 2.209 enfants chez lesquels la mortalité a été inférieure à 2 p. 100. Il était intéressant de savoir ce que sont devenus ces enfants. Une enquête a été faite à ce sujet : il y a eu 31 morts contre 1.445 vivants, soit une mortalité de 2,14 p. 100. Il résulte de ces faits que c'est surtout dans les deux premières années que les enfants doivent être l'objet de mesures propres à diminuer la mortalité.

M. Bosc fait connaître les diverses organisations qui ont été prises par la Compagnie d'Orléans et qui lui ont permis d'obtenir d'aussi beaux résultats.

Un nouvel alcaloïde de la fève de Calabar. — MM. SURMONT et POLONOWSKI étudient ce nouvel alcaloïde qui constitue un élément aussi important que l'ésérine. En thérapeutique, cette « génésérine » a donné de très bons résultats chez les dyspeptiques surtout dans les cas de syndrome solaire.

Les caractéristiques de la côte d'Azur. — MM. VALLOT, SARDOU et FAURE combattent les critiques qui ont été faites à la côte d'Azur relativement à la sécheresse, au vent et au refroidissement nocturne.

Preuves météorologiques en mains, ils prouvent que ces reproches sont dépourvus de tout fondement.

Eaux minérales d'Algérie. — MM. CHASSEVANT, POUGET et CHOUCHAU ont étudié les eaux de Ben-Haroun, près de Laperrine, et ont constaté qu'elles ont une action élective sur le foie et donnent de bons résultats chez les paludiques.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (1re division).

La liste de présentation porte en première ligne : Salimbeni (d'Aquapendante, Italie) et Malvoz (de Liége) et en deuxième ligne : sir W. B. Leishman (de Londres), Johannessen (de Christiania), Gengou (de Bruxelles), Escomel d'Arequipa (Pérou) et Dinguizli (de Tunis).

Au premier tour, le nombre des votants étant de 67, M. Salimbeni obtient 63 suffrages ; au deuxième tour, le nombre des votants étant de 64, M. Malvoz obtient 41 suffrages.

En conséquence, MM. Salimbeni et Malvoz sont proclamés élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1923)

Preuves en faveur de la possibilité d'injecter les bronches par la méthode sus-glottique. — MM. CAUSSADE, TARDIEU et LUCY rapportent, pour leur démonstration, le compte-rendu d'une radioscopie qui a montré, après injection sus-glottique de 5 centimètres cubes d'un mélange à parties égales de lipiodol et d'huile épurée, l'arrivée du liquide opaque tout d'abord au hile droit, puis sa division dans les bronches de deuxième et troisième ramifications.

Les auteurs présentent une radiographie prise à ce moment. A noter qu'une certaine quantité du liquide opaque a passé dans l'estomac, que le sujet a toussé aussitôt après l'injection et non quand celle-ci était à la partie inférieure de la trachée, à l'éperon trachéal, et qu'il n'y a eu aucune expectoration après l'injection.

D'autre part, chez un autre sujet injecté dans des conditions identiques, avec 6 centimètres cubes du même mélange, les crachats, quarante-huit heures après l'opération, contenaient quelques macrophages remplis de grains colorés en noir par les vapeurs d'acide osmique.

Les auteurs citent, comme preuves en faveur de leur opinion, les contaminations de la tuberculose par les crachats chez les nourrissons et les conjoints, où des parcelles d'expectorations pénètrent, très certainement sans effraction, du larynx jusqu'aux alvéoles pulmonaires. Il en est de même pour l'anthracose, la calciose, la cilicose et la siderose. L'absence d'opacité dans les plus fines ramifications bronchiques ne permet pas de dire que celles-ci et les alvéoles ne sont pas pénétrés par le liquide opaque injecté. En effet,

deux tubes capillaires, l'un rempli d'eau non distillée, l'autre de lipiodol, ne sont pas visibles à l'écran.

Traitement de la coqueluche par le sérum de convalescent. — M. MÉRY rapporte un cas de coqueluche guéri par l'injection de 20 centimètres cubes en deux fois du sang de la mère.

M. DEBRÉ insiste sur les heureux résultats de la sérothérapie préventive, mais il signale n'avoir obtenu aucun résultat au point de vue curatif.

Gigantisme précoce, soudure prématurée des épiphyses. — MM. André LÉRI et LECONTE présentent une fillette de six ans qui, au point de vue de la taille, du poids, du développement de l'ensemble du corps, a tout l'aspect d'une enfant de douze à treize ans. Il n'y a aucune disproportion entre les différentes parties des membres et du tronc; il s'agit d'un gigantisme qu'on peut dire « total ». On peut le dire aussi « essentiel », en ce sens qu'on ne trouve dans aucune glande, et notamment dans aucune glande vasculaire sanguine, la cause de ce développement physique excessif. Il est aussi particulièrement précoce, car l'enfant, née de taille et de poids normal, était déjà tout spécialement grande et forte dès l'âge de treize mois.

Une constatation ajoute à l'intérêt du cas et semble en fixer le pronostic : la radiographie montre que le développement osseux de cette fillette répond non pas à celui de son âge, mais à celui de sa taille; les os sont prématurément volumineux et les cartilages diaphyso-épiphysaires sont prématurément rétrécis ou soudés : ils sont ceux d'un enfant de douze à treize ans. On peut ainsi prévoir que la soudure des épiphyses est fort proche et que cette enfant qui, actuellement peut être considérée comme une géante, ne restera sans doute pas géante et pourra peut-être, plus tard, être de taille moyenne ou même petite.

Lombalisation douloureuse de la Ire sacrée. — MM. André LÉRI et LUTON présentent une malade de vingt-deux ans, antérieurement soignée pour péritonite bacillaire, qui, souffrant de douleurs très intenses et persistantes dans la hanche gauche, fut plâtrée pendant un an et demi comme atteinte de coxalgie. Outre la douleur, bien localisée à la partie supérieure de la fesse et peu irradiante, il existait un certain degré de claudication, une surélévation de la crête iliaque gauche avec légère scoliose lombaire concave du même côté, une exaspération de la douleur par l'inclinaison latérale gauche.

Or, une radiographie révéla le type en apparence le plus complet et le plus évident de la sacralisation unilatérale gauche : c'est à la sacralisation que furent, dès lors, attribuées douleurs et déformations.

Mais une nouvelle radiographie montra qu'il existait six vertèbres lombaires et que la soi-disant sacralisation de la Ve lombaire était, en réalité, une lombalisation de la Ire sacrée.

Trismus et clonus de la mâchoire enrayés par l'alcoolisation des nerfs maxillaires inférieurs. — MM. Cl. VINCENT et E. BERNARD présentent une malade de quarante-cinq ans atteinte de sclérose amyotrophique à début bulbaire et qui présente, en outre, un trismus intense accompagné d'un véritable clonus qui redéclenche dès que la malade ouvre la bouche. L'alcoolisation du nerf maxillaire a été suivie de la disparition du trismus et du clonus.

Contribution à l'étude du pneumothorax thérapeutique chez l'enfant tuberculeux. — MM. P. ARMAND-DELILLE, ISAAC-GEORGES et DUCROCHET rapportent l'observation de vingt-trois enfants tuberculeux pulmonaires actuellement traités dans leur service de l'hospice Debrousse par le pneumo-thorax, dont dix-huit ont été pratiqués par eux-mêmes pendant l'année écoulée.

Ils déduisent de ces observations que les indications de l'intervention se posent dans près de 10 p. 100 des cas, dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant, mais qu'à cause des adhérences ou de l'incompressibilité du poumon, l'injection de gaz dans la plèvre ne peut être continuée que dans les trois quarts de ces cas, soit environ 70 p. 100.

Chez tous leurs petits malades dont ils présentent un certain nombre, les résultats ont été des plus satisfaisants et il n'y a eu aucun accident et, sauf deux cas, tous leurs malades sont dans un état de santé excellent avec augmentation de poids de 3 à 12 kilogrammes. Ils concluent en insistant sur l'importance et les bénéfices de cette intervention chez l'enfant.

M. RIST insiste sur les bons résultats du pneumothorax chez l'enfant tuberculeux à condition toutefois d'y recourir tôt. Il partage l'opinion de M. Armand-Delille sur la rareté des déformations thoraciques après le pneumothorax.

Le cancer érosif gastrique. — MM. F. RAMOND et HIRSCHBERG décrivent une forme anatomique peu connue, caractérisée par une simple érosion de la muqueuse reposant sur un fond induré. L'aspect est celui d'un ulcère. L'inefficacité du traitement, l'absence d'hémorragies doivent faire pencher en faveur du cancer et provoquer une intervention chirurgicale précoce et complète.

Tyrosino-réaction des crachats et protéase leucocytaire. — MM. Noel FIESSINGER et BLUM montrent que la tyrosino-réaction ne fait que traduire la protéolyse des crachats par la protéase leucocytaire et accessoirement par les diastases bactériennes et les auteurs pensent que la tyrosino-réaction ne doit pas être employée dans la pratique courante pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1923)

Les troubles de la coagulation dans le traitement protéinothérapique des syndromes hémorragiques. — M. René BÉNARD rapporte un cas de purpura chronique, avec tendances hémophiliques, dans lequel l'autosérothérapie amena rapidement la disparition des accidents. Mais corrélativement la coagubilité in vitro, seulement retardée avant le traitement, s'altéra progressivement. Au bout d'un mois de traitement, le malade était cliniquement guéri, et son sang était devenu complètement incoagulable. Une suspension de traitement amena un retour de la coagulation normale et aussi un retour des accidents. Une nouvelle période de traitement dans laquelle l'étude de la coagulation fut poursuivie d'heure en heure, et plus tard, quotidiennement, montra que cette hypocoagubilité définitive ne s'installe qu'après des alternatives d'hyper et d'hypocoagubilité.

Tumeur d'origine nerveuse probable développée dans la paroi gastrique (gliome périphérique). — MM. DE MASSARY et J. WALSER rapportent l'observation d'une malade âgée de vingt-quatre ans, opérée pour une tumeur de l'estomac.

Cette tumeur, développée dans la sous-muqueuse, présente à l'examen histologique un aspect particulier. Elle est formée de plages tourbillonnantes constituées par des cellules allongées à protoplasma finement fibrillaire ; elle est parsemée de nombreux vaisseaux dont les parois présentent un épaississement à type hyalin considérable.

Ces caractères rappellent ceux des tumeurs décrites au niveau des nerfs périphériques par MM. Lhermitte et Leroux qui les considèrent comme étant développées aux dépens du syncitium de Schwann et leur ont donné le nom de gliomes périphériques en raison de l'analogie existant entre la gaine de Schwann et la névroglie des centres nerveux.

Les auteurs considèrent la tumeur qu'ils ont examinée comme une localisation viscérale de ces gliomes périphériques, localisation qui ne paraît pas avoir été signalée jusqu'à présent.

Un cas de syphilis maligne précoce traitée par le bismuth. — MM. Julien HUBER et Jacques DE MASSARY présentent une malade atteinte de syphilides papulo-croûteuses, confluentes à la face et aux membres du type varioliforme, avec plaques muqueuses, albuminurie et atteinte grave de l'état général, chez laquelle l'injection intramusculaire de 20 centigrammes, quatre jours de suite, d'une préparation à base d'acide trioxybismuthobenzoïque a causé une amélioration remarquable des accidents; la tolérance au médicament a été excellente. Les réactions de Hecht et de Bordet-Wassermann du sérum étaient négatives à l'entrée.

Double luxation spontanée des épaules. — MM. Maurice Renaud et Rolland rapportent l'histoire d'un malade, confiné au lit depuis de longs mois en raison d'une pneumopathie chronique, compliquée d'asystolie, chez lequel se produisit, sans aucun traumatisme, une double luxation des épaules qui passa d'abord inaperçue et ne fut diagnostiquée que quelques semaines plus tard. Ils consignent le fait à titre documentaire, en raison de sa singularité, puis discutant l'étiologie, se demandent si la même affection, vraisemblablement la syphilis, n'a pas touché à la fois le poumon et le système neuro-musculaire de la ceinture scapulaire.

Syndromes hémorragiques dans l'encéphalite léthargique. — MM. Finel et Dupouy rapportent deux cas d'encéphalite aiguë avec délire aigu et légère myœlonie diaphragmatique et terminés par la mort avec hémorragies. Dans un cas, il s'agit d'une hématémèse foudroyante, dans l'autre, d'hémorragies nasales et intestinales.

Utilisation des huiles iodées en clinique. — MM. Sicard et Forestier montrent les différents rôles joués par les huiles iodées en clinique : rôle antalgique, rôle modificateur de certaines séreuses articulaires ou autres; rôle d'exploration radiologique notamment en ce qui concerne les espaces épiduraux et sous-arachnoïdiens.

Elimination urinaire des huiles iodées. — MM. Sicard, Fabre et Forestier ont pratiqué le dosage de l'iode dans les urines après injections d'huiles iodées. L'élimination se fait à doses très minimes de l'ordre de milligrammes ou de dixièmes de milligramme et se produit des mois et des années.

Dans l'arbre broncho-pulmonaire, l'élimination iodique est beaucoup plus considérable et rapide, comme le laissaient pressentir les travaux de Roger et Bruit sur la lipodiérèse pulmonaire.

Un cas de méningite tuberculeuse en apparence guérie. — MM. Pissavy et Téris rapportent l'histoire d'un malade porteur de lésions tuberculeuses pulmonaires qui présenta une réaction méningée typique; malgré l'inoculation négative au cobaye, il semble bien qu'il s'agisse d'une méningite à bacilles acido-résistants.

L'action antisyphilitique et spirillicide de l'acide acétyl-amino-oxyphénylarsinique. — MM. Sézary et Pomaret ont comparé l'action antisyphilitique et spirillicide du 190 de Fourneau à celle des arsénobenzènes actuellement utilisés en thérapeutique. Dans la syphilis secondaire, ils ont noté que si ce corps a une bonne action résolutive et cicatrisante sur les lésions cutanées, il n'a aucune influence sur la réaction de Bordet-Wassermann aux doses considérables de 40 à 50 grammes correspondant à 11 ou 12 grammes d'arsenic métalloïdique, tandis que 4 à 6 grammes de 914, 2 à 3 gr. de 132, correspondant à 1 gramme d'arsenic suffisent, en général, à réduire la réaction. Expérimentalement, l'action du 190 sur la spirillose des poules se montre également inférieure à celle des arsénobenzènes. En ne comparant que les résultats obtenus, à la suite d'injections intramusculaires, ces auteurs ont constaté que l'arsenic provenant de l'acide arsénique 190 a une action spirillicide 5 fois plus faible que celle de l'arsenic provenant du 606 et 3,3 fois plus faible que celle de l'arsenic provenant du 914 et du 132.

Aussi se demandent-ils s'il n'y aurait pas intérêt à substituer au 190, dans le traitement prophylactique de la syphilis par voie buccale, des pilules kératinisées d'arsénobenzènes, qu'ils expérimentent dans le traitement de la syphilis où ce mode d'administration présente quelques indications restreintes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1923)

Ligature bilatérale de la carotide primitive dans le traitement de l'exophtalmos pulsatile. — M. Broca a fait subir à un malade cette opération : ligature, à quelques mois de distance, des deux carotides primitives. La guérison a été complète, le malade, un an plus tard, était en parfait état.

A propos des « condyles du tibia. » — M. Descomps s'efforce de mettre au point cette question, M. Broca s'étant élevé contre l'expression « condyles du tibia. » M. Descomps distingue les condyles osseux des condyles articulaires, qui sont des formations différentes.

A propos des luxations acromio-claviculaires. — M. Descomps apporte l'observation de cinq malades à qui il a pratiqué une fixation acromio-claviculaire, quatre fois avec le fil de bronze, une fois à la soie, il donne la préférence au bronze, tous les opérés ont retrouvé intégralement leurs mouvements.

A propos des fractures de Dupuytren. — M. Mouchet fait un rapport sur un travail de M. Catois (de Lille), qui apporte une série de trente-six fractures de Dupuytren traitées par la méthode non sanglante : réduction précoce, sous-anesthésie, pied en hypercorrection; appareil de Delbet. Les blessés ont tous guéri.

Occlusion intestinale aiguë ; anus vaginal; guérison. — M. Bengolea (de Buenos-Ayres) [rapport de M. Okinczyc] a opéré une femme au dixième jour d'accidents puerpéraux : paralysie intestinale, saillie dans le cul-de-sac de Douglas.

M. Bengolea croyant faire une colpotomie pour évacuer une collection, incise le Douglas : il s'échappe des matières et des gaz, il place une sonde dans cet anus pratiqué involontairement, la malade guérit merveilleusement. L'auteur recommande cette méthode dans les cas désespérés; le rapporteur fait quelques réserves.

A propos du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés (*suite de la discussion*). — M. Cadenat apporte quatre nouveaux cas de sutures simples, avec trois morts. Pour lui il faut pratiquer des opérations différentes suivant le temps écoulé et le degré de résistance des sujets.

M. de Martel reste partisan des opérations minima, craignant la gastrectomie chez des malades en pleine péritonite.

A propos de la technique de la cholécystectomie (*suite de la discussion*). — M. A. Schwartz aborde en général la vésicule près du cystique et libère de bas en haut, avec le doigt, puis il reprend la voie classique, quand il a des doutes, il incise la vésicule dans sa longueur pour reconnaître l'orifice du cystique par l'intérieur.

M. Auvray fait la cholécystectomie rétrograde au moins dans la moitié des cas.

M. de Martel reste partisan de la technique de M. Gosset, surtout dans les cas difficiles.

Arthrite blennorragique guérie par incision large et mobilisation du genou après échec de la sérothérapie. — M. Dujarier.

Hernie sus-claviculaire spontanée du sonnet du poumon. MM. Mauclaire et Faure-Beaulieu.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des fractures des membres (1),
par le docteur H. Judet.

Les modifications et, il faut bien le dire, les progrès que la guerre a fait réaliser au traitement des fractures, ont nécessité des modifications profondes dans cette nouvelle édition du beau livre de Judet. C'est ainsi qu'on trouvera une mise au point du traitement des fractures ouvertes, de leur appareillage et même de leurs complications (tétanos, gangrène gazeuse). Remercions l'auteur de mettre sous la main du praticien, des méthodes dont les applications ne sont pas à négliger dans la pratique civile.

Bien d'autres chapitres ont été modifiés, en particulier, celui des fractures du col du fémur pour lequel l'auteur a préconisé une méthode personnelle qui lui a donné de brillants résultats.

En résumé, excellent ouvrage, judicieux et pratique, digne d'être dans toutes les mains. M. LANCE.

(1) 2e édit., 617 p., 338 fig., et 102 pl. hors texte. Prix : 36 fr. — Paris, L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉO-ARTHRITE DE LA TIBIO-TARSIENNE

DÉFINITION. — La tumeur blanche de la tibio-tarsienne est fréquente; après la hanche et le genou, c'est une des localisations les plus habituelles de la tuberculose ostéo-articulaire.

ÉTIOLOGIE. — **Causes déterminantes.** — Le bacille de Koch amené par voie sanguine.

Causes prédisposantes. — 1° GÉNÉRALES. — *Age.* — Elle atteint surtout les adolescents et les adultes jeunes.

Sexe. — Chez l'adulte, elle paraît un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Terrain. — Surmenés, convalescents de maladie infectieuse aiguë, fièvres éruptives surtout.

2° LOCALES. — Fatigues et traumatismes. C'est une des ostéoarthrites où le traumatisme semble bien jouer un rôle localisateur; il s'agit souvent de sujets ayant présenté peu de temps auparavant une ou plusieurs entorses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° **Siège initial des lésions.** — Il peut être osseux ou synovial. (On considère comme formes à début synovial, celles où les fongosités sont très développées, tandis que les os sont seulement érodés et ne contiennent pas de séquestres.) La fréquence de ces deux modes de début paraît égale.

2° **Lésions intraarticulaires.** — *a.* OSSEUSES. — L'*astragale* est atteint le premier dans 50 p. 100 des cas où le début est osseux; le début se fait en général au centre de l'os. La forme se modifie considérablement, à tel point qu'il est quelquefois difficile de le reconnaître. Le revêtement cartilagineux peut disparaître sur une étendue plus ou moins considérable de la surface. La nécrose tuberculeuse produit par places une augmentation de la densité de l'os, avec un état éburné : c'est l'ostéite condensante. Il se constitue ainsi des séquestres qui deviendront plus ou moins mobiles. Mais, dans l'ensemble, l'os subit surtout un processus d'ostéite raréfiante; amincissement de la couche compacte et ramollissement des trabécules : l'astragale se laisse facilement couper au couteau.

Le *tibia* peut être atteint primitivement : les lésions sont profondes, il y a formation d'un séquestre plongeant profondément dans l'épiphyse. Il se forme des cavités osseuses dont les parois sont spongieuses et dont le contenu graisseux ressemble à de l'huile. Si le tibia est atteint secondairement, les lésions qu'il présente sont superficielles : le cartilage d'encroûtement tombe, des bourgeons charnus se forment.

La *malléole péronière* est quelquefois atteinte de lésions sur sa face interne, mais ces lésions sont en général superficielles.

b. SYNOVIALES. — A l'ouverture de l'articulation, on constate : l'écoulement d'une certaine quantité de liquide séro-purulent et l'existence de fongosités (le liquide est surtout abondant dans la forme à début synovial). Les fongosités sont surtout développées là où elles ont trouvé la place maxima : au dos du pied. Elles évoluent vers la caséification, d'où formation de traînées purulentes et désintégration centrale, tandis qu'elles envahissent à leur périphérie de proche en proche.

c. LIGAMENTS. — Ceux-ci sont toujours au moins relâchés; souvent ils sont très altérés et peuvent être très difficilement reconnaissables.

3° **Lésions extraarticulaires.** — *a.* OSSEUSES. — L'atteinte du *calcanéum* n'est pas rare; elle peut être primitive, et gagner de là l'astragale et l'articulation; elle peut être secondaire à une lésion de l'astragale. Le *scaphoïde*, le *cuboïde* peuvent aussi être plus ou moins altérés.

b. ARTICULATIONS VOISINES. — La tibio-péronière inférieure est facilement atteinte par l'extension du processus tuberculeux. Les articulations du tarse sont au contraire le plus souvent respectées, car il n'y a pas habituellement communication de la tibio-tarsienne avec les autres articulations du tarse. Cependant on peut avoir une arthrite concomitante de la sous-astragalienne; dans ce cas, l'astragale arrive à flotter librement entre la mortaise et le calcanéum.

c. GAINES SYNOVIALES PÉRI-ARTICULAIRES. — Le processus tuberculeux se propage très facilement aux gaines des tendons : ce sont, avant toutes les autres, les gaines des fléchisseurs qui sont envahies. Celles des tendons antérieurs, des péroniers seront souvent atteintes, mais un peu plus tard. Les lésions des gaines peuvent s'étendre assez loin, de l'articulation, surtout vers la jambe.

d. PEAU ET TISSU CELLULAIRE. — Lorsque l'arthrite évolue depuis longtemps, tous les tissus péri-articulaires vont être envahis. Si l'affection n'est pas traitée, le pus atteindra plus ou moins tôt la peau et l'ulcérera.

e. MUSCLES. — Ceux-ci subissent des modifications variables suivant les cas : ils peuvent subir la dégénérescence graisseuse (atrophie considérable) ou au contraire se rétracter et prendre une consistance fibreuse.

SYMPTOMES. — Nous diviserons schématiquement l'évolution de la tuberculose de la tibio-tarsienne en trois périodes :

A. **Période de vigilance musculaire.** — SIGNES FONCTIONNELS. — D'abord apparition de fatigue rapide pendant la marche et la station debout, ce signe au maximum à la fin de la journée. Les douleurs nocturnes existent assez souvent : les surfaces articulaires venant en contact par relâchement de la contraction musculaire qui existe à l'état de veille, provoquent une douleur aiguë qui tire le malade de son premier sommeil. Possibilité (souvent constatée) que ces troubles apparaissent à la suite d'un traumatisme, souvent l'entorse banale; au lieu de récupérer la fonction de l'article, le blessé s'en sert de plus en plus mal.

ETAT GÉNÉRAL. — Non altéré à cette époque.

EXAMEN PHYSIQUE. — 1° *Inspection.* — Le gonflement existe en général dès cette période, mais il est léger et le plus souvent intermittent : il existe surtout en avant et sur les côtés de l'articulation. Le pied est souvent, dès ce moment, en léger équinisme.

2° *Recherche de la douleur provoquée.* — L'exploration méthodique des extrémités osseuses sera pratiquée pour déceler l'existence de points douloureux osseux. Ces points auront une valeur lorsqu'ils seront trouvés en un endroit bien limité et toujours le même. Ils siégeront par ordre de fréquence : dans l'interligne articulaire sur la face dorsale de l'astragale; au bord postérieur des malléoles; au niveau des gouttières rétromalléolaires; sur les malléoles elles-mêmes; au niveau du calcanéum.

On pourra encore rechercher la douleur provoquée en propulsant l'astragale et en l'envoyant buter contre la mortaise : pour cela on peut ou saisir le talon à pleine main, ou percuter à petits coups la face plantaire du calcanéum.

3° *Exploration des mouvements.* — Les mouvements actifs de flexion et d'extension sont en général diminués. On évaluera la diminution d'amplitude des mouvements passifs : adduction, abduction, rotation externe et interne conservés (à moins que l'articulation sous-astragalienne ne soit prise simultanément); la flexion et l'extension provoquent très vite la douleur : même en insistant on les trouve toujours limitées par la contraction musculaire. Les mouvements de latéralité sont, cependant, souvent douloureux parce qu'ils tirent sur les ligaments latéraux très développés de la tibio-tarsienne.

4° *Etat des muscles de la jambe.* — Dès cette période atrophie musculaire plus ou moins masquée par l'adipose compensatrice.

5° *Adénopathie.* — Celle-ci apparaît aussi très précocement surtout au niveau de la région inguinale : ganglions petits, durs, mobiles et indolores.

6° *Radiographie.* — Sera surtout utile à cette période et montrera un certain degré d'ostéoporose (le plus souvent au niveau de l'astragale), quelquefois même déjà des érosions osseuses.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ADJon Et. Me Paul ROBINEAU, not. à Paris, Bd de Clichy, 75bis, le samedi **10 mars** 1923, à 10 h., de : **480 OBLIGATIONS** de 500 f. chac., *6 p. 100 net*, des ANC. ETABLISSts **G. VALDELIÈVRE & FILS, à LILLE** En **10 LOTS** de *48 oblig.* Mise à prix, **16.800 f.** par lot; — **61 OBLIGATIONS** de 500 f. chac. *6 p. 100 net*, remb. à 510 f., de : **LA CLINIQUE MÉDICALE de PARIS**. En **2 LOTS** de *31 et 30 oblig.* Mise à prix, **9.300** et **9.000 f.** pr lot. Consignat. 1.000 f. par lot. — S'adresser audit notaire.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Un concours s'ouvrira à Paris, le 14 mai 1923, pour une place d'agrégé (section de médecine générale) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. (*J. O.*, 8 mars 1923.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un concours pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène du Finistère aura lieu à Paris, dans la deuxième quinzaine du mois de mars 1923.

Le jury sera nommé par le ministre de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Ce concours sur titres sera accompagné d'épreuves pratiques portant sur un programme établi par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et qui sera envoyé aux intéressés sur demande adressée à la Préfecture du Finistère.

Les candidats doivent être Français et pourvus d'un diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part au concours devront parvenir à la Préfecture du Finistère (cabinet du préfet).

Le registre portant inscription des candidats sera clos le 16 mars 1923.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Erratum au *Journal officiel* du 27 juin 1922, au lieu de : « médaille de bronze des épidémies accordée, par arrêté du 24 juin du ministre de l'hygiène, à M. le docteur Labernadie (Victor-Guillaume), médecin-major de 2e classe au cercle de Louga, » lire : « rappel de médaille d'argent. »

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 19 mars 1923.

Par exception, cette réunion aura lieu à 20 h. 30 dans un amphithéâtre de l'Ecole supérieure de guerre, 43 C, avenue de la Motte-Piquet (Ecole militaire).

Elle sera consacrée à un exercice pratique sur le sujet suivant : « Service de santé d'une division en vue d'une attaque et pendant le combat. Etude d'un cas concret », par M. le médecin principal Spire, médecin chef et professeur à l'Ecole supérieure de guerre.

CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE (fondation de la Ville de Paris). (Hôpital de la Charité. Professeur : M. Sergent.) — COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE RADIODIAGNOSTIC MÉDICAL, du mercredi 14 mars au jeudi 22 mars 1923 inclus, par MM. Sergent, Lian, Cottenot, Darcissac, G. Durand et Pruvost. — Ce cours comprendra des leçons théoriques qui seront faites l'après-midi et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins.

Les leçons théoriques seront publiques; les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription fixé à 150 francs.

Programme des leçons théoriques. — Ces leçons seront au nombre de deux chaque après-midi, la première à 4 heures, la seconde à 5 h. 1/2.

Programme des exercices pratiques. — Ces exercices auront lieu de 9 h. 1/2 à midi. De 9 h. 1/2 à 11 heures, démonstration des principales techniques radiologiques. A 11 heures, examen des malades du service.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN. — *Cours complémentaire.* Date du cours : Du 26 mars au 5 avril 1923, de 5 h. à 7 h., à l'amphithéâtre de la clinique. — TRAITEMENT DES FRACTURES ET LUXATIONS DES MEMBRES. — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. J. Leveuf, chef de clinique; Pierre Mornard et Raoul Monod, chefs de clinique adjoints.

1° Fractures de l'humérus : Application de l'appareil à extension continue.

2° Luxations du membre supérieur : Réduction des luxations de l'épaule par la traction élastique. Traitement des luxations du carpe.

3° Fractures de l'avant-bras et du poignet : Technique de réduction et appareils.

4° Fractures du col du fémur : Technique du vissage.

5° Pseudarthroses du col du fémur : Technique de l'enchevillement au moyen d'un greffon de péroné.

6° Fractures de la diaphyse fémorale : Application de l'appareil à extension continue.

7° Luxations du membre inférieur : Manœuvres de réduction.

8° Fractures de jambe : Application de l'appareil de marche.

9° Fractures du cou-de-pied : Application de l'appareil de marche.

10° Traitement sanglant des fractures. Voies d'abord des fractures articulaires. Technique des ostéosynthèses. Vissage du col du fémur.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 h., une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils, 2° de 6 à 7 h., des exercices pratiques, au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE MÉDICALE. — Les leçons de pathologie médicale de M. le docteur Lemierre, agrégé, auront lieu les vendredis, lundis et mercredis, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian.

Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 3e et 4e années d'études.

Programme du cours. — Maladies des reins. Infections chroniques. Paludisme. Amibiase, etc.

COURS D'ORTHOPÉDIE CHEZ L'ADULTE. — Le cours d'orthopédie chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes, de M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, aura lieu les samedis et jeudis, à 16 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Programme du cours. — Vingt-cinq leçons théoriques faites à la Faculté sur les opérations orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Leçons cliniques, faites à l'hôpital de la Pitié les 2e et 4e mardis du mois, à 9 h. 3/4. — Le sujet de ces leçons sera annoncé d'avance. — Opérations orthopédiques les samedis.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. — M. Marcel Garnier, agrégé, continuera ses conférences les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Objet du cours : Programme de l'examen de troisième année.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le lundi 12 mars, à 10 h., amphithéâtre de l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), sur « Présentation de malades », et le jeudi 15 mars, à 17 h., grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Psychasthénie. Psychanalyse ».

NOTE DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

REVUE DES THÈSES

L'Héliothérapie artificielle [bases physiques et biologiques, techniques, indications, résultats] (1), par le docteur L. G. DUFESTEL.

Excellente mise au point de la question. Elle débute par la critique de l'héliothérapie naturelle qui a le double défaut de ne pouvoir être pratiquée partout, et de présenter une grande variabilité de composition rendant son emploi empirique.

L'héliothérapie artificielle permet, au contraire, de se procurer en tout temps et en tous lieux des radiations identiques à celles du faisceau solaire, et toujours semblables à elles-mêmes.

Ces radiations sont de deux ordres : thermiques et actiniques. Elles sont antagonistes l'une de l'autre vis-à-vis de la peau humaine et peuvent être employées isolément ou associées.

L'auteur étudie longuement le rôle des substances sensibilisatrices envers les radiations. Le pigment cutané qui se développe sous l'influence des rayons actiniques semble être une de ces substances sensibilisatrices.

Les radiations thermiques sont obtenues par une lampe 1/2 watt de 2.000 bougies, placée au foyer d'un réflecteur parabolique. Les radiations chimiques par la lampe à vapeur de mercure en quartz.

La technique de leur emploi qui nécessite de grandes précautions est ensuite exposée.

Les affections, susceptibles d'être améliorées ou guéries par leur emploi, sont ensuite passées en revue. Les deux principales sont les tuberculoses chirurgicales et le rachitisme. Une campagne est même organisée, en Allemagne, pour rendre actuellement le traitement préventif du rachitisme par l'irradiation actinique obligatoire chez tous les nourrissons !

Le travail se termine par une bibliographie complète de la question.

M. LANCE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 12 AU 17 MARS 1923)

THÈSES

Mardi 13 mars. — Jury : MM. P. Duval, président; Lecène, Basset et Schwartz. — M. MARLAUD (G.). Ostéo-synthèse des fractures du tibia. — M. DJIAN (Georges). Valeur de la radiothérapie (traitement des ostéomes traumatiques). — M. MOULONGUET. La glande à sécrétion interne de l'ovaire humain.

Mercredi 14 mars. — Jury : MM. Roger, président; Gosset, Couvelaire et Gueniot. — M. GARIBALDI (Americo). Insuffisance thyroïdienne et immunité. — M. LARIVIÈRE (André). Du shok obstétrical. — M. TOULOUSE (Marcel). Contribution à l'étude des périviscérites du carrefour sous-hépatique.

Jeudi 15 mars. — Jury : MM. Jeanselme, président; Carnot, Nobécourt et Lereboullet. — M. BERNARD (Georges). Contribution à l'étude de l'élimination urinaire du sous-nitrate de bismuth. — M. CORNILUS (Jean). Sur deux cas de nytrodermie. — M. YÉVREMOVITCH (D.). Les mouvements choréiques dans la paralysie. — M. LACROIX (Louis). Etude de la maladie mitrale chez l'enfant.

(1) *Th. de Paris*, 1923, — Paris, Amédée Legrand.

REVUE GÉNÉRALE

MALADIE DE HIRSCHPRUNG

(MÉGACOLON)

Par le docteur G.-L. HALLEZ.
Ancien chef de clinique à l'hospice des Enfants-Assistés.

On donne le nom de mégacôlon à une affection caractérisée : anatomiquement, par l'allongement et la dilatation d'une partie ou de la totalité du côlon avec épaississement de ses tuniques ; cliniquement, par de la constipation, une augmentation de volume souvent considérable de l'abdomen et une évolution chronique.

Historique. — Cette affection s'observe, en particulier, chez le nouveau-né et chez le jeune enfant, aussi a-t-elle été surtout décrite par des pédiatres ; mais, à mesure qu'on apprenait à la mieux connaître, on s'aperçut qu'il n'était pas exceptionnel de la voir se manifester plus tardivement : au cours de la moyenne et de la grande enfance, voire même chez l'adulte et chez le vieillard.

C'est à Hirschprung (de Copenhague), que revient l'honneur d'avoir élevé cette affection au rang d'entité clinique, d'où l'appellation légitime de « maladie de Hirschprung » sous laquelle on la désigne encore. Mais, si la première étude d'ensemble du célèbre médecin danois, date de 1888, il n'en est pas moins vrai qu'avant cette époque, on peut retrouver éparses, dans la littérature médicale, un certain nombre d'observations concernant le mégacôlon.

C'est ainsi qu'au milieu du XVIIe siècle, l'anatomiste Ruysch avait publié sous le nom de « Enormis intestini coli dilatatio », l'observation très détaillée d'un mégacôlon. Au XVIIIe siècle, cependant, la dilatation idiopathique du gros intestin constitue encore une découverte d'autopsie. En 1842, Ammon donne une description du mégacôlon chez l'enfant ; en 1846, Favelli en décrit le premier cas observé chez l'adulte ; puis Gay, Bankes, Porro, Jacobi, Barth, Peakok, Chapmann, Gee, Bristowe, Gaume, Futterer et Middledorf en publient de nouvelles observations. Cependant, tous ces documents restèrent dans l'ombre jusqu'en 1888. C'est à partir de cette date que Hirschprung donna la première description anatomique et clinique du mégacôlon, puis il essaya d'en établir la pathogénie et résuma, enfin, tous ses travaux, dans un mémoire qui parut en 1890. A partir de 1888, les observations deviennent plus fréquentes, Money, Scheadle, Genersich, Walter et Griffiths, Osler publient les plus complètes. En 1894, Mya, dans la *Sperimentale*, fait de cette affection une étude tellement approfondie sous le nom de « mégacôlon congenitum » qu'on l'appelle aussi « maladie de Mya ».

Mais à mesure que les observations se multiplient, deviennent plus précises, grâce à la radioscopie et à l'endoscopie, des divergences se produisent. A côté des cas analogues à ceux de Hirschprung et favorables à la théorie de la nature congénitale du mégacôlon (constipation opiniâtre et météorisme datant des premiers jours de la vie) vinrent peu à peu se placer des faits contradictoires. Il s'agissait de cas dans lesquels l'affection s'était manifestée tardivement : dans la grande enfance, chez l'adulte et même chez le vieillard. Le professeur Marfan notamment, en 1895 et en 1897, montra que le mégacôlon peut apparaître secondairement à la constipation congénitale, et reconnaître d'autres causes qu'une « dilatation primitive du gros intestin ».

Viennent ensuite, les travaux de Concetti, Trèves, Fitz, Fenwick.

En 1903, P. Duval publie dans la *Revue de chirurgie*, un article sous le nom de « Dilatation idiopathique du gros intestin », qui constitue une des meilleures études sur la maladie.

Depuis cette époque, des études d'ensemble, nombreuses ont vu le jour ; elles tendent à élargir le cadre de la maladie décrite par Hirschprung et tout en reconnaissant l'exactitude des faits signalés par cet auteur, elles montrent qu'ils ne sont pas exclusivement d'origine congénitale et que le « syndrome de Hirschprung » peut s'observer plus ou moins tardivement après une phase latente.

Parmi les auteurs des travaux les plus importants, signalons : Guinon et Reubsaët, Marfan, Comby, Variot, Tuffier, Patel, Bensaude et Sorrel, Gaujoux, Versé, Cheinisse et parmi les thèses, celles de Chassagnard, Le Calmé, Culan, Porte (1913), Suarès (1921), un rapport de Picqué et les récentes communications de Carnot et Friedel, de P. Delbet, de Pauchet, de Hallez et Blechmann, enfin, une étude très complète de la question dans le livre du professeur Marfan (*Affections du tube digestif dans le premier âge*, 1923, Masson) et le mémoire de Bensaude et Hillemand (*Annales de médecine*, déc. 1922).

Au point de vue littérature étrangère, il convient de citer les travaux de Goebel, Muskens, Hans Kleinschmidt, Neugebauer en Allemagne, et ceux de Broadbent, de Brook, Hawkins, Finney en Angleterre et en Amérique.

Symptomatologie. — Dans sa forme complète, la maladie de Hirschprung se manifeste par trois symptômes cardinaux : une constipation opiniâtre, une distension plus ou moins considérable de l'abdomen et plus accessoirement une tumeur animée de mouvements péristaltiques.

La *constipation* est constante et souvent très accusée ; le malade ne va à la selle que tous les quatre, cinq ou six jours, à l'aide de lavements. Certains malades, n'ont de selle que toutes les trois semaines (Cadet), toutes les six ou sept semaines (Hartmann, Bristowe, Concetti), tous les deux ou trois mois (Rolleston et Howard), dans un cas de Luria, la constipation absolue a duré quatre mois et le malade d'Osler, âgé de sept ans, n'avait eu que cinq ou six évacuations spontanées.

Les gaz sont très rares : les selles, quand elles se produisent, sont très abondantes ; Bensaude et Hillemand citent le cas de Concetti, dont le malade évacua 10kg660 de matières ; celui de Schwartz, remplit successivement sept à huit vases.

Ces selles sont extrêmement fétides et s'accompagnent d'émissions de gaz d'odeur repoussante. Elles peuvent être molles et pâteuses ; brunes ou jaunâtres, parfois décolorées ou de couleur mastic. Souvent fragmentées, enduites de glaires, de sang, parfois même de pus, en cas de colite ulcéreuse, elles peuvent constituer de véritables tumeurs stercorales, être dures comme de la pierre (coprolithes ou stercoromes) ; leur extraction n'est possible qu'après morcellement, à la cuillère ou après administration d'eau oxygénée diluée, en lavement. Chez un malade, observé avec notre maître le professeur Quénu, un stercorome ayant les dimensions

d'une tête de fœtus occupait ainsi l'extrémité inférieure de l'anse sigmoïde et le rectum, et ne put être extrait que par ce moyen. Au cours de la défécation, les malades adoptent souvent une attitude spéciale : décubitus ventral (Pétrivalski) ou latéral (Perthes). Certains ont recours à des artifices divers : introduction du doigt, d'une sonde dans le rectum pour solliciter une évacuation.

Le degré de la rétention intestinale peut être mesuré par l'absorption d'un cachet de carmin; les selles colorées en rouge n'apparaissent parfois que dix ou douze jours après (Strauss), vingt-cinq jours plus tard dans le cas de Bensaude et Sorrel.

La *distension de l'abdomen* due au météorisme est parfois considérable; elle marche de pair avec la constipation. Elle dépend davantage de la rétention de gaz que de la rétention de matières.

Avec Marfan, il convient d'ailleurs de réserver une part importante de ce météorisme à l'hyperhémie des parois intestinales, à la turgescence des vaisseaux mésentériques. L'abdomen est très augmenté de volume, l'aspect du ventre rappelle celui qu'il présente dans l'ascite, les tumeurs abdominales, la grossesse.

L'intumescence de l'abdomen est permanente, mais variable suivant les periodes de constipation ou de débâcle. Le corps prend la forme d'un ballon. Le « balloon man » de Fordman mesurait $2^{m}20$ de tour; une malade de Pierre Duval avait $3^{m}50$ de circonférence abdominale.

Le plus grand diamètre est souvent situé au-dessus de l'ombilic. La peau apparaît mince et tendue, sillonnée par des veines dilatées ; certaines régions de la paroi sont œdématiées. Les muscles grands droits sont écartés, la base du thorax élargie, la direction des côtes est redressée.

La percussion donne un son tympanique éclatant, même dans la région lombaire, mais surtout à la périphérie de l'abdomen; la matité hépatique est diminuée ou située plus haut, celle de la rate a disparu. Dans les parties déclives, on constate parfois que la matité est mobile; elle est due au liquide accumulé dans les parties les plus basses de l'anse sigmoïde dilatée; le bruit de flot empêchera la confusion avec l'ascite.

Dans un cas étudié chez un grand enfant, Chatin (de Lyon) a observé un hydropneumo-côlon, rappelant un peu l'hydropneumo-thorax, par le tympanisme, le bruit de succussion, le bruit d'airain, le retentissement amphorique et le tintement métallique de la toux.

Enfin, on peut constater une *tumeur plus ou moins tendue, animée de mouvements péristaltiques* spontanés ou provoqués. Surtout visible quand le malade respire largement, elle répond à l'anse sigmoïde ou aux anses intestinales dilatées et hypertrophiées; elle se sépare souvent de la base du thorax par une dépression assez nette. Le péristaltisme peut être spontané ou provoqué par une chiquenaude, une excitation douce de la paroi ; on voit alors se dessiner les bandes musculaires longitudinales, les bosselures, les haustrènes; on a même pu exceptionnellement déterminer le volume et la longueur de l'anse intestinale dilatée et hypertrophiée (Concetti). Le signe du péristaltisme provoqué est caractéristique et témoigne de l'effort de l'intestin pour expulser son contenu; il s'accompagne souvent de douleurs abdominales spasmodiques (Pierre Duval).

La palpation de la tumeur permet quelquefois de percevoir des matières fécales très dures; en relâchant, puis en déprimant la paroi; il semble au toucher que l'intestin se décolle d'une matière pâteuse (signe de Gernusy). A ces signes cardinaux, il faut joindre les renseignements fournis par divers procédés d'exploration.

Le *toucher rectal* en constitue un des plus importants. Et tout d'abord, il permettra de constater dans quelques cas un spasme du sphincter anal, surtout si le toucher est assez prolongé (Moser). Dans ces conditions, en déplissant les plis radiés de la marge de l'anus, on pourra découvrir, par exemple, une fissure, cause initiale de tout le mal.

La plupart du temps, on trouvera l'ampoule rectale vide, car la rétention des matières siège plus haut, mais au bout du doigt, à travers un repli muqueux, une valvule de Houston, on pourra reconnaître la présence d'un stercorome, ou bien le toucher rectal, en déplissant une coudure, facilitera une évacuation des matières (Einhard, Göppert, Ibrahim, Moser). Combiné au palper abdominal, complété par la percussion après insufflation (Hartmann et Ockinczyc), le toucher rectal pourra souvent renseigner sur la situation et la conformation des viscères.

En cas de mégacôlon, enfin, on sera surpris de la quantité de liquide supporté par le malade, lorsqu'on administre un lavement de 1, 2, 3 litres qui ne provoque aucune gène, aucune évacuation. La sonde en caoutchouc, au fur et à mesure de sa progression pourra renseigner sur la présence d'une coudure ou d'un stercorome, surtout au cours d'un examen radioscopique pratiqué conjointement. Kuhn a préconisé l'emploi d'une sonde avec mandrin d'acier en spirale, et terminé par une olive; cette sonde, manœuvrée sous le contrôle des rayons, permet parfois de se rendre très bien compte des dimensions de l'anse dilatée.

La *rectoscopie*, depuis nombre d'années déjà, a permis de préciser les notions premières sur le mégacôlon congénital ou acquis, et l'on peut dire que chez le grand enfant et chez l'adulte, « elle constitue à l'heure actuelle le moyen le plus rapide et le plus simple pour faire le diagnostic de l'affection et constater la présence d'un obstacle et sa nature » (Bensaude et Hillemand). Dans certains cas, on apercevra une valvule vraie ou fausse, jouant le rôle d'obstacle mécanique (Bensaude et Sorrel). On pourra également vérifier l'état de la muqueuse.

L'*examen radioscopique et radiographique* doit être fait avant et après administration de lavement opaque.

Sans aucune préparation, le passage du malade derrière l'écran peut montrer une aérocolie anormale donnant lieu à une clarté extraordinaire (Bensaude et Sorrel), le refoulement du foie et du diaphragme et même des organes thoraciques; enfin, on devine parfois aussi une anse énorme transparente avec présence d'un liquide mobile.

Il est nécessaire de pratiquer à nouveau cet examen après administration d'un lavement opaque ou d'une bouillie. Alors qu'à l'état normal, chez l'adulte, un lavement d'un litre suffit pour voir se dessiner tout l'intestin, le mégacôlon exige parfois deux et quatre litres de liquide avant que le transverse soit franchi. Dans les cas de grande dilatation, on aperçoit une poche volumineuse à contours plus ou moins capricieux; dans d'autres cas, au lieu de cette vaste poche, on voit simplement le côlon sigmoïde augmenté de longueur et sa largeur est triplée ou

quadruplée. Les tumeurs stercorales peuvent apparaître enveloppées d'un liquide opaque, qui les entoure comme d'une coque.

L'ingestion d'une bouillie barytée ou bismuthée constitue un pis aller, car si la progression du repas n'est pas suivie suffisamment longtemps, un mégacôlon de moyenne importance peut passer inaperçu.

L'*insufflation* du rectum proposée par Franck n'est pas sans inconvénients, lorsqu'il existe des ulcérations.

Aux signes cliniques cardinaux, et aux renseignements fournis par les divers procédés d'exploration que nous venons de passer en revue, il convient d'ajouter une série de symptômes secondaires *aux compressions exercées par le mégacôlon*. Le refoulement du diaphragme vers le haut, s'accompagne de compression ou de déplacement des organes thoraciques (Guinon et Reubsaët). Il en résulte la dyspnée plus ou moins marquée, de la cyanose avec congestion des deux bases, des palpitations.

Le cœur et les gros vaisseaux sont également déplacés, en haut et à droite (Futterer et Middledorf). Dans une observation de Carnot et Friedel, il existait une dextroversion du cœur très accusée, la pointe battant à droite du sternum; le cœur était refoulé, grâce à une éventration phrénique, par l'angle colique gauche extrêmement distendu par les gaz.

Le foie est refoulé vers la droite (Cernée). La gêne des circulations cave et porte permet d'observer parfois une circulation veineuse collatérale, de l'œdème, un peu d'ascite, même de l'oligurie.

La dysurie, la rétention d'urine, l'hydronéphrose secondaire à la compression des uretères, l'indicanurie, l'albuminurie constituent les troubles urinaires les plus habituels.

Mathieu et Pierre Delbet ont décrit le syndrome de fausse ascite observé dans quelques cas. Enfin nous avons vu que l'auscultation permettait parfois d'entendre des bruits hydro-aériques (hydropneumocôlon de Chatin).

Si la stase fécale est terminale, si elle siège au niveau du côlon gauche ou de l'anse sigmoïde, l'intoxication de l'organisme est peu accentuée; au contraire si la stase stercorale est cæco-ascendante, ou généralisée, elle s'accompagne de troubles généraux (amaigrissement, pâleur, céphalée, anorexie, fièvre) liés à l'intoxication et parfois à l'infection de l'organisme (P. Duval et I.-Ch. Roux, Bensaude et Sorrel, Arbuthnot Lane).

Formes cliniques. — Le mégacôlon se manifeste rarement par l'ensemble des signes cardinaux et secondaires que nous venons de passer en revue. L'affection isolée par Hirschprung peut se présenter sous différents types et si l'on veut mettre un peu d'ordre dans les faits signalés jusqu'à ce jour sous le nom de mégacôlon, il est nécessaire de distinguer avec le professeur Marfan : 1° les formes à manifestations précoces et graves; 2° les formes à manifestations tardives et à marche chronique.

1° Formes à manifestations précoces et graves. — Ce sont celles qu'on observe au *cours du premier âge*, soit chez le nouveau-né, soit chez le nourrisson, jusqu'au sevrage; elles se rapportent à la description initiale qu'en avait donnée Hirschprung, se basant sur l'histoire de deux enfants morts l'un à sept mois, l'autre à onze mois. Un enfant vient au monde absolument sain en apparence; exceptionnellement il naît avec un gros ventre qui peut gêner l'accouchement (Hobbs et Richmond); du côté des orifices naturels notamment, on ne constate aucune anomalie; on met l'enfant au sein qu'il prend de bon gré, et il garde le lait qu'il a absorbé. Cependant au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, on s'inquiète de ne pas voir sortir le méconium. Il ne s'agit pourtant que d'une *constipation méconiale* car l'exploration de l'anus et du rectum faite à l'aide de la sonde flexible ou du petit doigt, montre qu'il n'y a pas d'imperforation et on ramène facilement un peu de méconium normal. Malgré tout l'enfant est agité, dort mal, et un nouveau symptôme apparaît bientôt : l'*intumescence abdominale*. Malgré tous les efforts thérapeutiques, la constipation s'est maintenue, et après quelques jours sans évacuation, on remarque déjà la distension de l'abdomen (observations de Hirschprung, de Koeppe, Bing, Escherich, Cordier, Velasco Blanco). Le ventre peut devenir énorme et présenter les particularités que nous avons décrites précédemment. Si une défécation libératrice n'intervient pas, le diaphragme est bientôt refoulé vers le haut et on constate alors de la dyspnée et de la cyanose, parfois menaçantes. Sous l'influence d'irrigations intestinales, du toucher rectal combiné au massage de l'abdomen ou encore, grâce à la sonde rectale mise à demeure, le danger peut être écarté momentanément; l'exonération gazeuse et alvine s'effectue, suivie d'un affaissement rapide et considérable de l'abdomen.

Peu à peu les symptômes du début reparaissent car la constipation devient opiniâtre et la même scène se reproduit. Pendant quelques semaines, l'état général se maintient, mais bientôt il finit par s'altérer; les crises d'*obstruction intestinale* avec mouvements péristaltiques visibles alternent avec des périodes d'accalmie et des débâcles avec diarrhée fétide.

L'enfant se développe mal, s'anémie; souvent l'alimentation est insuffisante, et la dénutrition apparaît pouvant aller jusqu'à l'athrepsie. D'ailleurs les *complications* graves surviennent (colite ulcéreuse avec selles muco-sanguinolentes, intoxication intestinale par occlusion aiguë, péritonite par perforation au niveau d'une ulcération de la paroi, broncho-pneumonie) et l'enfant succombe dans le coma avec ou sans signes de réaction méningée. Le pronostic est grave; la mort survient en général dans les premières semaines, au plus tard dans les premiers mois :

Mais la maladie peut suivre un autre cours, l'entourage a su prévenir le danger menaçant, en provoquant des selles par des lavages quotidiens; si l'enfant échappe à une maladie intercurrente et si la malformation intestinale n'est pas trop accusée, l'affection peut être compatible avec une survie prolongée.

Parfois le syndrome que nous venons de décrire *se manifeste un peu plus tard*, particulièrement au moment du *sevrage* ou de l'*ablactation*. Jusque-là, il n'existait qu'une constipation habituelle qui tout à coup devient invincible et l'intumescence abdominale apparaît. Le plus souvent on assiste alors, à l'évolution décrite précédemment; après chaque débâcle spontanée ou provoquée, le ventre s'affaisse, puis la constipation reparaît et le ventre recommence à grossir.

Les douleurs abdominales sont violentes, les vomissements fréquents, les mouvements péristaltiques sont très visibles. Il existe souvent des érup-

tions cutanées (érythème, prurigo). Le déplacement des organes est fréquent.

La mort survient surtout du fait d'une côlite ulcéreuse, avec selles muco-hémorragiques et péritonite secondaire; la colite ulcéreuse peut revêtir une forme chronique et conduire à la cachexie ; l'enfant meurt d'une affection intercurrente.

2° **Formes à manifestations tardives et à marche chronique.** — Jusqu'ici, nous n'avons envisagé que les cas congénitaux, ou succédant à une constipation congénitale et habituelle; mais à côté de ces cas signalés par Hirschprung et favorables à la théorie de la nature congénitale du mégacôlon en raison de la précocité des accidents, sont venus se placer des faits contradictoires.

Ce sont d'abord les observations d'enfants du deuxième âge, chez lesquels on ne signale pas de troubles intestinaux avant le début apparent de la maladie.

C'est le cas d'un enfant observé par Hallez et Blechmann, et qui présenta de la constipation puis une augmentation progressive du volume de l'abdomen, à partir de l'âge de trois ans. Un examen radiographique montra qu'il s'agissait d'un syndrome d'Hirschprung par dolichocôlie n'ayant donné lieu à aucun trouble digestif pendant les trois premières années de la vie.

Nous avons vu que l'évolution de la maladie est surtout fatale dans les tout premiers temps de la vie et au moment de la période du sevrage. Chez les enfants ou chez les adolescents qui furent d'abord des « constipés » puis des « distendus », on peut voir l'affection évoluer pendant des années, avec des périodes d'exacerbation et des périodes de calme. Les jeunes enfants présentent du retard, ou un arrêt de développement, associé fréquemment à un léger rachitisme, la marche est retardée, la taille reste petite. Souvent l'enfant se cachectise lentement, les selles peuvent devenir muco-sanguinolentes par suite du développement d'une côlite ulcéreuse et souvent mortelle.

On peut observer des *crises de tétanie* coïncidant avec une recrudescence de tympanisme abdominal et de la fétidité des selles; Langmead a cité des faits de ce genre chez des enfants de deux, trois, et six ans. Guinard les a observés aussi chez l'adulte.

Ces formes à début non congénital sont cependant compatibles avec une existence assez longue; Meyer, Bensaude et Sorrel ont pu observer des cas de guérison spontanée, due à l'élargissement du bassin au cours de la croissance et à la diminution relative de la longueur de l'anse sigmoïde. C'est le cas du malade de Hallez et Blechmann.

Veau et Lesné, cependant, considèrent ces sujets supposés guéris comme des candidats au volvulus.

On a enfin publié des cas dans lesquels la *maladie n'a fait son apparition que chez l'adulte.* En 1910, on en connaissait déjà une dizaine développés après l'âge de vingt ans; trois observations concernaient même des vieillards; celles de Versé, se rapportaient à des malades âgés de soixante-cinq et soixante-douze ans.

Ces cas ne sont pas les seuls; Carnot et Friedel ont publié une observation de mégacôlon « tardivement acquis » et semblant s'être développé entre quarante et cinquante ans. P. Duval cite un fait analogue chez une femme de trente-six ans, Picqué et Grégoire chez une femme de cinquante ans.

Chez l'adulte, à côté de la forme à symptomatologie complète assez rare on a pu décrire des formes nombreuses suivant les symptômes :

Une *forme généralisée ou localisée*;

Une *forme fruste ou latente* décelable uniquement par la rectoscopie et la radioscopie (Bensaude et Sorrel). Il s'agit de sujets ne présentant aucun trouble digestif, à peine une constipation discrète; le mégacôlon n'est décelé que par hasard au cours d'un examen radioscopique ou par la rectoscopie : au cours d'une intervention chirurgicale, telle qu'une appendicectomie (Bierman) ou plus souvent encore par un accident aigu d'occlusion. Il existe donc des mégacôlons, au sens anatomique du mot, qui ne s'accompagnent d'aucun signe clinique apparent (Bensaude et Hillemand).

Une *forme stercorale* (Pozzi, Tuffier, Chevassu, Delbet) caractérisée par une tumeur stercorale ou coprôme, pesant 1 kilogramme et demi à 10 kilogrammes (Chevassu) qu'on extrait souvent chirurgicalement. Quand elles sont peu volumineuses et de consistance un peu molles, ces « tumeurs fantômes » peuvent disparaître spontanément.

Une *forme avec occlusion* chronique ou aiguë; l'occlusion aiguë peut en constituer les premiers signes révélateurs (crise douloureuse, apparaissant brusquement, avec coliques, fausses envies d'aller à la selle, arrêt des matières et des gaz).

Bensaude et Sorrel, en dehors du mégacôlon à forme fruste ou latente décrivent encore le mégacôlon à symptômes exclusivement intestinaux et celui qui s'accompagne de signes d'intoxication générale.

Évolution. Complications. Pronostic. — *L'évolution* de la maladie de Hirschprung est donc chronique, et se fait par poussées, par crises de rétention plus ou moins longues; se terminant par des débâcles provoquées ou spontanées qui apportent un soulagement passager.

Le plus souvent l'état général devient précaire, le malade devient apathique, à moins que des accidents méningés, des convulsions ne surviennent (Netter, Pfisterer, Bernheim). La maladie, si on n'intervient pas, se termine par la mort à la suite d'une cachexie progressive par inanition ou intoxication, ou encore par une des complications suivantes.

Les *complications* les plus fréquentes sont constituées par l'occlusion intestinale (par volvulus ou coudure) et l'obstruction partielle devient totale : c'est la mort rapide, si le chirurgien n'intervient pas; c'est encore la colite aiguë hémorragique ou ulcéreuse, avec formation d'abcès phlegmoneux, de péritonite localisée ou généralisée, secondaire à une perforation intestinale. Les complications du côté des organes thoraciques constituent en dyspnée, parfois très intense, due à l'augmentation subite de la compression des poumons, en bronchite ou broncho-pneumonie, en pleurésie purulente.

La compression du cœur peut amener la mort subite soit spontanément, soit après une intervention comme dans le cas de Carnot et Friedel. Elle est due, dans ce cas, au changement trop brusque de la position du cœur, refoulé jusque-là en dextroversion. Enfin, on a signalé la rupture des grands droits et quelques cas de troubles mentaux rapportés par Guinard, Concetti, Morestin, Picqué, Briand)

et consistant surtout en préoccupations hypocondriaques.

Le *pronostic* est donc sérieux à cause des complications qui peuvent entraîner la mort. Il est plus grave chez le nourrisson que chez l'enfant déjà grand, et que chez l'adulte. Malgré les différents traitements opposés au mégacôlon, la mortalité reste considérable, puisqu'elle s'élève encore à 55 ou 60 p. 100.

Sur les 10 cas observés par Hirschprung, la mort est survenue 5 fois. Sur 30 cas étudiés par P. Duval, et terminés par la mort, celle-ci est survenue :

Dans les premiers jours de la vie : Dans 2,3 p. 100 des cas.

Dans les six premiers mois de la vie : dans 9,2 p. 100 des cas.

De six mois à un an : dans 6,9 p. 100 des cas.

De un an à cinq ans : dans 2 p. 100 des cas.

De huit ans à quinze ans : dans 11,5 p. 100 des cas.

Chez l'adulte : dans 16 p. 100 des cas.

Si on veut comparer les statistiques de traitement médical et de traitement chirurgical, on arrive à ces conclusions, d'après Lowenstein et Neugebauer :

Cas traités médicalement :

88 p. 100 de mort (Lowenstein).
93 p. 100 de mort (Neugebauer).

Cas traités chirurgicalement :

52 p. 100 de guérison (Lowenstein).
90 p. 100 de guérison (Neugebauer).

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1923)

Influence du cuivre sur la fermentation lactique. — M. Marc Fouassier. MM. Springer ont antérieurement signalé l'action antiseptique de traces de cuivre fortuitement introduites dans le lait par les appareils industriels.

S'inspirant de ces travaux, M. Fouassier a étudié l'influence que le contact de quelques métaux avec les ferments lactiques était susceptible d'exercer sur ces ferments, agissant dans le lait en diverses circonstances. Il résulte de ses expériences que la présence du cuivre retarde l'action acidifiante des ferments lactiques ensemencés dans le lait. Cette notion sera sans nul doute utilisée pratiquement dans l'industrie laitière.

Sur les éléments minéraux du sang. — MM. A. Desgrez et J. Meunier.

Expériences montrant la non-hérédité d'un caractère acquis. — MM. L. Cuénot, R. Lienhart et M. Mutel.

De l'utilisation par l'organisme des vitamines C introduites par voie parentérale. — MM. Ed. Lesné et M. Vaglianos. On savait que les vitamines C sont pour l'organisme un aliment absolument nécessaire. Mais les expériences des auteurs prouvent que la voie d'introduction de ces vitamines est indifférente, c'est-à-dire *qu'on peut les faire pénétrer, soit par ingestion, soit par injection.*

Nul doute que ce fait nouveau ne trouve de fréquentes applications à la thérapeutique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 MARS 1923)

Les pensions des malades de guerre. — M. Sergent s'associe aux protestations de quelques-uns de ses collègues relatives au traitement des anciens malades de guerre; 50 p. 100 de ces malades ne rentrent pas dans la catégorie de ceux qu'a visés la loi sur les pensions. Beaucoup de ces malades considérés comme tuberculeux ne le sont pas ou ne le sont plus. M. Sergent cite l'exemple d'un superbe garçon qui a trouvé moyen d'échapper à tout service militaire jusqu'en 1918. A ce moment un conseil de réforme le renvoie en service. Il est placé dans un bureau à Paris. Considéré comme tuberculeux, il est envoyé à l'examen de M. Sergent, examen le plus attentif et le plus complet. M. Sergent ne lui trouve absolument rien et conclut à 0 p. 100 d'invalidité.

Les malades de ce genre sont légion. Il est scandaleux de penser que ces malades, qui ne le sont plus, bénéficient d'une pension de 50 ou même de 80 ou 90 p. 100. Qu'on augmente, si on veut, la pension des vrais malades, mais qu'on renvoie sans pitié les autres. C'est un devoir pour nous, dit en terminant M. Sergent, de protester. Il faut que la loi des pensions soit revisée.

M. Léon Bernard, tout en s'associant aux justes remarques de M. Sergent, fait observer qu'il est une catégorie d'anciens tuberculeux avérés qui sont en pleine voie de guérison ou tout au moins de guérison apparente. Il serait juste de leur accorder la pension afin qu'ils puissent continuer à se soigner et arriver à guérison complète.

M. Sergent répond à cela que ces malades sont examinés par les centres de réforme qui décident seuls de leur sort. Les malades qui sont envoyés aux experts sont, en général, des cas douteux. C'est surtout parmi ces derniers que se trouvent beaucoup de sujets qu'il n'y a pas lieu de pensionner.

M. Bezançon fait observer que ce serait parfois injuste de rayer du cadre des pensionnés d'anciens tuberculeux, sous prétexte qu'on ne trouve pas de bacilles de Koch dans leurs crachats. On sait que bien des tuberculeux n'ont pas constamment des bacilles dans leurs crachats, qu'ils n'en ont pas un jour et qu'ils peuvent en avoir le lendemain. Il y a une distinction à faire entre ces différents cas et, en ne se basant que sur l'examen des crachats, on s'exposerait à commettre des erreurs préjudiciables à de vrais tuberculeux.

M. Balthazard estime qu'il faut être très prudent dans l'appréciation des cas et il ne croit pas qu'il y ait lieu de reviser la loi des pensions. En vous montrant trop rigoureux sur le diagnostic de la tuberculose, vous risquez de priver d'une pension, très légitime, de malheureux tuberculeux en voie d'amélioration, mais non guéris.

M. Cazeneuve est également d'avis qu'il n'y a pas lieu de reviser cette loi des pensions bienfaisante et généreuse.

Il faut reconnaître toutefois qu'il y a des abus. Il est bon de rappeler que cette loi coûte au pays 4 milliards par an. Il est donc tout naturel que les experts compétents se montrent soucieux de supprimer, autant que possible, ces abus. C'est donc de leur part une affaire d'appréciation.

Le traitement médical des infections pelviennes. — M. Richelot rappelle qu'il a présenté à l'Académie, en 1908, des observations qui démontraient l'efficacité de l'hydrothérapie, contre les infections utéro-annexielles qui semblaient nécessiter l'intervention chirurgicale et qui ont été radicalement guéries de salpingites graves.

M. Richelot présente deux observations nouvelles qui lui ont été communiquées. Il s'agit de malades observées et décrites par les docteurs Parisi, Bouffe de Saint-Blaise et Cunéo. Chez ces deux malades, les lésions pelviennes étaient anciennes et menaçantes ; MM. Siredey, Pierre Duval et d'éminents praticiens étrangers conseillaient l'intervention comme la seule ressource. Bref, elles étaient de ces malades qui, journellement et sans hésiter, sont conduites à la salle d'opérations. Elles avaient vingt-deux et vingt-six ans. Dans ces conditions, elles furent confiées au docteur Derecq, qui

leur fit subir la cure dite de Luxeuil. Après avoir vu de près le sacrifice, elles eurent une franche et complète guérison.

Acidose diabétique et acidose du jeûne. — M. Linossier rappelle que MM. Desgrez, Bierry et Rathery estiment que l'acidose du jeûne hydrocarboné et l'acidose diabétique sont des syndromes identiques relevant de la même cause. M. Marcel Labbé les considère comme radicalement différents.

La glycolyse est diminuée ou suspendue dans le jeûne et dans le diabète, et cette atténuation ou cette suspension semble bien être, dans les deux cas, la cause de l'acidose, comme le pensent avec la plupart des auteurs, MM. Desgrez, Bierry et Rathery, mais entre le jeûneur et le diabétique, il y a une différence essentielle :

Chez le jeûneur, la fonction glycolytique de l'organisme reste intacte, mais la matière première, le sucre, fait défaut.

Chez le diabétique, le sucre abonde; mais la fonction glycolytique est supprimée, et le diabétique est devant le sucre, dont il est imprégné, comme Tantale devant les fruits que ses lèvres ne peuvent atteindre.

Cette différence suffit à expliquer toutes les différences signalées par M. Labbé entre l'acidose diabétique et l'acidose du jeûne.

Les hydrates de carbone qui font disparaître l'acidose chez le jeûneur, en lui restituant le glycose déficient, ne peuvent évidemment rien faire chez le diabétique grave qui ne manque pas de sucre mais ne peut l'assimiler.

Si le jeûne qui produit l'acidose chez le sujet sain, l'améliore chez le diabétique, c'est, au moins en partie, en supprimant l'apport des substances cétogènes, et notamment des graisses.

Du rôle de la rate dans la genèse de l'érythrémie (maladie de Vaquez). — M. Yacoël, ayant trouvé des centres de reviviscence embryonnaire d'ordre érythropoïétique dans la rate d'un érythrémique (maladie de Vaquez), conclut qu'il convient, à côté de la moelle osseuse qu'on a regardée jusqu'ici comme étant le seul foyer principal de la maladie, de considérer la rate comme un second foyer, non moins important, de cette affection, tout au moins dans sa forme splénomégalique. Suivant ses conclusions, il préconise un traitement simultané, par la radiothérapie, des deux foyers et non plus de la moelle osseuse seulement, comme on l'avait fait jusqu'ici.

L'auteur apporte à l'appui de ce qu'il avance des faits cliniques prouvant les bons effets de ce mode de traitement.

S'étendant à des considérations de pathologie générale, il rapproche la leucémie de l'érythrémie, et fait de ces deux affections deux modalités de prolifération néoplasique de l'ordre du cancer. Il les désigne sous le nom de cancer rouge pour l'érythrémie (maladie de Vaquez) et de cancer blanc pour la leucémie.

M. Vaquez fait ressortir l'importance de cette communication. Il en résulte qu'il faut toujours examiner la rate chez les malades atteints d'érythrémie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 28 février 1923)

Diverticules de l'œsophage. — M. Grégoire, à propos d'un récent rapport de M. Mocquot, apporte quatre observations personnelles : hommes de soixante-huit et soixante-dix ans, troubles de la déglutition, troubles gastriques, tous deux opérés par une incision sur le côté droit du cou, aboutissant directement au niveau du diverticule, résection du diverticule, drainage. Le premier malade est sorti huit jours après son opération, le second dix-huit jours après parce qu'il a eu une petite fistule par laquelle s'est écoulé un peu de liquide et de sérosité. Le troisième cas a trait à un malade qui fut fait prisonnier pendant la guerre et fut examiné radioscopiquement en Autriche. Il porte un diverticule de l'œsophage qui ne donna jamais lieu à aucun trouble et ne fut jamais opéré. Le quatrième est un homme de quatre-vingt-trois ans qui présenta de la dysphagie, des troubles digestifs assez graves ; on pratiqua un examen œsophagoscopique qui révéla l'existence d'un cancer au niveau d'un diverticule de l'œsophage. Il ne fut pas opéré.

M. Grégoire passe en revue : 1° les indications de l'intervention; 2° les signes; 3° la voie d'accès ou le traitement chirurgical et les soins postopératoires.

L'intervention n'est pas indiquée dans tous les cas ; lorsqu'il n'y a pas de troubles de la déglutition et que le malade n'accuse aucun symptôme, il n'y a pas lieu d'opérer. Quand il y a coexistence du diverticule et d'un cancer, l'opération est inutile. Quand il y a des troubles de la déglutition, des étouffements, des difficultés de l'alimentation, l'opération s'impose. Le meilleur procédé opératoire est de faire une incision latérale, du côté où se trouve le diverticule; de se diriger directement sur lui, de l'exciser et de pratiquer une suture immédiate et de drainer. Laisser les opérés à la diète pendant quelques jours en les soutenant avec du sérum glucosé et des lavements alimentaires. On observe parfois un peu d'écoulement dans les premiers jours, mais on ne voit plus jamais se produire des accidents de septicémie.

M. Hartmann a plusieurs fois pratiqué cette opération, mais dans un cas il a dû recourir à la gastrostomie.

Luxation acromio-claviculaire. — M. Mocquot, à propos de la communication de M. Cadenat, rapporte qu'il est intervenu trois fois pour des luxations acromio-claviculaires. Dans deux cas il a recouru d'emblée à la suture directe avec un gros fil de lin. Dans un cas, il était parvenu à réduire par les moyens ordinaires et l'application d'un appareil plâtré, mais la luxation s'est reproduite.

Appendicite kystique. — M. Lecène fait un rapport sur une observation de M. Lepoutre (de Lille). Il s'agit, dans ce cas, d'une appendicite kystique que les anciens appelaient mucocèle de l'appendice. Celui-ci était du volume et de la forme d'une aubergine. Il était plein de liquide muqueux; ses parois étaient très minces. Quand elles se rompent, on a affaire alors à un épanchement de ces mucosités dans le ventre, qui constituent ce que Péan a appelé la maladie gélatiniforme du péritoine. L'examen histologique de l'appendice, enlevé par M. Lepoutre, a été fait par M. Delatre (de Lille).

Cholécystite. — Second rapport de M. Lecène sur un cas intéressant adressé par M. Papin (de Bordeaux). Il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans qui présentait tous les symptômes d'une cholécystite calculeuse. Au cours d'une cholécystectomie rétrograde, M. Papin réséqua les trois quarts du cholédoque, celui-ci contenait un gros calcul. Il y avait plusieurs calculs dans la vésicule. Après avoir enlevé la vésicule, le calcul du cholédoque, M. Papin sutura directement celui-ci et referma sans drainer. Quatre mois après, la malade était encore très bien portante.

M. Lecène fait observer que la cause de l'erreur, dans ce cas, tient à la présence d'un gros calcul dans le cholédoque. Dans ces cas difficiles, mieux vaudrait peut-être abandonner la voie rétrograde. Enfin, dans un cas de ce genre, M. Lecène aurait drainé.

M. Gosset fait observer qu'il est très fréquent de trouver dans le cholédoque des calculs qui n'ont jamais donné lieu à aucun symptôme. C'est pourquoi il faut aller systématiquement vers le cholédoque et l'explorer. Quand au cours d'une cholécystectomie ce canal a été blessé, il faut procéder à l'isolement du cystique. Or, pour M. Gosset c'est la cholécystectomie rétrograde qui est le meilleur moyen d'éviter la blessure du cholédoque. Donc découverte première du cystique. M. Gosset est resté partisan du drainage.

M. Hartmann fait observer que le cholédoque peut être dilaté sans contenir de calculs et que dès lors il peut être également lésé. M. Hartmann ajoute que lorsqu'il lui est arrivé de blesser le cholédoque il avait choisi la voie rétrograde.

M. Gosset maintient que la cholécystectomie rétrograde, quand on a eu soin de découvrir le cystique, est le meilleur moyen d'éviter la blessure de la voie principale,

Ulcères gastriques. — M. Gosset fait un rapport sur trois observations adressées par M. Robert Monod dans un cas, il s'agissait d'un ulcère calleux de la petite courbure. M. Monod suture et enfouit l'ulcération. Mort subite. Dans

un autre cas, chez un sujet jeune et résistant, M. Monod fait la résection et son malade guérit, ce qui l'amène à cette conclusion que l'opération de choix est la résection.

M. Gosset croit qu'en l'espèce il faut faire le minimum ; c'est pourquoi, il préfère s'en tenir à la gastro-entérostomie, quitte à pratiquer une résection secondaire.

Anesthésie au protoxyde d'azote. — M. Anselme SCHWARTZ rapporte l'observation d'une malade de cinquante-cinq ans, chez laquelle il dut pratiquer une cholécystectomie d'urgence. Il ne voulut pas recourir à l'éther, à cause d'une bronchite, ni au chloroforme à cause du foie. Il ne voulait pas non plus recourir à l'anesthésie rachidienne qui lui a donné des cas de mort. C'est pourquoi il choisit le protoxyde d'azote. Il pratiqua la cholécystectomie. Les suites opératoires furent extrêmement troublantes : pouls très rapide, lèvres violettes, vomissements abondants et répétés. Le pouls devient incomptable, le nez est froid. Cependant peu à peu les choses s'arrangent, le pouls redevient perceptible, à 150, les vomissements s'arrêtent et la malade finit par guérir après avoir présenté une série d'accidents les plus graves : syncopes répétées, température à 39,7, émission de quelques gouttes d'urine, albuminurie et glycosurie. Aucune complication du côté de la plaie. M. Schwartz attribue ces accidents au protoxyde d'azote.

M. CUNÉO aurait plus de tendance à croire à une poussée de pancréatite.

M. DE MARTEL, chez un blessé de guerre, a constaté des accidents pendant vingt-quatre heures. Mais dans tous les autres cas, il n'a obtenu que de très bons résultats du protoxyde d'azote. Il a voulu se rendre compte de ses effets sur lui-même, il n'en a éprouvé que beaucoup de satisfaction. Il rappelle les excellentes anesthésies, qu'obtenait Péan, de la méthode de Paul Bert avec le protoxyde d'azote sous pression (1).

M. BAUDET regrette que M. Schwartz, n'ait pas mentionné le taux de l'urée dans le sang et dans l'urine. Il a constaté des accidents analogues après le chloroforme. L'augmentation de l'urée dans le sang et sa diminution dans l'urine doivent faire porter un pronostic fatal.

M. LABBEY, chez une femme de cinquante ans opérée d'un néoplasme de l'estomac, qui avait une tension artérielle de 16,9 au Pachon et fut anesthésiée par le protoxyde d'azote, a constaté 48 heures après l'opération des accidents très graves qui se sont terminés par une hémorragie cérébrale mortelle.

M. CHIFFOLIAU a pratiqué cinq cents anesthésies par le protoxyde d'azote et n'a jamais rien constaté de semblable. Aussi ne croit-il pas, dans l'observation de M. Schwartz, devoir attribuer les accidents au protoxyde d'azote.

M. LECÈNE pense que, dans le cas de M. Schwartz, il faut faire intervenir le facteur infection, non pas une infection exogène, car M. Lecène ne met pas en doute la parfaite asepsie de l'opération de son collègue, mais bien une infection endogène dont le chirurgien n'est pas responsable. Quand on ouvre un cholédoque sait-on jamais ce qu'on trouvera dedans.

M. TUFFIER pense aussi qu'il faut éliminer le protoxyde d'azote comme cause des accidents dans le cas de M. Schwartz.

M. HEITZ-BOYER considère le protoxyde d'azote comme l'anesthésique idéal.

Autoplasties de la face. — M. LENORMANT fait un rapport très intéressant sur une série de malades ayant subi de vastes pertes de substance de la face et chez lesquels M. Moure, par un procédé spécial basé sur l'emprunt de vastes lambeaux au cuir chevelu ou au cou, est arrivé à combler fort convenablement d'énormes pertes de substances nécessitées par de larges exérèses.

Les belles photographies que M. Lenormant nous fait passer sur l'écran sont très démonstratives.

M. GERNEZ a obtenu un très bon résultat par un procédé analogue.

(1) Nous avons assisté aux expériences de Péan, jamais nous n'avons constaté le moindre accident ni même le moindre malaise. Après les opérations, les malades pouvaient retourner chez eux à pied et déjeuner de fort bon appétit. Il est regrettable que la complication de la cloche ait rendu ce procédé d'anesthésie impraticable. (*Note du Rédacteur.*)

M. THIÉRY se demande si, en particulier pour le nez, la prothèse ne donne pas de meilleurs résultats.

Ostéosynthèse. — M. DUJARRIER nous présente un fort bon résultat d'une greffe ostéopériostique comme traitement d'une fracture du col du fémur.

Injections sclérosantes. — M. BASSET nous montre un bon résultat d'injections sclérosantes dans les veines variqueuses.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1923)

Développement excessif des extrémités chez un nourrisson de neuf mois (acromégalie congénitale?) — MM. LEREBOULLET, MAILLET et JOANNON présentent un nourrisson de neuf mois de taille et poids normaux, dont les mains et les pieds exagérément développés dès la naissance atteignent actuellement la taille de ceux d'un enfant de dix-huit mois. La radiographie montre une selle turcique normale, et révèle une précocité dans l'apparition de certains points d'ossification (3e cunéiforme, épiphyses inférieures du tibia et radius). S'agit-il de troubles d'origine hypophysaire et d'acromégalie congénitale? L'évolution seule le montrera.

Sur la valeur de l'hydrocèle des nouveau-nés comme signe d'hérédo-syphilis. — M. DUFOUR à propos de la communication récente de MM. Salès et Vallery-Radot rappelle qu'il a dès 1914 et le premier signalé l'origine hérédo-syphilitique de certaines hydrocèles du nouveau-né.

Une discussion s'engage entre MM. COMBY, DUFOUR, LESNÉ, NOBÉCOURT, d'où il ressort qu'il existe deux sortes de variétés d'hydrocèles des nouveau-nés, l'une, la plus fréquente, liée ou non à la persistance du conduit vagino-péritonéal, est passagère et guérit spontanément en quelques jours; l'autre, qui persiste, plus rare, est liée à la présence de lésions scléro-gommeuses du testicule, perceptibles au palper et au microscope, manifestement hérédo-syphilitique.

Un cas de cyanose congénitale par atrésie tricuspidienne (atrophie du ventricule droit, communication interauriculaire et interventriculaire, persistance du canal artériel). — MM. G. SALÈS et J. FLORAND. En dehors de la rareté du fait (24 observations seulement), cette communication fait ressortir la difficulté du diagnostic clinique du type de la malformation cardiaque chez les nourrissons. Les auteurs insistent sur l'importance de l'examen radiographique tout au moins pour le diagnostic de malformation cardiaque en cas de cyanose congénitale sans signes cardiaques d'auscultation, cas fort embarrassant en pratique. Ils pensent qu'une collaboration de tous ceux qui peuvent utilement étudier les malformations congénitales du cœur (cardiologues, pédiâtres et accoucheurs) apportera seule quelques précisions sur ce sujet très obscur en clinique du premier âge.

Exostose de l'omoplate. — M. J. GÉNÉVRIER présente un enfant de douze ans qui porte sur le bord spinal de l'omoplate droite une tumeur osseuse du volume d'une mandarine; parfaitement indolore, cette tumeur resta ignorée du malade et de ses parents jusqu'au jour où une radiographie fut faite pour préciser le diagnostic d'une adénopathie bronchique.

Discussion. — MM. VEAU, MOUCHET, HALLOPEAU ont observé des exostoses semblables du bord spinal de l'omoplate, généralement pédiculées et d'extirpation très facile.

Méningococcémie à type de fièvre intermittente chez un nourrisson de onze mois. — MM. Robert DEBRÉ, J. RAVINA et Mlle DE PFEFFEL. Observation d'un nourrisson qui a présenté pendant quarante-deux jours une septicémie à type de fièvre intermittente pure, caractérisée par des accès fébriles à type quotidien ou tierce. Entre les accès l'enfant était en parfaite santé et ne présentait aucun autre signe. Le méningocoque en cause a été mis en évidence par l'hémoculture et l'ensemencement du rhinopharynx. La guérison a été obtenue par deux injections de sérum antiméningococcique polyvalent, injections sous-cutanées de 40 centimètres cubes.

La recherche de l'identification exacte du microbe a montré des agglutinations et des réactions sur les milieux sucrés

discordantes. Il ne se serait pas agi d'un méningocoque *a*, *b* ou *c*, mais d'un diplococcus catarrhalis.

Discussion. — MM. Debré, Ribadeau-Dumas, Tixier, Avi-ragnet. L'identification exacte de la variété d'un méningocoque pour la recherche d'un sérum strictement spécifique demande une semaine de recherches. Il faut donc se contenter de l'identification rapide d'un germe de la série méningocoque et se contenter de l'emploi d'un sérum polyvalent.

Péritonite primitive à pneumocoques chez un garçon de seize ans. — MM. Paisseau et Duchon rapportent l'observation d'une péritonite primitive survenue chez un sujet de seize ans, atteint de néphrite chronique avec anasarque. L'affection évolua sous la forme d'une péritonite septique diffuse et le malade succomba le septième jour. Le pneumocoque fut retrouvé dans le pus péritonéal et isolé du sang par hémoculture; il s'agissait d'un pneumocoque très virulent mais atypique, ne rentrant dans aucune des trois races classiques.

Cette observation présentait plusieurs particularités notables. Au point de vue étiologique la péritonite est apparue à la fin de l'enfance, où elle est à peu près aussi rare que chez l'adulte Cliniquement elle a d'ailleurs affecté les caractères de la péritonite de l'adulte qui ne tend plus à s'enkyster comme cela est si fréquent dans le jeune âge; elle a au contraire présenté les attributs de la péritonite septique diffuse, peu commune dans les infections à pneumocoques.

Chez ce malade en état d'anasarque on peut se demander si l'état antérieur du péritoine n'a pas joué, comme on l'a prétendu, un rôle dans la localisation du pneumocoque dont on a rapporté des exemples, au cours des cirrhoses.

Cette observation montre également que les infections à pneumocoques atypiques peuvent acquérir une gravité très grande, cette gravité est due à la fois à la virulence de ces germes, qui peut être considérable, et à l'inefficacité des sérums préparés avec d'autres espèces.

Les irrégularités dento-facio-cranienne et leur traitement. — M. Pierre Robin présente une trentaine d'enfants atteints d'atrophie de l'un des deux maxillaires ou des deux à la fois, créant trois types : orthognathes, prognathes, opistognathes. Il montre le retentissement que ces déformations ont sur le développement du crâne, la respiration, la mastication, tous les échanges vitaux, le développement général et intellectuel des enfants. Il expose sa méthode de dilatation progressive du maxillaire atrophié jusqu'à reconstitution d'un articulé dentaire normal. Ce résultat est obtenu au moyen d'un appareil intrabuccal monobloc et parfois d'un deuxième appareil de mastication. La méthode est applicable à tous les âges.

Deux observations de sacralisation douloureuse de la Ve lombaire chez l'enfant. — M. Lance a observé chez deux fillettes de onze ans et quatorze ans et demi, amenées l'une pour scoliose, l'autre pour mal de Pott, des symptômes douloureux, violents. La radiographie montre dans les deux cas une sacralisation complète de la Ve lombaire. Dans le premier cas, les douleurs disparurent spontanément, au bout de deux ans; dans le deuxième, elles cédèrent à une injection de lipiodol, faite dans le trou lombo-sacré au niveau de la Ve paire lombaire.

L'auteur montre que la sacralisation vraie, affection congénitale est forcément aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, mais passe inaperçue, parce qu'elle n'est pas douloureuse. En effet, la fusion osseuse de la vertèbre sacralisée avec le sacrum ne commence qu'après huit ans et les signes douloureux ne débutent, vers l'adolescence, que lorsque la fusion est déjà avancée.

Discussion. — MM. Rœderer, Trèves, Lance. Le diagnostic de sacralisation douloureuse est parfois l'objet d'erreurs. La simple hypertrophie anormale des apophyses transverses de la Ve lombaire ne suffit pas à constituer la sacralisation.

Celle-ci consiste en une fusion complète de la vertèbre avec le sacrum ; c'est ce qu'on observe toujours dans les cas douloureux.

Fibrome de l'aponévrose plantaire. — MM. ROCHER et BONNIN (de Bordeaux) présentent une observation de fibrome à éléments jeunes, développé dans l'épaisseur de l'aponévrose plantaire chez un bébé de quinze mois. Extirpation facile. L'intérêt réside dans la rareté de ces tumeurs chez le nouveau-né.

Deux cas d'intoxication par le sulfate d'atropine. — M. Georges SCHREIBER. Deux frères de neuf et dix ans, incontinents d'urine, ayant été soumis à une médication antispasmodique par le sulfate neutre d'atropine en solution au millième, suivant la technique préconisée par M. Comby, présentèrent, le troisième jour du traitement, des signes manifestes d'intoxication belladonnée : vomissements, sécheresse de la bouche, dilatation pupillaire.

Pour administrer le sulfate d'atropine, la grand'mère à laquelle les enfants étaient confiés, avait bien utilisé un compte-goutte, mais persuadée qu'il fallait remplir cet instrument et le vider chaque fois, pour compter une goutte, elle avait fait absorber à chaque enfant, en trois jours, un demi-centigramme de sulfate neutre d'atropine, dose toxique qui entraîne des accidents, heureusement bénins.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1923)

Syphilis et tuberculose : l'anergie syphilitique. — MM. Marcel LELONG et E. RIVALIER, en pratiquant en séries des cuti-réactions à la tuberculine sur soixante-trois syphilitiques, dont quarante à la phase secondaire, ont constaté :

1° Qu'il existe une anergie syphilitique;

2° Que cette anergie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme; elle correspond aux périodes évolutives de l'infection syphilitique. Elle débute dès la période sérologique du chancre, atteint son maximum d'intensité et de fréquence au moment de la pleine efflorescence des accidents septicémiques secondaires, et se prolonge, en diminuant d'intensité et de fréquence, jusqu'au huitième mois de la maladie, peut-être davantage;

3° Elle cède rapidement au traitement antisyphilitique, surtout arsenical, qui fait réapparaître en moyenne en deux à quatre semaines une cuti-réaction positive;

4° Elle est plus prolongée chez les syphilitiques porteurs de lésions tuberculeuses.

La syphilis est donc un facteur important des réinfections tuberculeuses de l'adulte.

M. PORTIER signale les curieux résultats obtenus, dans son laboratoire, par M. Duval. Quand on a incisé le cœur d'une carpe, et qu'on lui a retiré tout le sang que contenait son ventricule, si on remet l'animal dans l'eau, il ne tarde pas à se rétablir complètement, même si l'expérience est faite plusieurs fois de suite. Ce fait curieux, et en apparence incompréhensible est dû à ce que la paroi du ventricule est spongieuse, et qu'une simple ponction ne suffit pas à la vider du sang qu'elle contient.

Double fovéa. — M. PORTIER a observé, chez les rapaces, l'existence d'une double fovéa. Si l'on se rappelle que ces animaux évoluent avec rapidité et adresse, la nuit, au milieu de mille obstacles, et sans jamais les heurter, c'est sans doute parce que, de leurs deux fovéas, l'une sert à fixer la proie, et l'autre, à éviter les obstacles. S'il en est ainsi, les oiseaux prédateurs marins ne doivent avoir qu'une seule fovéa, puisque, pratiquement, ils ne rencontrent pas d'obstacle. Ce que peut dire à ce sujet M. Portier, c'est que les ouvrages d'ornithologie parlent d'un certain oiseau marin, appelé le Fou de Bassam, qui n'a qu'une fovéa, et qui sait si mal éviter les obstacles qu'on le saisit en fixant un poisson sur une pièce de bois tendre que l'on traîne à la dérive d'un bateau. L'oiseau voit de haut cette proie, et se précipite sur elle avec une telle fureur qu'il embroche et poisson et bois, dans l'intérieur duquel son bec reste fixé. Il n'y a plus dès lors qu'à tirer l'amarre pour le ramener.

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1923)

Présentation de cages à métabolisme pour animaux de laboratoire. — MM. Jean CAMUS et J.-J. GOURNAY présentent deux types de cages l'un pour chien l'autre pour lapin ou chat. Ces cages destinées à l'étude du métabolisme permettent de recueillir les matières fécales et les urines de façon distincte. Des auges externes à la cage l'une pour les aliments, l'autre pour les boissons sont disposées de telle sorte que les aliments et boissons ne peuvent se mélanger aux excréta.

L'alimentation des animaux, le prélèvement des matières fécales et des urines, le nettoyage sont assurés sans qu'il soit besoin d'ouvrir la cage.

Mesure quantitative de la rétraction du sérum sanguin. — MM. E. LÉVY-SOLAL et A. TZANCK proposent de substituer à la méthode qualitative de mesure de la rétraction du sérum, une appréciation quantitative du phénomène. On part d'une quantité connue de sang, le lendemain on soustrait le sérum exsudé. Le volume du caillot exprime ainsi sa rétraction quantitative.

Quatre cas d'infection puerpérale traités avec succès par l'injection sous-cutanée de sérum de convalescente. — M. E. LÉVY-SOLAL a utilisé en injection sous-cutanée le sérum de convalescente, d'une infectée puerpérale ayant guérie après des complications multiples (phlébite, embolies, érysipèle, abcès), pour traiter quatre cas d'infection puerpérale grave.

Chez la première femme, qui présentait des accidents septicémiques graves depuis cinq semaines, l'éclosion d'une arthrite de l'épaule avec épanchement et d'une arthrite du poignet avec gros empâtement péri-articulaire fut nettement modifié dans leur évolution : disparition très rapide des phénomènes douloureux, récupération fonctionnelle des mouvements, affaissement des phénomènes phlegmasiques péri-articulaires, évolution subaiguë de l'épanchement.

Dans un deuxième cas d'infection septicémique postabortum, l'injection sous-cutanée de 70 centimètres cubes de sérum en sept fois eut pour effet de supprimer la crise quotidienne de frissonnements, d'amener la chute du pouls, et de permettre l'évolution d'un abcès de fixation tenté vainement avant la mise en œuvre du traitement sérothérapique.

Dans deux autres cas, traités précocement au dixième jour, infection grave caractérisée par une hyperthermie à grandes oscillations ou en plateau, un pouls battant aux environs de 120, 140, un état général très altéré, des frissons violents se répétant tous les jours, l'injection de sérum renouvellée pendant quatre à six jours à la dose de 10 centimètres cubes par jour, jugula nettement l'infection.

Il semble que ces injections, qui ont peut-être une action spécifique, agissent avec d'autant plus d'efficacité qu'elles sont faites d'une façon plus précoce.

En présence de nouveaux cas d'infection puerpérale et à défaut de sérum de convalescente on pourrait hésiter d'employer le sérum de scarlatineux convalescent ayant présenté des suppurations locales.

MM. DEBRÉ et GRIGAULT demandent si des résultats n'auraient pu été obtenus par de simple sérum de cheval.

M LÉVY-SOLAL. J'ai essayé longtemps, et sans le moindre succès, le sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur.

Intradermo-réaction avec l'antigène tuberculeux méthylique de Bocquet et Nègre. — MM. P. ARMAND-DELILLE, ISAAC-GEORGES et DUCROHET pratiquant des intradermo-réactions au moyen d'une dilution titrée d'antigène tuberculeux méthylique de Bocquet et Nègre, ont obtenu des résultats identiques comme signes et parallèles comme intensité, à ceux fournis par la tuberculine. Par contre, il n'y a pas de rapport direct avec la teneur en anticorps du sérum des mêmes sujets, par conséquent, les deux réactions, également spécifiques de l'infection tuberculeuse, n'ont aucun parallélisme entre elles.

Election. — M. GAUTRELET est nommé membre titulaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Inspection, palpation, percussion, auscultation. Leur pratique en clinique médicale, par Maurice LETULLE. 3e édition, 133 fig. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Il sera ouvert à Paris, aux dates ci-après indiquées, des concours pour deux places d'agrégé des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, savoir :

Le 16 mai 1923, une place d'agrégé de chirurgie près la Faculté de médecine de Strasbourg.

Le 23 mai 1923, une place d'agrégé de chimie près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Sont rapportées les dispositions de l'article 1er de l'arrêté du 19 décembre 1922 mettant au concours une place d'agrégé (section de médecine) près la Faculté de médecine de Strasbourg et une place d'agrégé (section de chimie) près la Faculté de médecine de Montpellier. (*J. O.*, 10 mars 1923.)

— PARIS. — *Inauguration du Musée Landouzy.* — Le jeudi 22 mars 1923, le Musée Landouzy sera inauguré au laboratoire de thérapeutique. A cette occasion une cérémonie présidée par M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, aura lieu à 15 h. dans la salle du conseil de la Faculté.

Des allocutions seront prononcées par M. le Doyen, MM. les professeurs Léon Bernard, Marcel Labbé, et Carnot, par Mme Déjerine, M. le docteur Jacquinet, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, M. le professeur Charles Richet et M. Paul Strauss.

— ALGER. — Un décret approuve la délibération du conseil de l'Université d'Alger en date du 26 juin 1922, portant création, dans les conditions fixées par le décret du 31 juillet 1920 (art. 3, § 2), d'un institut d'hygiène et de médecine coloniale de l'Afrique du Nord. (*J. O.*, 10 mars 1923.)

— MONTPELLIER. — Le professeur Derrien, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, a donné sa démission de doyen.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Médaille pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :

Médaille d'argent : MM. les docteurs Dubreuil (de Paris), Bindé (à Ancenis).

Médaille de bronze : MM. les docteurs Guillemaut (de Louhans), Bonier (de Saint-Julien-en-Génevois), Coquand (d'Annemasse), Dantan (de Paris), Mouflier (de Villers-Cotterets).

— M. le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs, est nommé membre de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France, en remplacement de M. le docteur Faivre, inspecteur général des services administratifs.

VOYAGES MÉDICAUX NORD-AFRICAINS DE " BRUXELLES MÉDICAL ". — Dès maintenant, tous les médecins ayant été en relations avec *Bruxelles médical*, à propos des voyages Algérie et Tunisie, sont priés de s'adresser directement à son collaborateur parisien, M. J. Bernard, section des voyages médicaux, 2, rue de Caumartin, Paris, qui leur répondra directement.

DOUZE JOURS D'AUTOMOBILE EN CORSE. — *L'Evolution médico-chirurgicale* organise pour la semaine de Pâques (du 30 mars au 10 avril), une fort belle excursion à travers la Corse. Elle est réservée aux médecins, à leur famille et leurs amis.

Des autos de tourisme emmèneront les excursionnistes à tous les sites merveilleux de l'île de Beauté.

Le prix total du voyage comprenant les deux traversées (départ de Nice), tout le voyage en Corse, le logement et la nourriture (vin compris) est de 1.220 francs.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à *L'Evolution médico-chirurgicale*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. (Professeur : M. Pierre MENETRIER.) — M. le professeur P. Menetrier continuera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mercredi 14 mars 1923, à 17 heures, à l'amphithéâtre de thèses n° 2, et les mercredis suivants pendant toute la durée de l'année scolaire.

Sujet du cours : Histoire de la médecine et de la chirurgie depuis le XVIIe siècle jusqu'à nos jours.

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de MM. CUNÉO, professeur, et GRÉGOIRE, agrégé. (Cours de M. le docteur Bernard Fey et M. le docteur Jean Sénèque, prosecteurs). — OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL URINAIRE ET L'APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME. — Ouverture du cours le mercredi 14 mars 1923, à 14 h.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

COURS DE PATHOLOGIE MÉDICALE. — M. le docteur Baudouin, agrégé, commencera le cours de pathologie médicale le jeudi 15 mars 1923, à 18 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (amphithéâtre Vulpian).

Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 3e et de 4e année d'études.

Objet du cours : Maladies de l'appareil respiratoire. Tuberculose pulmonaire. Eléments de sémiologie technique et critique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR RICHAUD

Bien jolie leçon inaugurale que celle dont nous a régalés, samedi dernier, au grand amphithéâtre, le professeur Richaud. De l'esprit et du cœur ; des fresques d'histoire, largement brossées ; des idées générales exprimées de la manière la plus élégante : comme les autres sciences, la pharmacologie peut-elle être autre chose « qu'une langue bien faite »?

Pour commencer, l'émouvante évocation des Maîtres disparus, auxquels le nouvel élu doit ce qu'il sait et ce qu'il est : Bourquelot, belle et noble figure de savant, qui, dans son petit laboratoire de l'hôpital Laënnec, a fait de si grandes découvertes ; Bourquelot, l'inventeur des glucosides, et dont les élèves s'appellent Bougault, Bridel, Hérissey ; Bourquelot, qui a éveillé autour de lui un frémissement d'âmes si spontané, si profond et si doux ; Bouchard, dont le chef de laboratoire était alors Desgrez, le chef de clinique, l'affable Pierre Teissier, et qu'assistaient, déjà fraternellement unis, Claude et Balthazard ; Bouchard, intelligence illimitée, que n'effrayaient ni l'ampleur des conceptions, ni l'audace des synthèses créatrices ; Debove, chez qui le scepticisme n'était peut-être que de surface, grand connaisseur d'âmes, et qui, dans la brillante phalange qui l'entourait, avait, de bonne heure, su discerner un Achard ; Mathieu, objet de vénération pour tous ceux qui l'ont approché, et qui a passé en faisant le bien ; Landouzy, esprit tout bouillonnant d'idées, hanté d'avenir, et auquel son talent de parole a, bien des fois, permis d'être prophète en son pays....

Après les morts, les vivants : Gley, qui lui a enseigné les méthodes expérimentales et les disciplines de l'esprit, et qui a su s'inspirer, dans ses magnifiques recherches, de la pensée formulée par Cl. Bernard : « Une main habile sans la tête qui la dirige est un instrument aveugle ; la tête sans la main qui réalise reste impuissante ; » Fernand Bezançon, qu'il a connu interne, et déjà maître ès-bactériologie ; Brault, dont les conceptions ont révolutionné la science sans que sa modestie s'en soit même aperçue ; Louis Fournier, duquel rayonne une telle bonté que, dès son entrée dans la salle, tout le monde se sent mieux, depuis les « petits malades » jusqu'à ceux qui, depuis longtemps, ont laissé l'espérance ; Sainton, le camarade de jadis, l'ami de toujours ; le professeur Pouchet qui, après avoir, plus d'un quart de siècle, formé d'innombrables générations d'étudiants, a pris enfin sa retraite : à lui, la satisfaction d'avoir bien servi ; à ses successeurs, l'espérance de pouvoir, longtemps encore, profiter de ses précieux conseils !

C'est que la pharmacologie a singulièrement progressé depuis que le génie d'un Lavoisier a mis à notre disposition les merveilleuses ressources de l'analyse chimique. Finies, les fastidieuses discussions entre vitalistes et animistes ; désuètes, ces classifications où un même médicament figurait tantôt parmi les stimulants, tantôt parmi les contre-stimulants ; reléguées au magasin des antiquités, les théories d'un Paracelse ! La chimie a tué l'alchimie. Lavoisier a permis Magendie, dont le principal titre de gloire reste encore d'avoir inventé Claude Bernard ; il a rendu possible l'œuvre de Pasteur. Depuis lors, que d'acquisitions nouvelles ! N'est-ce pas dans ce même laboratoire de la Faculté de médecine de Paris que Soubeyran découvrait, en 1832, le chloroforme, faisant ainsi mentir l'adage fameux : « Opus est divinum, sedare dolorem »? Date qui date, puisqu'à partir d'elle, l'acte opératoire a cessé de remuer de la douleur ! La synthèse chimique commence avec Berthelot, et, dorénavant, la chimie organique devient la chimie des composés du carbone. Partout, on s'efforce de préparer des corps capables de soulager ou de guérir. Quel orgueil, pour le savant, d'établir, sur le papier, la formule d'une substance douée de telle ou telle propriété thérapeutique, puis de réaliser son rêve, d'animer cette moderne Psyché, de lui donner la vie, de se dire que, si rien ne se perd, il n'est rien que la science des chimistes ne puisse arriver à créer !

Mais aussi combien les résultats obtenus doivent nous remplir d'humilité ! Depuis trente ans, c'est par milliers que, des laboratoires, ont pris essor de nouveaux médicaments. Parmi eux, combien ont rendu d'indiscutables services? Combien survivent à l'engouement des premiers jours? Pas même une dizaine, et, quand on a cité chloroforme, éther, protoxyde d'azote, novocaïne, on est bien près d'avoir épuisé la liste. La plupart des autres se sont montrés uniformément et universellement inactifs, et n'ont eu qu'à gagner à l'oubli. Vainement, chaque année, les chimistes d'outre-Rhin essayent-ils d'écouler, à grand renfort de réclame, quelques-uns de ces rossignols synthétiques ! Ne savent-ils donc pas que dame Nature est plus habile que nous, qu'aucun savant n'est encore parvenu à faire jaillir de son creuset une substance capable de rivaliser avec la digitale, avec le quinquina, avec l'opium ? Tous leurs professeurs à lunettes ignorent-ils donc que, même lorsque nous avons, par synthèse, reproduit un corps aussi simple que l'acide salicylique, le produit de synthèse n'est qu'une simple contrefaçon du corps naturel et que les combinaisons que l'on trouve toutes faites, dans le monde végétal ou dans le monde minéral, l'emportent de beaucoup, par leur activité, sur celles que nous fabriquons dans nos laboratoires ?

Force est donc de reconnaître, qu'entre la Nature et nous, la partie n'est pas égale, et que, jusqu'à présent, celle-ci garde jalousement ses secrets. Raison de plus pour essayer de les lui arracher. Heureux ceux qui, au soir de leur vie, peuvent dire, avec cet auteur contemporain : « Nous nous sommes approchés de la vérité autant que nous l'avons pu ; nous avons découvert une petite parcelle de beauté qui dormait encore, sans forme et sans couleur, dans la terre avare ! » Heureux qui, comme Magendie, peut se comparer à un chiffonnier, fouillant, de son crochet, les détritus de la vie, et y faisant, de temps à autre, quelque fructueuse trouvaille !

Les étudiants qui se pressaient sur les gradins ont salué, de leurs applaudissements les plus chaleureux, cette éloquente péroraison. Ils ne se proposaient pas seulement de manifester ainsi leurs sympathies à l'un de leurs maîtres les plus aimés ; ils voulaient, surtout, lui dire combien, jeunes, ils lui savent gré de rester jeune, de ne s'être pas encore cristallisé. A lui, maintenant, de diriger leurs travaux ! Tâche à laquelle il va se donner de tout son cœur, et que, soyons-en sûrs, il saura mener à bien ! L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS

594. — **A CÉDER CLINIQUE CHIRURGICALE**, à Pau. En plein rendement, installation moderne. Se presser.

Ecrire VITRAC, 31, rue Carnot, Pau.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1922

PAR

Louis DELHERM P. THOYER-ROZAT

CHEF ADJOINT

DU LABORATOIRE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ.

I. OS ET ARTICULATIONS

L'os trigone. (A. LAQUERRIÈRE. *Journ. de radiol.*, mai 1922, n° 5, t. VI.) — En raison des variétés anatomiques que peut présenter l'extrémité postérieure de l'astragale, il importe de bien connaître ses différents aspects radiologiques normaux ou pathologiques afin de pouvoir se prononcer sur l'intégrité ou la non-intégrité de cette partie du squelette.

Pratiquement, lorsque, chez un traumatisé du pied, on trouve à la face postérieure de l'astragale un osselet libre et que l'on doute s'il s'agit d'un os trigone ou d'une fracture de l'apophyse postérieure, il importe de radiographier l'autre pied; l'os trigone étant en général symétrique, on aura déjà de ce fait un élément de précision. La solution ne sera toutefois pas toujours aussi simple, et l'auteur envisage divers cas particuliers où la discussion de l'aspect radiologique et des signes cliniques sera indispensable pour affirmer ou nier l'existence de la fracture.

Cf. — L'os tibial externe. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. *Bull. de la Soc. d'électr. et de radiol.*, juillet 1922.)

La radiographie de la base du crâne. (E.-J. HIRTZ. *Journ. de radiol.*, juin 1922, t. VI, n° 6.) — Les méthodes couramment utilisées pour la radiographie du crâne ne donnent qu'une image incomplète de la base du crâne dont on n'a, en réalité, que la silhouette de profil. Mais on peut, dans des conditions particulières exposées en détail par l'auteur, obtenir des radiographies sur lesquelles la base du crâne est projetée de face. Cette méthode comporte deux incidences : l'une antérieure, vertex-menton-plaque, l'autre postérieure, menton-vertex-plaque, que l'on obtient en défléchissant à l'extrême la tête du patient. Les images ainsi obtenues sont très riches en détails osseux et en enseignements nouveaux, tant en ce qui concerne l'anatomie radiologique de la base que pour le diagnostic des lésions de cette importante région.

Cf. — Le diagnostic radiologique des sinusites. (HIRTZ. *Soc. de radiol.*, nov. 1922.)

Contribution à l'étude du syndrome de Klippel-Feil. (Mme Valérie Pétresco POISSONNIER. *Th. de Paris*, 1922.) — A propos de deux observations personnelles qu'elle a eu l'occasion de faire dernièrement, l'auteur passe en revue les différents éléments de cette monstruosité des « hommes sans cou » et qui sont :

a. *Au point de vue clinique* :

Absence plus ou moins complète de cou;

Implantation basse des cheveux sur la nuque;

Limitation des mouvements de la tête.

b. *Au point de vue radiologique* :

Spina bifida cervical;

Tassement des vertèbres cervicales réduites de nombre, soudées entre elles et atrophiées, d'où constitution d'un véritable thorax cervical.

La pathogénie s'explique d'abord par l'apparition du spina bifida auquel fait suite le tassement vertébral.

Le diagnostic, essentiellement radiographique, est à faire avec le mal de Pott.

Cancer vertébral avec compression radiculo-médullaire: diagnostic radiographique. (J. SICARD, J. FORESTIER et J. LERMOYEZ. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 juin 1922.) — A l'occasion d'un cas de cancer vertébral, les auteurs rappellent l'intérêt de la radiographie qui aide beaucoup à faire le diagnostic et en particulier à différencier cette affection d'avec le mal de Pott.

Dans le *mal de Pott*, à la période destructive, l'altération et même la destruction du disque intervertébral est la règle.

Dans le *cancer vertébral* (trois observations avec une vérification anatomique), il y a affaissement d'un corps vertébral allant presque jusqu'à la destruction totale, mais avec intégrité complète des disques intervertébraux adjacents.

Les syndromes lombo-ischialgiques d'origine vertébrale, leur entité morphologique, radiographique et clinique. (BERTOLOTTI. *Revue neurol.*, août 1922.) — La symptomatologie douloureuse ischialgique a, dans 80 p. 100 des cas, une origine vertébrale que seule la radiographie permet de mettre nettement en évidence.

En dehors des lésions traumatiques et de la carie vertébrale, les principales altérations du segment sacro-lombaire capables de provoquer le syndrome douloureux sont :

1° L'ossification ligamenteuse, totale ou partielle (et d'origine rhumatismale probable) au niveau de la XXIVe vertèbre, ou pseudo-sacralisation;

2° La lombo-arthrite chronique manifestée par une ostéophytose plus ou moins prononcée, ou par un tassement vertébral consécutif à une érosion avec aplatissement des apophyses articulaires sacro-lombaires, d'où peut résulter un contact iléo-transversaire pris parfois, à tort, pour une sacralisation;

3° La sacralisation légitime, c'est-à-dire non pas seulement l'hypertrophie transversaire, mais l'assimilation de la vertèbre présacrée à la 1re sacrée avec fusion des éléments latéraux de L^5 avec les surfaces auriculaires sacro-iliaques, se traduisant par une morphologie anormale de la charpente osseuse vertébrale sus-jacente.

Cf. — La Ve vertèbre lombaire et ses variations : leur image radiographique, leur valeur clinique; sacralisations et pseudo-sacralisations. (A. LÉRI. *Presse méd.*, 22 fév. 1922.)

Sacralisation vraie de la Ve lombaire et algies sciatiques. (ZIMMERN, LAURET et R. WEILL. *Presse méd.*, 16 août 1922.)

Considérations sur la pathogénie et l'évolution de la scoliose congénitale. (MOUCHET et RŒDERER. *Presse méd.*, 8 juillet 1922.)

II. APPAREIL CIRCULATOIRE

Dilatation de l'artère pulmonaire dans sa portion initiale. (DELHERM, MOREL-KAHN et THOYER-ROZAT. *Soc. de radiol.*, mars 1922.) — L'intérêt de l'observation rapportée par les auteurs réside dans ce fait que l'examen radiologique put être contrôlé anatomiquement peu de temps après. A l'écran, on voyait une saillie exagérée de l'arc moyen avec battements nets à ce niveau : le diagnostic porté fut celui de dilatation de l'artère pulmonaire par compression ganglionnaire probable en raison de l'obscurité complète du médiastin postérieur. On en eut la confirmation à l'autopsie qui révéla également une augmentation du calibre de l'aorte.

Cf. — Valeur de la constatation à l'écran de la dilatation de l'artère pulmonaire. (D. ROUTIER. *Soc. de radiol.*, avril 1922.)

Radiologie de l'artère pulmonaire. (BORDET. *La Médecine*, mars 1922.)

Les bords de l'ombre médiane cardio-vasculaire vus de face. (DELHERM et R. CHAPERON. *Soc. de radiol.*, juillet 1922.) — Après recherches effectuées sur 14 sujets opacifiés sous radioscopie et 175 radiographies, les auteurs concluent que le bord droit de la veine cave supérieure est toujours visible en radioscopie de face sur le sujet normal et que c'est par erreur que l'on a attribué son profil à l'aorte ascendante. Contrairement à l'opinion classique, l'aorte ne prend aucune part à la formation du bord droit de l'ombre vasculaire. Les projections antérieures de l'aorte ascendante varient avec l'âge; chez les jeunes, l'aorte est entièrement située à gauche de la ligne médiane et reste séparée de la veine cave supérieure par un espace assez large. Chez l'adulte, l'aorte ascendante se projette sur la ligne médiane, elle est centrale, masquée par le sternum et l'ombre de la colonne. Chez le vieillard, la crosse peut faire saillie à droite du sternum, mais elle refoule alors la veine cave qui demeure visible en radioscopie. La veine cave présente alors une courbure à convexité droite et des mouvements de propulsion transmis qui permettent d'expliquer les interprétations erronées qui ont fait attribuer le profil de la veine cave à l'aorte.

Le bord droit de l'ombre médiane est donc constitué de haut en bas par le tronc veineux brachio-céphalique droit, la veine cave supérieure, l'oreillette droite, la veine cave inférieure. Le contour gauche est formé de haut en bas par l'ombre sterno-vertébrale, l'hémicercle aortique, la portion initiale descendante de l'aorte thoracique, l'artère pulmonaire, le ventricule gauche.

L'aorte ascendante n'est donc pas visible en position frontale, c'est le bord de la veine cave que l'on dessine sur les orthodiagrammes; on pourra donc désormais étudier plus attentivement la pathologie de la veine cave à peine esquissée jusqu'à présent.

Cf. — Les contours de l'ombre médiane cardio-vasculaire radiologique vus de face. (L. DELHERM et R. CHAPERON. *Presse méd.*, 26 avril 1922.)

Exploration radiologique du poumon par injection de lipiodol par voie intercrico-thyroïdienne. (AIMÉ, BRODIN et WOLFF. *Soc. de radiol.*, déc. 1922.) — Cherchant à utiliser l'opacité du lipiodol aux rayons X, pour le diagnostic de certaines affections pulmonaires, les auteurs, devant la difficulté de faire pénétrer le lipiodol dans les bronches par la voie sus-glottique, ont adopté la voie intercrico-thyroïdienne. Par ce procédé indolore, simple et sans danger, ils ont pu obtenir des injections des bronches très réussies. La radiographie des bronches ainsi injectées, outre qu'elle renseigne très exactement sur leur disposition anatomique, met en évidence certaines lésions broncho-pulmonaires, telles que la dilatation des bronches en particulier, dont le diagnostic, par les autres procédés d'exploration, reste souvent délicat. Enfin, ces injections de substances médicamenteuses auront peut-être un avenir thérapeutique des plus intéressants.

Cf. — Méthode générale d'exploration radiologique par l'huile iodée (lipiodol). (SICART et FORESTIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 mars 1922.)

Contrôle des injections intratrachéales par l'emploi de l'huile iodée et les rayons X. (FORESTIER et LEROUX. *Paris méd.*, 13 mai 1922.)

Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire. (KAESTLE. *Munch. med. Woch.*, n° 50.) — L'auteur paraît attacher une grande valeur à l'immobilité de la partie interne de la coupole diaphragmatique droite et à la disparition du sinus cardio-diaphragmatique qui en résulte. Cet aspect s'accompagne généralement aussi d'ombres hilaires droites, anormales et de traînées reliant le hile au diaphragme. Un tel ensemble de signes est, pour l'auteur, pathognomonique de lésions tuberculeuses primaires.

L'augmentation de l'ombre radiologique de la rate, symptôme précoce d'infection tuberculeuse. (Maurice VILLARET, LAGARENNE et P. BLUM. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 mars 1922.) — Les auteurs ont observé fréquemment, avant même l'apparition de tout autre signe clinique ou radiologique, une hypertrophie de la rate d'ordre congestif et réactionnel, contre un début d'infection pulmonaire.

Sur quelques points de radiologie concernant les affections pleuro pulmonaires de l'enfance. (E. WEILL et A. DUFOURT. *Journ. de radiol.*, janv. 1922.) — De l'examen d'un grand nombre d'enfants, les auteurs ont tiré quelques constatations intéressantes concernant la pneumonie et la tuberculose.

a. Le triangle pneumonique peut apparaître précocement ou tardivement ou faire défaut ou enfin exister sans signes cliniques nets : en règle générale, l'apparition précoce, plus fréquente au sommet, assombrit le pronostic. L'apparition tardive, généralement aux bases, est témoin, au contraire, de pneumonies bénignes.

La disparition de ce triangle est plus ou moins rapide, mais toujours postérieure à la crise.

La netteté de ses contours permet, en général, de différencier la pneumonie franche de la pneumonie tuberculeuse qui s'accompagne, à la périphérie du triangle, de taches, pommelures, etc.

b. Les ombres en bande transversale d'abord, à point de départ hilaire, dont elles constituent comme une émanation, barrent ensuite toute la largeur d'un champ pulmonaire et se présentent sous une épaisseur variable. Quand elles ne sont pas dues à une pleurésie interlobaire (et il faut reconnaître que le diagnostic n'en est pas toujours aisé), elles sont presqu'à coup sûr d'origine tuberculeuse. Toutefois, lorsqu'elles se réduisent à une simple ligne sombre, elles ne traduisent que de la sclérose de l'interlobe ou de la pleurite sèche interlobaire.

Artères pulmonaires et ombres hilaires normales. (R. CHAPERON. *Soc. d'électrothér. et de radiol.*, oct. 1922.) — La nature des ombres hilaires, chez le sujet normal a été très discutée, et cependant, il est d'une importance capitale de pouvoir interpréter correctement ces ombres; les auteurs ont recherché sur le cadavre opacifié et sur le vivant les projections antérieures des bronches et des vaisseaux pulmonaires, ainsi que leurs points de repère.

Ils ont constaté que les ombres hilaires radiologiques, chez le sujet normal, sont formées dans leur presque totalité par les branches des artères pulmonaires. Ces artères sont dans la règle, visibles en radioscopie sous la forme d'une image opaque ramifiée, on les aperçoit donc constamment et à tout âge, soit de face, soit en oblique.

Les auteurs décrivent minutieusement le trajet de ces artères et leurs points de repère, par rapport aux bords de l'ombre médiane, leur étude est indispensable si l'on veut être à même de distinguer les ombres hilaires artérielles normales des ombres pathologiques surajoutées.

Par contre, la présence des gros troncs bronchiques se traduit en radioscopie sous forme de bandes claires dont les auteurs précisent, avec soin, la situation et les rapports avec les artères pulmonaires; c'est à droite, en vue de face, le long de l'oreillette droite, à gauche en position oblique antérieure gauche, le long du ventricule gauche, que l'on pourra rechercher les bandes claires bronchiques dont la présence est constante chez le sujet normal, et dont on peut obtenir de bonnes épreuves radiographiques chez l'enfant.

Les grosses veines lobaires ne participent que dans une très faible mesure à la formation des ombres hilaires dont elles croisent la direction, sauf pour quelques branches descendantes. Ces entrecroisements se montrent sous l'aspect de taches sombres en chapelet qu'il ne faut pas confondre avec des nodules calcifiés; les veines lobaires ne paraissent donc pas donner d'image radiographique chez le sujet normal, mais leur apparition pourra modifier la forme des hiles dans les affections cardiaques s'accompagnant de stase veineuse.

On devra donc, désormais, éviter de prendre les ombres hilaires normales qui représentent les branches des artères pulmonaires pour des opacités morbides et l'on devra y songer, en particulier, lorsqu'on recherche l'existence des adénopathies trachéo-bronchiques.

Grâce à ces recherches, l'examen radiologique du hile pulmonaire normal ne devrait plus donner lieu à des erreurs d'interprétation.

Cf. — Etude radiologique du substratum anatomique des ombres hilaires normales. (DELHERM et CHAPERON. *Gaz. des hôpit.*, 4-6 juillet 1922.)

Anatomie radiologique des poumons. (GARCIN. *Journ. de radiol.*, mars 1922.)

Les ombres hilaires normales et pathologiques sur quelques sujets vivants. (DELHERM, DUHEM et CHAPERON. *Soc. de radiol.*, nov. 1922.)

III. APPAREIL DIGESTIF

Contribution à l'étude clinique des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite et du flanc droit. (E. ANTOINE. *L'Hôpital*, 1922, p. 440.) — Toutes les douleurs de la fosse iliaque droite et du flanc droit ne doivent pas être étiquetées appendicite et il faut distinguer :

a. Les vraies appendicites ;
b. Le cæco-ascendant anormalement mobile ;
c. Le cæcum ptose fixe et adhérent (périviscérite du carrefour inférieur) ;
d. La ptose de l'angle colique droit seul ;
e. La ptose totale du cæco-côlon droit par absence de coalescence du méso-côlon primitif ;
f. La membrane péricolique de Jackson ;
g. Les péricolites de l'angle droit (périviscérite du carrefour supérieur) ;
h. Les accolements en canon de fusil du côlon ascendant et du transverse.

C'est à un examen radiologique complet et bien conduit qu'il faudra demander de préciser la nature anatomique et le degré des lésions existantes.

Cf. — Les fausses appendicites : étude clinique, radiologique et thérapeutique des syndromes douloureux du cæcum et du côlon proximal. (Th. DE MARTEL et E. ANTOINE, 1 vol., Masson, éditeur.)

Etude critique de l'appendicite chronique. Importance de l'examen radioscopique. (G. LAROCHE, BRODIN, et ROUSSEAUX. *Presse méd.*, 8 avril 1922.)

Quelques radiographies de l'appendice iléo-cæcal. (L. MOREAU. *Arch. d'Electr. méd.*, juillet 1922.)

Formes radiologiques de l'appendicite chronique. (JAISSON, *Revue méd. de l'Est*, avril 1922.)

Quatre cas de diverticule du duodénum : radiographies en série. (KELLER. *Soc. de radiol.*, juillet 1922.) — La radiographie, en série, du duodénum dont la méthode a été introduite en France par l'auteur, lui a permis, dans les cas qu'il présente, de poser, d'une manière ferme, le diagnostic de diverticule du duodénum en raison de la précision des images obtenues par ce procédé et par la persistance de la niche sur toute la série des radiographies effectuées. Ce qui est intéressant, c'est de constater la fréquence du diverticule duodénal qui, par cette méthode, échappe difficilement à l'examen radiologique bien conduit.

Cf. — Dispositif permettant de prendre les radiographies en série avec des pellicules 13 × 18 d'un point localisé du tube digestif et, en particulier, de la région duodénale. (KELLER. *Soc. de radiol.*, fév. 1922.)

La radiographie en série du duodénum. (DELHERM et MOREL-KAHN. *Congrès pour l'avancement des sciences*, Montpellier, juillet 1922.) — La méthode des radiographies en série du duodénum, d'après la technique américaine importée, en France, par le docteur KELLER, constitue un progrès très intéressant et un procédé de très grande valeur pour le diagnostic des ulcères du duodénum et d'une manière plus générale encore pour celui des affections du carrefour. On peut, par ce procédé, saisir différents temps du transit duodénal et constater la déformation permanente du bulbe (en bouchon, en feuille de trèfle, la rectitude segmentaire de la petite courbure du bulbe, une niche, une incisure, un diverticule même, ou encore, la dilatation du bulbe en deçà d'un point sténosé avec aspect filiforme de la sténose. L'interprétation de ces films en série est délicate et demande une certaine éducation : mais ce procédé fournit des renseignements d'une importance capitale et impossibles à obtenir par les autres méthodes.

Cf. — Dispositif permettant de prendre les radiographies en série avec des pellicules du format 13 × 18 d'un point localisé du tube digestif et, en particulier, de la région duodénale. (KELLER. *Soc. de radiol.*, fév. 1912.)

Acquisitions récentes dans la recherche et la localisation des calculs des voies biliaires. (H. BÉCLÈRE. *La médecine*, 1922, n° 9.) — La visibilité des calculs de la vésicule est fonction de leur richesse en sels de chaux : d'une manière générale, ils ne sont visibles que dans 30 p. 100 des cas environ. Encore faut-il suivre une technique rigoureuse exposée en détail par l'auteur : préparation du malade, positions de choix, technique radiographique ; à l'heure actuelle, on arrive à faire le diagnostic de localisation entre le calcul de la vésicule et le calcul du cholédoque. L'examen radiographique est donc désormais indispensable chez tout malade supposé porteur de calculs biliaires.

Cf. — Radiographie de la vésicule biliaire. (DARBOIS. *Bull. de la Soc. de radiol.*, juillet 1922.)

Calculs de la vésicule biliaire et du cholédoque. (GUY-LAROCHE et RONNEAUX. *Bull. de la Soc. de radiol.*, avril 1922.)

Diagnostic radiologique des tumeurs de l'hypocondre gauche (L. MALLET et R. COLIEZ. *Journ. de radiol.*, fév. 1922.) — Après avoir rappelé les services que peuvent rendre, pour le diagnostic radiologique de certaines tumeurs abdominales, l'insufflation colique et l'insufflation gastrique combinées, les auteurs estiment que dans les cas particulièrement difficiles et surtout quand il s'agit de tumeurs de l'hypocondre gauche, le pneumo-péritoine donne des renseignements extrêmement intéressants. Ils rappellent, à ce propos, la conduite de l'examen et les positions classiques à donner au malade : décubitus ventral, décubitus latéral droit pour déterminer un plan de clivage entre la rate et le rein droit, décubitus dorsal qui met en évidence les adhérences des organes abdominaux avec la paroi antérieure. Une série d'observations détaillées montrent que, seul, le pneumo-péritoine permit, dans ces cas, de poser un diagnostic resté jusque-là incomplet ou hésitant.

IV. APPAREIL GÉNITO-URINAIRE ET OBSTÉTRIQUE

Sur un nouveau procédé d'exploration radiologique du rein : le pneumo-périnéphros. (DELHERM, LAQUERRIÈRE et MOREL-KAHN. *Congrès pour l'avancement des sciences*, Montpellier, juillet 1922.) — Dans ce rapport écrit à l'occasion de différents cas où ils ont eu à appliquer, avec plein succès, cette méthode apportée, en France, par Carelli (de Buenos-Aires), les auteurs en rappellent les avantages et la technique.

Nettement supérieur (par sa facilité d'application, son innocuité et les images qu'il donne) au pneumo-péritoine, le pneumo-périnéphros s'obtient par insufflation dans la loge périrénale elle-même de 300 à 500 centimètres cubes environ d'oxygène (préférable au CO^2 qui est absorbé trop rapidement). L'injection se fait au niveau de l'apophyse transverse de la IIe lombaire, en enfonçant l'aiguille jusqu'après avoir franchi la résistance de l'aponévrose. On peut, d'ailleurs, s'assurer de la bonne conduite de l'injection en suivant les oscillations d'un manomètre, annexé à l'appareil d'insufflation.

La radiographie du rein, dans ces conditions, donne sur sa situation, son volume, sa forme, ses contours, ses calculs et ses cavernes supposées, et même sur sa capsule surrénale des images d'une précision et d'une netteté rarement obtenues avec les méthodes habituelles.

Cf. — La radiographie du rein par la méthode Carelli-Sordelli (le pneumo-rein) (DELHERM et LAQUERRIÈRE. *Presse méd.*, 15 fév. 1922.)

Nouveau procédé d'exploration radiologique du rein. (SOUBIRAN *Th. de Toulouse*, 1922.)

L'insufflation périrénale. (CHEVASSU et MAINGOT. *Soc. franç. d'urol.*, janv. 1922.)

La pélycographie, son champ d'étude, ses limites. (JAMES et VAN ZWALUWENBERG [de Michigan]. *Journ. of radiol.*, mars 1922.) — Par ce terme nouveau, les auteurs entendent la radiographie du bassin après pneumo-péritoine au CO^2. L'insufflation peut être faite, soit par voie transutérine (qui n'est pas exempte de dangers), soit par voie abdominale. Les résultats en sont intéressants, quand il s'agit de préciser un diagnostic d'affection des organes du petit bassin qui sont normalement invisibles. L'insufflation par voie transutérine peut, à elle seule, renseigner sur la perméabilité des trompes.

Cf. — Diagnostic des lésions des organes du petit bassin par le pneumo-péritoine. (MAUCLAIRE, DELHERM et MOEL-KAHN. *Soc. de chir.*, 7 mars 1922.)

Diagnostic radiographique de la mort du fœtus in utéro. DELHERM et MOREL-KAHN. *Soc. de radiol.*, nov. 1922.) — Ce diagnostic est basé sur un signe que les radiographies présentées par les auteurs mettent bien en évidence, c'est le chevauchement caractéristique des os du crâne. Les Américains en donnent un deuxième signe qui serait la distance anormale séparant la paroi de son contenu : mais il paraît être d'une interprétation beaucoup plus délicate et sujette à caution.

Cf. — Un signe pathognomonique de la mort du fœtus in utero. (Alfred BAKER SPALDING (de San Francisco). *Surg. gyn. obst.*, 6 juin 1922.)

V. RADIOTHÉRAPIE

L'importance de plus en plus grande de cette branche de la radiologie et l'intérêt qui s'attache à la radiothérapie dite profonde dans le traitement des tumeurs malignes, nous oblige à grouper les nombreux travaux parus au cours de l'année en deux chapitres principaux.

A. *Radiothérapie profonde : tumeurs malignes.*

La radiothérapie intensive à grande profondeur : exposé général de la méthode. (R. COLIEZ, *La Clinique*, juillet 1922.) — Dans ce travail, l'auteur s'est attaché tout particulièrement à l'étude de la transmission en profondeur du rayonnement émis par l'ampoule. C'est un point devenu capital, depuis que l'on détermine la dose cancéricide en *pour cent* de la dose incidente (la dose maximum compatible avec l'intégrité de la peau étant égale à 100). De nombreux facteurs interviennent pour augmenter ou diminuer le coefficient de transmission à une profondeur donnée : la filtration d'abord, l'éloignement de l'ampoule, mais surtout la dimension des champs d'irradiation ; d'où la nécessité pour obtenir une dose cancéricide suffisante, d'irradier la tumeur par des portes d'entrée multiples, tout en utilisant des localisateurs appropriés. Il faut éviter les recoupements défectueux et ne pas négliger non plus les doses des portes de sortie, lorsque l'on fait des irradiations antérieures et postérieures. Aussi devient-il presque indispensable d'établir, au préalable, une épure où figureront la coupe de la région à irradier et l'épaisseur, centimètre par centimètre, des tissus qu'auront à traverser les rayons. De nombreuses figures illustrent d'ailleurs cet article et ajoutent encore à son intérêt.

Cf. — Considérations sur l'emploi de la radiothérapie profonde dans le cancer. (PROUST, MALLET et COLIEZ. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Montpellier, juillet 1922.)

La Radiothérapie profonde. (Iser SOLOMON. Un volume, Masson, édit.)

Les bases physiques et la technique de la radiothérapie profonde. (LEDOUX-LEBARD. *Paris méd.*, 4 fév. 1922.)

A propos de la radiothérapie profonde. (BELOT. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, mai 1922.)

Quelques données sur la radiothérapie des cancers. (S. LABORDE. *Journ. méd. franç.*, nov. 1922.)

La radiothérapie des tumeurs malignes. (PERTHES (de Tubingue). *Journ. de radiol.*, mars 1922.) — Après avoir passé en revue les différents cancers de l'économie et indiqué pour chacun d'eux le meilleur traitement à suivre (intervention, radium, radiothérapie ou leur association), l'auteur estime que, en règle générale, les cancers inopérables ne peuvent être guéris par la radiothérapie, mais qu'ils peuvent devenir opérables après les irradiations et que celles-ci peuvent détruire des récidives postopératoires.

L'auteur, étudiant ensuite les dangers et les inconvénients des irradiations, conclut à une sensibilité très différente des tissus cancéreux avec un minimum à dépasser nécessairement pour éviter d'exciter la croissance du cancer. Mais un danger aussi c'est que l'irradiation, tout en détruisant les cellules néoplasiques, supprime aussi les réactions de défense opposées par les tissus normaux à la croissance du cancer, d'où nécessité de ne pas « surdoser ».

En manière de conclusion, l'auteur termine en disant : « Une foule de problèmes biologiques est incluse dans la rœntgenthérapie des tumeurs malignes ; pour en poursuivre la solution il nous faut travailler intensément. »

Recherches expérimentales sur la genèse de la crise hémoclasique des irradiations intensives. (Marthe GIRAUD, Gaston GIRAUD et L. PARIS. *Presse méd.*, 14 oct. 1922.) — De leurs nombreuses observations chez des malades soumis à des irradiations intensives, les auteurs concluent à l'existence d'une crise hémoclasique non douteuse dont les manifestations principales sont le raccourcissement du temps de coagulation, la leucopénie, l'hypotension artérielle et la chute de l'index réfractométrique.

Ils ont étudié la genèse de cette crise hémoclasique, et leurs recherches expérimentales (irradiation de la rate chez le chien dans certaines conditions) les ont amenés à conclure qu'elle est engendrée par le passage dans la circulation générale de substances génératrices de choc nées dans l'organe irradié. Ce sont les tissus radio-sensibles qui, par leur destruction, donnent naissance à ces substances (albumines) génératrices du choc.

Cf. — Sur les modifications du sang au cours du traitement du cancer du col de l'utérus par les rayons X et γ. (ROUSSY, Mme LABORDE, LEROUX et PEYRE. *Soc. de biol.*, 24 juin 1922.)

Les examens hématologiques chez les cancéreux ; leur intérêt pronostique au cours du traitement par les radiations. (PEYRE. *Journ. méd. franç.*, nov. 1922.)

Résultats de la rœntgenthérapie profonde du cancer. (A. GUNSETT et SICHEL (de Strasbourg). *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Montpellier, juillet 1922.) — Dans ce travail, les auteurs rapportent quelques cas de disparition complète de tumeurs malignes après traitement par les rayons X à haute pénétration et en utilisant la technique française, c'est-à-dire en étalant les doses sur huit à dix jours. Ces destructions cellulaires portent sur des tumeurs de types variés : pour les sarcomes, un sarcome de l'amygdale et un lymphosarcome du rectum ; pour les tumeurs du sein, un squirre et quatre métastases axillaires ou sus-claviculaires. Ils ont traité encore avec succès deux cancers spino-cellulaires du larynx, un cancer de la vessie, un séminome, un épithélioma à globes cornés de la région sous-maxillaire. D'une manière générale, les traitements qui ont porté sur des néoplasmes du tube digestif ne leur ont pas donné, à l'inverse d'observations publiées par d'autres auteurs, de résultats très encourageants.

Cf. — Contribution à l'emploi des doses massives en radiothérapie profonde dans le traitement du cancer. (CHAMBACHER et DESCOUST. *Presse méd.*, 16 sept. 1922.)

Essais de radiothérapie pénétrante à doses massives sur divers cancers inopérables. (DESPLATS (Lille). *Soc. d'électr. et de radiol.*, mai 1922.)

A propos de quatre cas de cancers traités par la radiothérapie profonde et présentés antérieurement. (PIERQUIN. *Soc. franç. d'électr. et de radiol. méd.*, déc. 1922.)

Traitement du cancer de la langue. (PROUST, MALLET et COLIEZ. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Montpellier, juillet 1922.) — La technique suivie par les auteurs est la suivante :

a. Exérèse ganglionnaire et ligature de la carotide ;

b. Destruction du néoplasme par la curiethérapie (radiumpuncture) le plus rapidement possible après l'intervention

cervicale; l'application doit être prolongée pour atteindre le cancer spino-cellulaire;

c. Parachever le traitement par la radiothérapie pénétrante de la région cervicale et maxillo-faciale.

Cf. — Epithélioma de la langue traité par la radiothérapie ultrapénétrante; disparition complète des signes cliniques : stérilisation de la tumeur (examen histologique). (GUIVY et JOLY. *Soc. de radiol.*, oct. 1922.)

De la radiothérapie pénétrante dans le traitement du cancer du col de l'utérus. (R. PROUST. *Progrès méd.*, 22 juillet 1922.) — Dans cette leçon qui fait partie d'une longue série faite dans son service de l'hôpital Tenon, l'auteur rappelle les données techniques indispensables à la bonne conduite d'un traitement par les rayons ultrapénétrants : nécessité d'avoir à sa disposition un appareillage de très haute tension (200.000 volts), filtration abondante (12 mm. d'al. ou mieux 0mm5 de zinc ou de cuivre + 2 mm. d'al.) : irradiation par de larges portes d'entrée de manière à avoir un meilleur rendement en profondeur et aussi dans le cas particulier de cancer de l'utérus lorsque l'on craint un envahissement des paramètres. Par contre, si l'on ne veut agir que sur le col, la méthode des petites portes d'entrée multipliées suivant la technique des feux croisés donne aussi d'excellents résultats.

En raison des risques que fait courir la mise en liberté des toxines après des irradiations très prolongées, l'auteur préfère étaler la dose totale sur une semaine environ.

La radiothérapie pénétrante est également préconisée par l'auteur comme complément de l'acte opératoire un mois environ après celui-ci quand la cicatrisation profonde est achevée. Par contre, il la rejette comme agent de stérilisation préopératoire à cause des modifications qu'elle entraîne et lui préfère dans ce but la curiethérapie.

Cf. — Des indications respectives de l'hystérectomie, de la curiethérapie et de la radiothérapie pénétrante dans le cancer du col de l'utérus. (PROUST et MALLET. *Presse méd.*, 1er fév. 1922.)

Contribution à l'emploi des doses massives en radiothérapie profonde dans le traitement des fibromes et du cancer de l'utérus. (CHAMBACHER et DESCOUST. *Presse méd.*, 14 juin 1922.)

De la curiethérapie et de la radiothérapie pénétrante dans le cancer du rectum, le cancer de la prostate et le cancer de la vessie. (PROUST. *Progrès méd.*, 12 août 1922.) — Pour le cancer du rectum, l'auteur, afin d'arriver à la destruction totale non seulement de la tumeur elle-même mais des territoires ganglionnaires et des cellules aberrantes, donne la préférence à l'action combinée de la curiethérapie et de la radiothérapie pénétrante.

Celle-ci doit s'effectuer par six portes d'entrée : trois antérieures, une postérieure et deux par les échancrures sciatiques, au total, donnés par chacune des portes d'entrée, 15 H environ, soit 3.000 R à l'ionomètre de Solomon. Il y aura lieu, enfin, de faire une irradiation supplémentaire au niveau de la bifurcation de l'aorte pour détruire les cellules aberrantes.

Pour le cancer de la prostate, l'auteur donne nettement la préférence à la curiethérapie complétée toutefois, dans certains cas, par des applications de radiothérapie pénétrante à six portes d'entrée : trois antérieures, deux postérieures, une périnéale.

Pour la vessie, enfin, curiethérapie par les voies naturelles précédée d'une destruction à l'étincelage aussi complète que possible.

Cf. — Les interventions chirurgicales associées à la curiethérapie et à la radiothérapie pénétrante. (PROUST. *Journ. méd. franç.*, nov. 1922.)

B. *Fibromes.*

Existe-t-il des fibromyomes de l'utérus réfractaires à la rœntgenthérapie. (A. BÉCLÈRE. *Congrès pour l'avancement des sciences*, Montpellier, juillet 1922.) — A l'occasion de dix observations de prétendus échecs de la radiothérapie, guéris ensuite par de nouvelles irradiations consciencieusement appliquées, l'auteur prouve que dans le traitement des fibromyomes de l'utérus, la rœntgenthérapie, correctement appliquée et dosée, aboutit toujours à la suppression de la fonction menstruelle avec régression plus ou moins accentuée de la tumeur utérine.

Toutefois des métrorragies peuvent quelquefois persister : sauf épithélioma, on a affaire dans ces cas, d'ailleurs rares, à des fibromes sous-muqueux qui, dans la proportion de 1 p. 100, peuvent nécessiter l'intervention chirurgicale.

Cf. — Radiothérapie des fibromyomes postménopausiques. (SOLOMON. *Congrès pour l'avancement des sciences*, Montpellier, juillet 1922.)

A propos de la radiothérapie des fibromes. (LEDOUX-LEBARD. *Soc. de radiol.*, oct. 1922.) — Entre la radiothérapie des fibromes en une seule séance, suivant la méthode allemande et la technique des petites doses répétées qui a cependant, en maintes circonstances, donné d'excellents résultats, l'auteur propose d'utiliser une méthode intermédiaire qu'il qualifie de *rapide* et d'après laquelle il administre la dose ménopausante dans un délai qui ne dépasse pas une période intermenstruelle normale.

Cf. — Traitement rapide en séances rapprochées d'un fibrome par la radiothérapie à grande puissance. (LEBON. *Soc. de radiol.*, oct. 1922.)

A propos des indications de la radiothérapie dans le traitement des fibromes. (PROUST. *Soc. de radiol.*, mai 1922.) — A l'occasion d'un cas de fibrome ou les indications de la radiothérapie pouvaient sembler discutables et où elle fit pourtant merveille, l'auteur, après avoir rappelé l'action des rayons à la fois sur l'ovaire et sur le fibrome lui-même, passe en revue les indications et contre-indications de la rœntgenthérapie des fibromes. Il ne croit pas à la production d'épithélioma dû aux rayons, non plus qu'à la création d'adhérences péri-utérines au cours du traitement et il conseille le traitement par les rayons dans les cas de fibromes saignant abondamment chez les prémonopausiques à condition que le diagnostic soit certain, et qu'il n'y ait pas de lésions annexielles. Après la ménopause, il préfère l'intervention sanglante à cause des dégénérescences fréquentes. Il préfère également la curiethérapie pour les petits fibromes saignants des femmes jeunes. Certains cas, enfin, peuvent relever de l'association de la curiethérapie et de la radiothérapie.

Cf. — Les contre-indications de la rœntgenthérapie des fibromyomes de l'utérus. (A. BÉCLÈRE. *Soc. de radiol.*, juin 1922.)

La radiothérapie des fibromyomes. (ZIMMERN. *Soc. de radiol.*, juin 1922.)

A propos du traitement des fibromyomes de l'utérus : myomectomie ou rœntgenthérapie? (A. BÉCLÈRE. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 juin 1922.)

Discussion sur le traitement des fibromes utérins. (*Société royale de médecine anglaise, British med. Journ.*, 15 avril 1922.)

LIVRES NOUVEAUX

L'Orthopédie indispensable aux praticiens (1),
par le docteur CALOT.

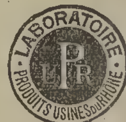
Moins volumineuse que les précédentes, cette édition complètement refondue, présente un certain nombre de chapitres nouveaux, reproduction des publications de M. Calot, depuis 1917, date de la 7e édition.

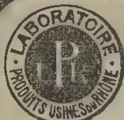
Ces chapitres exposent : 1° Les idées nouvelles de M. Calot sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche, et les moyens de guérir les récidives des luxations congénitales ; 2° la théorie de M. Calot qui fait de l'ostéochondrite de la hanche une subluxation congénitale méconnue, opinion tout à fait personnelle ; M. Calot montre la

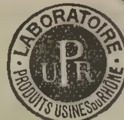
(1) 8e édit., 900 p., 1.246 fig., relié toile. — Prix : 44 fr. — Paris, A. Maloine.



L'évolution des idées médicales sur la responsabilité des délinquants, par H. VERGER, professeur de médecine légale à l'Université de Bordeaux. Un vol., 242 pages. — Prix : 7 fr. — Paris, Flammarion.







fréquence extrême de ces subluxations méconnues et invite les médecins à les soigner comme une luxation vraie. Cette constatation bouleverserait, pour M. Calot, les notions actuelles sur le diagnostic de la coxalgie; 3° un chapitre exposant les modifications apportées par l'auteur au traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott; 4° les raisons pour lesquelles les opérations ankylosantes, dans le mal de Pott, doivent être abandonnées. M. LANCE.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DE LA TIBIO-TARSIENNE [1]

B. **Période de déformation.** — Au bout d'un temps plus ou moins long la déformation apparaîtra caractérisée essentiellement par le gonflement et l'attitude vicieuse.

SIGNES FONCTIONNELS. — Les douleurs augmentent et amènent rapidement une impotence fonctionnelle presque complète. Le malade marche avec des béquilles, traîne la pointe de son pied atteint sur le sol et évite de s'appuyer sur lui. Bientôt le sujet sera confiné au lit.

SIGNES PHYSIQUES. — 1° *Gonflement.* — Au début, il est souvent localisé, en avant, soulevant les tendons extenseurs. Bientôt il se généralise : saillie des gouttières rétromalléolaires. Tout l'article forme une masse volumineuse, les saillies osseuses s'effacent; ce gonflement contraste avec l'amaigrissement du pied et de la jambe. La peau qui recouvre l'articulation est pâle, sillonnée de quelques veines.

Au palper on trouvera : soit une fluctuation nette si le contenu de la synoviale est assez abondant et encore liquide, soit des masses irrégulières, mollasses, pâteuses, qui sont des fongosités.

Les gaines synoviales péri-articulaires se dessinent sous la peau, prolongeant vers le mollet le gonflement de l'articulation.

2° *Attitude vicieuse.* — Le malade est couché, la cuisse en abduction légère : le pied est en extension et en rotation externe sur la jambe; le bord externe du pied repose sur le plan du lit, la plante regarde en dedans : c'est dans cette position que la synoviale peut subir sa plus grande distension.

ETAT GÉNÉRAL. — Encore peu atteint, amaigrissement léger, pâleur, peu ou pas de température.

C. **Période de complications.** — 1° LUXATIONS. — Complication relativement rare dans la tuberculose tibio-tarsienne; il y aura quelquefois cependant un déplacement de l'astragale par rapport à la mortaise : subluxation plutôt que luxation vraie. Ce déplacement peut se faire en avant, plus souvent il se fera en dehors (la tête de l'astragale tend à glisser en dehors, le ligament latéral externe n'opposant plus une résistance suffisante).

2° ABCÈS. — Les masses fongueuses se ramollissent traduisant la formation d'abcès caséeux. C'est surtout au niveau des gouttières malléolaires que l'on verra la peau s'amincir, rougir, s'ouvrir enfin et donner passage à du pus caséeux. Il se fait ainsi un ou plusieurs trajets fistuleux, l'orifice ayant les caractères habituels de la fistule tuberculeuse. On explorera ces trajets qui conduisent sur un os ayant les caractères d'un os nécrosé. Quelquefois il se fait de véritables ulcérations lupoïdes de la peau.

3° ETAT GÉNÉRAL. — Commence surtout à décliner après fistulisation. Des infections secondaires se font, la température s'élève (fièvre hectique).

EVOLUTION. — La séparation en trois périodes n'est jamais pratiquement très nette; la durée de l'affection jusqu'à fistulisation pouvant n'être que de deux ou trois mois, mais souvent beaucoup plus longue.

Quand les abcès se sont ouverts, la marche se fait plus ou moins vite vers les complications : tuberculisation générale, dégénérescence amyloïde, etc.

FORMES CLINIQUES. — A côté de la tuberculose qui atteint seulement la tibio-tarsienne, il faut décrire des formes dans lesquelles les autres articulations du tarse sont prises simultanément ou secondairement : *tuberculose massive des articulations du pied.*

La *forme aiguë* est rare au niveau de la tibio-tarsienne.

Le gonflement est quelquefois si considérable que l'on décrit des formes sous le nom de *formes hypertrophiques.* L'arthrite du vieillard est en général lente et évolue à bas bruit (*forme torpide*). Les deux articulations tibio-tarsiennes peuvent être prises symétriquement (forme double).

DIAGNOSTIC. — *A.* **L'arthrite n'est pas encore suppurée.** — 1° LOCALISER L'AFFECTION A LA TIBIO-TARSIENNE. — On éliminera les affections extra-articulaires.

L'*ostéo-sarcome* de l'extrémité inférieure du tibia : gonflement rapide, mouvements de la jointure peu gênés au début, pas de tendance à la suppuration.

Les *synovites fongueuses* des gaines des tendons donnent une impotence fonctionnelle moins marquée, un gonflement localisé à un paquet tendineux, pas de douleur au niveau de l'interligne. Cette synovite, quand elle est diffuse est symptomatique de l'arthrite.

Les *arthrites des articulations* du tarse : parmi elles la sous-astragalienne est celle qui peut ressembler le plus à la tumeur blanche de la cheville : elles coexistent souvent. Quand elle existe seule l'arthrite sous-astragalienne donnera : gêne des mouvements d'adduction, d'abduction, de rotation du pied (la flexion et l'extension sont à peu près conservées); le gonflement est faible, les points douloureux sont différents.

2° ELIMINER LES AUTRES AFFECTIONS DE LA TIBIO-TARSIENNE. — Le *rhumatisme articulaire chronique* avec son gonflement articulaire léger et son histoire clinique bien particulière.

L'*arthrite sèche* : polyarticulaire, craquements caractéristiques. Au lieu de fongosités des ostéophytes.

L'*arthrite blennorragique* : très douloureuse, coexistant avec un écoulement et ne s'accompagnant pas de lésions osseuses.

L'*arthropathie tabétique* au contraire est indolente, donne une déformation énorme, coexiste avec les signes caractéristiques du tabes.

B. **L'arthrite est suppurée.** — Aucune des arthrites ne suppure sauf la tuberculeuse; le diagnostic reste à faire avec :

La *synovite suppurée*, mais le stylet n'ira pas jusqu'à l'os.

Les *ostéites tuberculeuses* du calcanéum, du tibia, du péroné, mais n'intéressant pas l'articulation.

L'*ostéomyélite chronique* : l'histoire renseignera.

PRONOSTIC. — C'est la plus bénigne des arthrites tuberculeuses du membre inférieur; chez l'enfant elle guérit en général très bien et assez vite; chez l'adulte son pronostic est plus sérieux, mais reste bon; chez le vieillard, il est toujours grave.

L'existence d'autres lésions tuberculeuses et en particulier d'autres tumeurs blanches, rendra le pronostic réservé et amènera à pratiquer un traitement énergique.

TRAITEMENT. — Chez l'enfant toujours, chez l'adulte pris assez tôt, c'est essentiellement l'immobilisation dans le plâtre, le pied à angle droit. On peut lui associer l'héliothérapie.

Chez l'adulte, s'il y a peu tendance à guérison, chez l'enfant très rarement (forme grave), l'astragalectomie, avec ou sans résections sus et sous-jacentes sera indiquée. Certains proposent la désarticulation temporaire.

Chez le vieillard et, à tout âge, dans les formes très avancées, l'amputation peut être nécessaire.

Bibliographie. — GANGOLPHE : Arthrites tuberculeuses (*Traité* Le Dentu Delbet); PIÉCHAUD et DENUCÉ : *Chirurgie infantile*; BALENCIE : *Thèse* (1904); GAENSLEN et SCHNEIDER : *Journ. of amer. med. Assoc.* (8 oct. 1921).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 19, p. 310.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

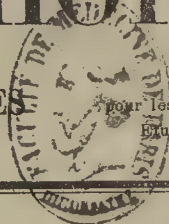
La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES



Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mathieu, qui accepte; Michaux, Mauclaire, Lapointe, Hallopeau, Grégoire, Laffitte, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL-BROUSSE. — Un concours est ouvert à la Préfecture de la Seine pour la nomination d'un assistant en médecine à l'hospice départemental Paul-Brousse, à Villejuif (Seine).

Les candidats (hommes ou femmes), qui désireraient concourir, devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (direction des Affaires départementales, service du département, 2e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau) jusqu'au 14 avril 1923 inclus, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, dimanches et fêtes exceptés, où tous renseignements leur seront donnés.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés membres du Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières : MM. les docteurs Courmont, H. Lahaussois (de l'armée), Henri Collin, Rist, Louis Martin, Cazamian (de la marine) et Viala (des troupes coloniales), pour les infirmières hospitalières.

Pour les infirmières visiteuses : MM. les docteurs Faivre, Calmette, Maurice Letulle, Lesage, Lafosse, Louis Chatin, Weill-Hallé, Küss et Genevrier.

LE FOYER NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS. — Le Foyer national des médecins français, en voie de création et d'organisation, sera avant tout un centre de réception pour les médecins français et étrangers.

Il faut que le Foyer national des médecins français donne à tous les médecins étrangers l'impression d'être reçus par la France elle-même. Il constituera un centre amical où tout médecin doit se trouver chez lui.

Au Foyer national des médecins français seront fournis tous les renseignements concernant les cours de la Faculté, les cliniques médicales et chirurgicales non seulement des hôpitaux, mais encore des organisations particulières, les laboratoires publics et privés; les stations thermales, climatiques et balnéaires, les maisons de fabrication d'appareils de chirurgie, de médecine, de laboratoire, d'hygiène et de prothèse, les grosses firmes de nos produits pharmaceutiques.

Au Foyer national des médecins français, véritable centre scientifique, sera créée une bibliothèque pourvue de tous les journaux de médecine et de chirurgie français et étrangers et de toutes les nouveautés médicales.

Il faut que le foyer national des médecins français permette à tout praticien français et étranger de pouvoir exposer dans un cours ou dans une conférence ses travaux ou sa technique personnelle. Nous aurons ainsi favorisé l'interéchange des idées par l'interéchange de conférenciers. Des projections cinématographiques ou autres seront prévues dans l'organisation.

Le Foyer national des médecins français pourra devenir le siège social des sociétés médicales qui y installeraient leurs bureaux et leurs salles de réunion.

Les laboratoires, les fabricants d'instruments de chirurgie, les stations thermales et climatiques pourraient y organiser des expositions.

Le Foyer national des médecins français, en liaison directe avec l'Office national du tourisme, le Touring-Club de France, la Compagnie française du tourisme, les grands réseaux de chemins de fer, les compagnies de navigation, s'efforcera de faciliter les voyages de ses adhérents.

Le Foyer national des médecins français n'entrevoit pas pour le moment la création d'un hôtel ou d'un restaurant. Il mettra ses adhérents en relation directe avec des hôtels, des restaurants, des pensions de famille, de prix différents.

Le Foyer national des médecins français devra être en relations constantes avec les organisations similaires pouvant déjà exister et pouvant, un jour, être abritées au Foyer national des médecins français, tout en conservant leur autonomie.

La Commission d'études du projet sera très reconnaissante à tous ceux qui voudront la faire bénéficier de leurs suggestions.

Docteurs : Boucard, Dartigues, Decreton, Fassina, Forestier, Foucart, Helme, Kopp, Levassort, Moliméry, Noir, O'Followell, Thiéry, Vimont.

M. Hardy, architecte, conseiller technique.

M. le docteur Boudin, conseiller juridique.

CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité, professeur : M. SERGENT.) — COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE RADIODIAGNOSTIC MÉDICAL, du mercredi 14 mars au jeudi 22 mars 1923 inclus, par MM. Sergent, Lian, Cottenot, Darcissac, G. Durand et Pruvost. Ce cours comprendra des leçons théoriques qui seront faites l'après-midi et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins.

Les leçons théoriques seront publiques ; les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription fixé à 150 francs.

Programme des leçons théoriques. — Ces leçons seront au nombre de deux chaque après-midi, la première à 4 h., la seconde à 5 h. 1/2.

Exercices pratiques. — Ces exercices auront lieu de 9 h. 1/2 à midi.

De 9 h. 1/2 à 11 heures, démonstration des principales techniques radiologiques.

A 11 heures, examen des malades du service.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 h.

COURS ET TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE MÉDICALE. (Professeur : M. A. DESGREZ.) — M. le professeur A. Desgrez commencera une série de leçons de chimie appliquée à la médecine les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à 17 heures (amphithéâtre Vulpian), à partir du vendredi 16 mars inclusivement.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le docteur Henri Labbé, agrégé, chef des travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours théorique.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE LA FACULTÉ. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Sous la direction de M. le professeur P. Sebileau, MM. Miégeville, Bonnet-Roy, Truffert, H.-P. Chatellier et les internes du service, commenceront un cours de perfectionnement théorique et pratique en quinze leçons le mardi 10 avril 1923, à 10 h. 1/2, qui continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (droit à verser : 150 francs).

S'inscrire à la Faculté de médecine.

Le cours sera complété par un cours de médecine opératoire spéciale à l'amphithéâtre des hôpitaux.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — SIX LEÇONS SUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES ET GANGLIONNAIRES, par M. le docteur SORREL, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck du lundi 26 mars au samedi 31 mars 1923.

Programme des cours. — Lundi 26 mars : Traitement du mal de Pott.

Mardi 27 mars : Traitement de la coxalgie.

Mercredi 28 mars : Traitement de la tumeur blanche du genou.

Jeudi 29 mars : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied.

Vendredi 30 mars : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur.

Samedi 31 mars : Traitement des ostéites tuberculeuses. Traitement des adénites tuberculeuses.

Les cours auront lieu le matin, à 9 heures, à l'hôpital maritime.

Chaque cours sera suivi des opérations, ponctions, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Parin, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

CONFÉRENCES DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Les conférences de M. le docteur Joyeux, agrégé, ont lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 16 h., à l'amphithéâtre Vulpian.

(Némathelminthes, arthropodes, animaux venimeux et vénéneux, animaux réservoirs de virus, champignons parasites et vénéneux.)

PRATIQUE MÉDICALE

INSUFFISANCE OVARIENNE ET AGOMENSINE

L'insuffisance de la sécrétion interne de l'ovaire sur les diverses manifestations physiologiques de l'organisme féminin (menstruation, caractères sexuels secondaires, etc.), n'est plus à démontrer.

Cependant, il est exceptionnel que la médication opothérapique par des extraits d'ovaires donne des résultats absolument nets dans les cas d'insuffisance caractérisée. Le cas de la malade faisant l'objet de l'observation ci-après, est donc fort intéressant en raison du résultat très positif qui suivit l'administration de l'élément protéidique de l'ovaire (agomensine).

Mlle N..., vingt-trois ans. Examinée, pour la première fois, il y a un an. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Réglée très tard, à plus de dix-neuf ans, ses règles ont toujours été très peu abondantes et précédées de troubles divers, consistant, principalement, en bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, pétéchies, lypothimies. L'écoulement menstruel, qui se réduisait à un écoulement séro-sanguinolent durant cinq ou six heures, était précédé de douleurs lombaires, de céphalées, quelquefois même de vomissements ; il était suivi de pertes blanches très abondantes. L'examen gynécologique ne révéla rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes, mais l'habitus extérieur de cette jeune fille traduisait une insuffisance ovarienne typique : obésité datant de trois ans, système pileux exagérément développé, ébauche de moustache.

Le traitement par l'agomensine est institué depuis un an à la dose de six comprimés par jour, pendant les dix jours précédant les règles; commencé en octobre 1921, il a été continué régulièrement depuis cette date. Dès le premier mois, cessation des douleurs et atténuation des troubles prémenstruels ; deuxième mois, règles plus marquées, durant un jour, un jour et demi ; troisième mois, règles presque normales. Depuis, menstruation régulière en abondance et en durée. En même temps que se manifestait cette modification profonde de l'état menstruel, on notait un amaigrissement sensible qui, à l'heure actuelle, se traduit par une diminution de poids de 7 ou 8 kilogrammes ; l'obésité a en fait disparu. Cependant, l'habitus extérieur n'est pas sensiblement modifié et le système pileux reste un peu exubérant. A noter que, avant l'usage de l'agomensine, un traitement par la thyroïde avait été institué et était resté sans résultat. Comme il n'y a pas eu depuis un an, d'autre médication que l'agomensine, il n'apparaît guère douteux que c'est à celle-ci que doit être attribué le bénéfice de cette très grosse amélioration.

Il s'agit là d'une hypoovarie avec double retentissement sur l'appareil génital et l'état somatique. Mais si l'on avait affaire à un syndrome inverse, avec hyperovarie, le traitement de choix serait alors l'élément lipoïdique ou sistomensine.

E. J.

RENSEIGNEMENTS

594. — **A CÉDER CLINIQUE CHIRURGICALE**, à Pau. En plein rendement, installation moderne. Se presser.

Ecrire VITRAC, 31, rue Carnot, Pau.

595. — **A VENDRE LIT MÉCANIQUE MAC-KEEN** en parfait état. — S'adresser au journal.

REVUE GÉNÉRALE

MALADIE DE HIRSCHPRUNG

(MÉGACOLON) (1)

Par le docteur G.-L. HALLEZ.
Ancien chef de clinique à l'hospice des Enfants-Assistés.

Diagnostic. — a. *Dans sa forme précoce*, le mégacôlon, tel que l'a d'abord décrit Hirschprung, est, en général, d'un diagnostic aisé.

Chez le nouveau-né, on se basera sur l'existence d'une constipation congénitale que n'explique aucune malformation ano-rectale et sur l'apparition rapide d'une distension de l'abdomen avec ou sans mouvements péristaltiques visibles.

Le *gros ventre rachitique* ne présente jamais un degré de distension aussi marqué et son apparition est d'ailleurs plus tardive. L'abdomen est volumineux, mais il est sans dureté ; ainsi que le dit le professeur Marfan : « Il est flasque, se laisse déprimer facilement, donne à la percussion un son sans éclat, sa ligne blanche est souvent élargie. » Il est étalé sur les flancs, plutôt que proéminent en avant ; c'est, suivant une comparaison ancienne, un « ventre de batracien » ; enfin, il coexiste avec les déformations osseuses et un certain degré d'anémie. La constipation peut exister, mais elle est rarement opiniâtre. Néanmoins, on s'étonnera moins des erreurs d'interprétation, qui ont pu être commises, quand nous aurons dit que la maladie de Hirschprung a pu apparaître chez des enfants porteurs de stigmates rachitiques.

La *tuberculose des ganglions mésentériques*, peut ne s'accompagner, chez le nourrisson, que d'un tympanisme chronique, avec dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen ; de même, la *tuberculose du péritoine*, exceptionnelle avant deux ans, peut revêtir, chez le nourrisson, une forme tympanique qui se caractérise presque uniquement par du ballonnement du ventre.

Dans l'un et l'autre cas, la constipation ne fait pas obligatoirement partie des symptômes ; elle est rarement accusée, et de plus, la température subfébrile et la cutiréaction positive, constitueront des guides précieux pour le diagnostic.

L'*ascite* exceptionnelle, chez le nourrisson, n'en imposera pas non plus pour un mégacôlon, avec sa matité mobile et son phénomène de flot.

L'*invagination intestinale aiguë* est beaucoup plus fréquente dans les deux premières années de la vie. Lorsqu'elle apparaîtra chez un constipé habituel, on ne la confondra pas avec un mégacôlon, car le météorisme abdominal s'installe rapidement, s'accompagne de vomissements, la constipation n'est pas complète, il existe même des selles muco-sanguinolentes, et à la palpation, on peut sentir (dans le flanc droit ordinairement) une tumeur mobile, bien limitée, constituée par le « boudin d'invagination », l'intervention s'impose. Quant à la colite ulcéreuse et grave qui complique parfois le mégacôlon du jeune enfant, elle a pu en imposer pour *une colite aiguë dysentériforme*.

b. *Au cours de la deuxième enfance*, le diagnostic est également facile à faire, dans la plupart des cas ; il suffit d'examiner le malade avec soin, et de ne pas conclure trop hâtivement à une maladie de Hirschprung, en présence d'une constipation habituelle, s'accompagnant d'intumescence de l'abdomen. Nous avons eu l'occasion d'examiner aux Enfants-Malades, un garçon de dix ans qu'on croyait atteint de maladie de Hirschprung et qui, en réalité, présentait une forme anascitique de péritonite tuberculeuse avec constipation opiniâtre. L'intervention pratiquée ultérieurement montra qu'il s'agissait d'une bride cicatricielle comprimant le côlon descendant.

On songera aussi au *rétrécissement congénital de l'intestin* et au *microcôlon*. D'ailleurs, et bien que cette affection semble être exactement opposée à celle que nous étudions, Hartmann et Okinczyc ont montré qu'elles pouvaient coexister chez le même individu : le microcôlon peut alors se trouver à l'origine du mégacôlon sus-jacent, celui-ci ne constituant qu'une dilatation fonctionnelle secondaire.

c. *Chez l'adulte*, le diagnostic devient difficile lorsqu'il s'agit d'une forme fruste ou à symptomatologie anormale, tel le cas rapporté par Carnot et Friedel. Nous avons vu que l'occlusion intestinale aiguë peut constituer la première manifestation d'un mégacôlon méconnu jusque-là. On a pu opérer d'urgence, pour troubles d'occlusion aiguë, des malades porteurs de mégacôlon et que la laparotomie, seule, a permis de découvrir.

L'occlusion chronique peut donner lieu à une confusion presque inévitable avec la maladie de Hirschprung. Il nous suffira d'énumérer les erreurs de diagnostic qui ont pu être commises pour s'en rendre compte. Citons, par exemple, les brides ou les rétrécissements cicatriciels, les tumeurs épiploïques, les kystes de l'ovaire, le cancer intestinal.

Malgré les renseignements précieux fournis par l'anamnèse, on aura soin, avant de se prononcer, de pratiquer une rectoscopie et un examen radiologique complet.

Le mégacôlon étant reconnu, on essaiera d'établir son origine, son siège et l'étendue de la dilatation colique.

Anatomie pathologique. — Dans la forme typique, qui mérite vraiment le nom de maladie de Hirschprung, voici les lésions qu'on rencontre habituellement à l'autopsie : après ouverture de l'abdomen, toujours très distendu, on aperçoit le segment de l'intestin dilaté, et souvent replié sur lui-même, formant ainsi plusieurs coudes ; toujours deux au minimum formant alors deux grosses tumeurs rappelant l'aspect de la cuisse et de la jambe fléchies, l'une sur l'autre, suivant la comparaison de Walker, et masquant, en général, tous les viscères abdominaux ; cependant, on peut quelquefois apercevoir le foie et l'estomac refoulés vers le haut, ainsi que la coupole diaphragmatique.

L'*allongement* du côlon est très marqué, on l'a vu dépasser 2 mètres ; il est généralement muni d'un méso assez long, ce qui explique en même temps sa mobilité.

La *dilatation* du gros intestin peut être considérable (circonférences de 50 à 75 centimètres au lieu de 14 à l'état normal). Cette dilatation peut être limitée au côlon ilio-pelvien ou s'étendre au contraire à tout le gros intestin ; le plus souvent, l'ectasie est plus limitée et n'intéresse que le côlon descendant ou le transverse. Elle peut affecter des portions coliques séparées par des parties normales ou rétrécies, « formes ondulantes de Hirschprung ». On a même rencontré des formes diverticulaires

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 20, p. 317.

dans lesquelles la dilatation occupait une partie seulement de la circonférence colique, rappelant l'aspect des anévrismes sacciformes. Le passage des parties dilatées aux parties normales peut se faire en entonnoir, ou plus brusquement en diaphragme, en coudure, mais il ne semble pas que ces variétés appartiennent à la maladie de Hirschprung proprement dite.

La paroi du côlon distendu est habituellement *épaissie*; il est très rare de la trouver amincie. Alors qu'à l'état normal la paroi colique a une épaisseur moyenne de 1 millimètre et demi chez l'adulte et de 1mm20 chez l'enfant, on note dans certaines observations des épaisseurs de 2 millimètres et demi à 3 millimètres; chez une femme de vingt ans, la paroi était plus épaisse que le pouce.

Cette hypertrophie porte surtout sur la musculeuse et en particulier sur la couche circulaire.

Les bandelettes longitudinales élargies et dissociées par la distension de la paroi disparaissent ainsi que les bosselures.

La séreuse est à peu près normale. La muqueuse est toujours plus ou moins altérée, rouge, gonflée; souvent il existe des érosions, des ulcérations pouvant aller jusqu'à la musculeuse et devenir perforantes, d'où péritonite généralisée ou limitée par des adhérences (Versé, Bing, Pfisterer).

Voici, d'après Bensaude et Hillemand, quelles sont les principales *lésions histologiques*. Les fibres musculaires sont augmentées en nombre et en volume, leur noyau est normal. Les fibres annulaires en particulier occupent les trois quarts de la paroi colique; des travées conjonctives plus ou moins infiltrées de cellules rondes séparent les faisceaux musculaires.

La couche des fibres longitudinales est presque normale. Les lésions d'artérite chronique sont constantes; les gaines nerveuses, les nerfs et les ganglions du plexus d'Auerbach sont parfois altérés. Les glandes muqueuses sont augmentées en nombre et hypertrophiées ainsi que les cellules épithéliales et la muscularis mucosæ.

Le mésentère peut être épaissi, parfois rétracté; ses vaisseaux sont volumineux, leurs parois altérées et les ganglions lymphatiques augmentés de volume.

Étiologie. Pathogénie. — Pour mieux comprendre le mécanisme du mégacôlon et mettre en relief les dispositions anatomiques qui favorisent son développement dans certains cas, rappelons que, chez le jeune enfant, toutes proportions gardées, le gros intestin est relativement plus long que chez l'adulte.

La multiplicité et l'exagération des coudures du côlon et de l'anse sigmoïde, chez l'enfant du premier âge, ont été mises en évidence par Huguier (1858-1859), par Bourcart (1863), par Beduar et Jacobi (1887-1893).

Ainsi que le fait remarquer le professeur Marfan, lorsque cette disposition est exagérée, elle diminue le calibre du côlon aux points d'inflexion et retarde la progression de son contenu. Nous verrons ainsi que la « dolichocolie » peut se trouver à l'origine du syndrome de Hirschprung.

L'anse sigmoïde est comprise entre deux coudures constituées par la naissance et la terminaison de son méso; ces coudures peuvent être exagérées dans certaines circonstances; enfin, les valvules de Houston, parfois très saillantes, disposées « en chicane » peuvent limiter une lumière rectale assez étroite pour permettre difficilement l'introduction du doigt (Jousselin).

Ces dispositions anatomiques un peu anormales, la persistance d'un état infantile du gros intestin peuvent expliquer l'apparition plus ou moins tardive du syndrome de Hirschprung.

Si cette affection constitue une affection rare, dans son expression clinique la plus caractéristique, on peut ajouter que les formes frustes sont plus fréquentes qu'on ne le croit en général.

Le sexe masculin est plus souvent atteint; dans 70 p. 100 des cas d'après Broca. La statistique étudiée chez l'adulte montre, d'autre part, que les hommes sont deux fois plus fréquemment touchés que les femmes.

Enfin, le mégacôlon est surtout une affection de l'enfance.

Deux théories principales tentent d'éclairer sa pathogénie encore très discutée.

1. Hirschprung, en se fondant sur l'histoire clinique et sur les autopsies des sujets qu'il a observés a admis que l'affection est *congénitale et idiopathique*. Pour Hirschprung, il existerait dès la naissance une dilatation et une hypertrophie de tout ou partie du côlon. Dans ce conduit dilaté, malformé, les matières fécales ne progressent pas d'où constipation opiniâtre, distension progressive et côlite secondaire avec toute ses conséquences. Cette anomalie du gros intestin serait à rapprocher des autres malformations du tube digestif (rétrécissement congénital du pylore, méga-œsophage, mégaduodénum, mégarectum) ou de l'hypertrophie de la vessie; « la coexistence de ces deux anomalies (Leroy des Barres, Neugebauer) pouvant être interprétée comme preuve d'une maladie congénitale de toute la région : la vessie et le rectum dérivant tous deux de l'allantoïde » (Bensaude et Hillemand).

Mais si le mégacôlon est toujours congénital, comment expliquer les cas où la malformation ne se manifeste que tardivement? Hirschprung a répondu à cette question en disant que l'anomalie commence pendant la vie intra-utérine et peut continuer son évolution après la naissance, mais à cette époque elle est encore peu marquée. Ce n'est que lorsqu'elle a atteint un certain degré qu'elle détermine des accidents. M. Marfan a objecté que le mégacôlon n'avait pas été rencontré à l'autopsie d'un nouveau-né; ultérieurement, Patel et Latarjet ajoutèrent qu'on n'avait pu relever aucune constatation de ce genre à l'autopsie de fœtus ou de prématurés. Hirschprung reconnut que l'objection était sérieuse, mais il y répondit ensuite en rapportant quelques faits, prouvant que le mégacôlon peut être congénital. En effet Ammon, en 1842, l'aurait constaté chez un fœtus de sept mois et Hirschprung chez un enfant de trois jours mort à deux mois et demi avec les lésions caractéristiques.

Hobbs et Richmond l'ont constaté à la naissance également; la dilatation était tellement accusée qu'elle fut même une cause de dystocie.

Ajoutons que pour P. Duval la maladie de Hirschprung est de nature congénitale, et relève d'une malformation embryonnaire du gros intestin : primitivement il existerait une hyperplasie du tissu conjonctif de la paroi et secondairement il se produirait une hypertrophie musculaire compensatrice avec côlite interstitielle, aboutissant à la sclérose du côlon ectasié.

2. Tout en acceptant désormais que le mégacôlon

peut avoir une origine congénitale comme l'a dit Hirschprung, nous pouvons nous demander avec le professeur Marfan si, le tableau clinique décrit par lui ne peut reconnaître une autre pathogénie.

Toute une série de causes ne peuvent-elles aboutir à déterminer les deux lésions essentielles de la maladie de Hirschprung : la dilatation et l'hypertrophie de la couche musculaire annulaire du côlon, et arriver à se traduire par ces deux symptômes fondamentaux : la constipation invincible et la dilatation abdominale (Marfan)? De nombreux faits permettent de répondre par l'affirmative (Fenwick, Konjetzny, Neugebauer).

a. Le syndrome de Hirschprung peut succéder à la constipation congénitale, celle-ci reconnaissant pour causes : la longueur anormale, les replis multiples du côlon ilio-pelvien avec laxité exagérée du mésentère (Bednar, Jacobi, Marfan, Berti, Fenwick, Gaujoux et Bosc), soit une coudure de l'intestin en relation avec la longueur anormale de l'anse sigmoïde (Neugebauer, Alglave, Kredei, Perthes), une torsion intestinale, ou encore des replis ou valvules formant un véritable diaphragme (Josselin de Jong, Muskens, Bensaude, et Sorrel) surtout à l'union du côlon pelvien et du rectum. On comprend ainsi pourquoi le syndrome de Hirschprung serait plus fréquent chez les garçons, dont le bassin est plus étroit et l'anse sigmoïde plus plissée, et pourquoi il pourrait s'atténuer dans certains cas, après l'âge de dix-huit mois ou deux ans; à partir de cet âge, en effet, le bassin devient plus large, plus évasé, et la longueur de l'anse sigmoïde diminue, par rapport au côlon et à l'intestin en général.

b. Le syndrome de Hirschprung peut encore être consécutif à un rétrécissement congénital ou acquis du gros intestin; il s'agira par exemple d'une imperforation anale (Porro, Dupleix) dont la perforation chirurgicale laisse une cicatrice annulaire, et qui pourra déterminer plus tard l'apparition d'un mégacôlon (Moser, Stone), soit enfin d'un rétrécissement du rectum (Reclus) ou d'un simple rétrécissement valvulaire.

c. Enfin, le mégacôlon peut être secondaire à une constipation d'origine nerveuse, congénitale ou acquise.

Le spasme peut être seul en jeu (Fenwick et Mayerhofer, E. Moser, Goebel, Wilms); il se laisse généralement franchir de bas en haut. Son siège est variable (sphincter anal, union de l'anse sigmoïde et du rectum). Dans certains cas l'affection a pu guérir par simple administration d'antispasmodique.

Il faut encore classer dans cette catégorie, les mégacôlons associés au myxœdème (Haushalter, Péhu, Ribadeau-Dumas, Cattanea) à une syphilis de l'axe cérébro-spinal (Finkelstein), à la tétanie (Mayer) ou à une augmentation notable de la sympathicotonie (Retzlaff).

En conclusion, on peut admettre avec le professeur Marfan que dans quelques cas, il existe *une maladie de Hirschprung vraie congénitale* due à une malformation intra-utérine et dont les symptômes cliniques peuvent apparaître et s'accuser pendant les premières semaines ou les premiers mois. Dans la plupart des cas, il s'agit d'*un syndrome de Hirschprung* dont les lésions d'hypertrophie et de dilatation se développent après la naissance par suite d'un obstacle de nature variable situé au niveau du côlon ilio-pelvien ou du rectum. Le mégacôlon serait donc le plus souvent d'après Bensaude et Hillemand, tout comme le méga-œsophage, secondaire à une cause mécanique ou fonctionnelle; l'obstacle lui-même étant acquis ou d'origine congénitale.

Traitement. — A moins d'accidents, immédiatement menaçants, tout mégacôlon reconnu peut être soumis d'abord à un *traitement médical.*

Le régime, chez les enfants déjà grands et chez les adultes, sera composé d'aliments dont la digestion laisse peu de résidus; on recommandera l'usage de l'huile d'olive, et du beurre frais ajoutés aux aliments.

On tentera de vider l'intestin des gaz et des matières qui s'y accumulent par des lavements quotidiens. Ils seront donnés dans le décubitus latéral droit, à l'aide d'une longue sonde en caoutchouc, bien huilée, introduite assez loin, et on utilisera une faible pression. On choisira, de préférence, l'huile d'olive, la décoction de graine de lin ou l'eau à 37 degrés, simple ou additionnée de bile (Bensaude et Vicente).

Les lavements électriques donnent, en général, peu de résultats dans la maladie de Hirschprung proprement dite.

En cas de météorisme trop gênant, on laissera une sonde à demeure pendant quelque temps, pour favoriser l'évacuation des gaz.

On proscrira les purgatifs violents et répétés; ils compliquent l'état du malade, provoquent des vomissements et des coliques. On leur préférera les laxatifs légers : huile de paraffine, huile de ricin ou huile d'olive.

Les coprômes ou calculs stercoraux seront extraits à l'aide du rectoscope (Finochietto), ou morcelés à la cuiller après avoir essayé de déliter la coque qui les entoure par un lavement d'eau oxygénée diluée.

Les grands bains chauds, les cataplasmes, les antispasmodiques seront utilisés en cas de spasmes douloureux.

L'atropine ou la belladone peuvent être donnés avec avantage ainsi que l'ont montré Gœbel, Moser, Schreiber.

Meyers aurait guéri un cas de mégacôlon par le sulfate d'atropine donné à hautes doses : 1 à 2 milligrammes par jour en trois fois. Si la dilatation est secondaire à un spasme, on peut en effet espérer la guérison. Aquilino Hurlé Alvarez a rapporté un autre cas de guérison spontanée. Dans les formes frustes, on peut espérer sinon le rétablissement complet du malade, du moins l'absence de complications et l'amélioration des symptômes; c'est le cas du petit malade que nous avons soigné avec Blechmann.

Le traitement médical n'est jamais inutile, mais il est souvent insuffisant et dans la plupart des cas on est obligé de recourir au *traitement chirurgical.*

Certaines interventions constituent une *cure radicale :* de toutes celles qui ont été proposées, il faut retenir deux grandes interventions (Pierre Duval, Pauchet) : l'iléosigmoïdostomie et la colectomie.

L'iléosigmoïdostomie, simple, rapide, peu dangereuse, soulage le malade mais donne rarement des résultats définitifs; cependant Bensaude cite le cas d'un de ses malades opéré ainsi par Gosset il y a plus de dix ans et qui est toujours en bonne santé.

La colectomie, opération de choix, est plus grave, mais assure la guérison définitive lorsque le malade supporte bien l'intervention. Elle se fait en un

temps (Pauchet) ou en deux temps, après extériorisation (P. Duval). En cas de mégacôlon total, P. Duval conseille de pratiquer une entéro-anastomose avec exclusion unilatérale, et de faire ultérieurement la colectomie.

Note. — Nous avions terminé la rédaction de cette Revue générale en décembre 1922 lorsque parut le travail très complet de MM. Bensaude et Hillemand dans les *Annales de médecine* (1922, t. XII, n° 6). Avant de livrer cette Revue à l'impression, nous avons cru devoir la compléter en faisant de fréquents emprunts au mémoire original de ces auteurs, qui constitue, avec le travail encore inédit du professeur Marfan (*Affections du tube digestif dans le premier âge*, Masson 1923), une mise au point très complète de la question.

BIBLIOGRAPHIE

ADENNA. *La Pediatria*, juillet 1915, p. 513.
ALGLAVE. Un cas de mégacæcum consécutif à une disposition vicieuse du côlon ascendant, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1904.
AQUILINO HURLÉ ALVAREZ. *Th. de Madrid*, 1916.
BAR (P.). Un cas de mégacôlon chez un enfant de cinq mois, *Bull. de la Soc. obst. de Paris*, 1910.
BAR. Le mégarectum. Dilatation idiopathique d'origine congénitale, *Semaine méd.*, 1910.
BARJON. Examen radioscopique de trois cas de mégacôlon, *Arch. d'élect. méd. de Bordeaux*, 1912.
BAUMGARTNER. Le mégacôlon, *Presse méd.*, 1907.
BENSAUDE, GILLARD et RONNEAUX Sur le syndrome de Hirschprung ou mégacôlon, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911.
BENSAUDE et HILLEMAND. Maladie de Hirschprung, *Ann. de méd.*, déc. 1922.
BENSAUDE et SORREL. Six cas de mégacôlon, examen radiologique et rectoscopique. Considérations thérapeutiques, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, 1914.
BLANC et CHARLOT. Dilatation de l'intestin, *Loire méd.*, Saint-Etienne 1907.
BOURGEOIS. Un cas de mégacôlon, *Union méd. du Canada*, Montréal 1914
BUREAU. Cas de dilatation idiopathique du gros intestin, *Gaz. méd. de Nantes*, 1908.
CADE, ROUBIER et MARTIN. Enorme ectasie du gros intestin par sténose fibreuse du côlon pelvien, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1912.
CADET. Dilatation idiopathique du gros intestin, *Lyon méd.*, 1905.
CARNOT et FRIEDEL. Dextrocardie secondaire à un cas de mégacôlon, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1920.
CATTANEO. *Rivista di clinica pediatrica*, juin 1921.
CERNEE et DELAFORGE. Maladie de Hirschprung, *Normandie méd.*, 1908; — Maladie de Hirschprung. Examen radioscopique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1908.
CHASSAGNARD. Mégacôlon, *Th. de Bordeaux*, 1908.
CHEINISSE. La dilatation idiopathique ou congénitale du côlon, *Semaine méd.*, 1904.
CLERMONT. Volvulus et mégacôlon, *Arch. méd. de Toulouse*, 15 mai 1910, n° 10.
COMBY. *Arch. de méd. des enf.*, août 1920.
CORDIER. *Ann. de la policlin. centrale de Bruxelles*, mai 1914, p. 213.
CULAN. Le mégacôlon congénital, *Th. de Paris*, 1910.
DELCOURT. Dilatation congénitale du côlon, *Journ. méd. de Bruxelles*, 1905.
DELMAS. Considérations sur le mégacôlon ou la maladie de Hirschprung, *Clin.*, 1908.
DELORE. A propos du traitement du mégacôlon de l'adulte, *Revue de méd.*, Paris 1911.
DELORE et GAILLARD. Mégacôlon. Colectomie totale, *Soc. méd. de Lyon*, 20 avril 1921.
DELORE. *Soc. de chir. de Lyon*, 12 janv. 1922.
DORLENCOURT. *Le Nourrisson*, 1918, p. 20.
DUBOIS. Mégacôlon ou maladie de Hirschprung, *Scalpel*, Liége 1913-1914.
DUPLEIX. Dilatation énorme de l'S iliaque, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1877.
DUVAL (P.). De la dilatation dite idiopathique du gros intestin, *Revue de chir.*, 1903; — Les résultats opératoires dans le traitement du mégacôlon. Etude critique, *Revue de chir.*, 1909; — Chirurgie du côlon pelvien (cancer excepté), *Congrès franç. de chir.*, oct. 1913.
FABRE DE PARREL. Maladie de Hirschprung, *Normandie méd.*, 1908.
GANJOUX. Existe-t-il une maladie de Hirschprung, *Arch. de méd. des enf.*, 1908.
GAUME. Obstruction intestinale par matières stercorales. Mort. Autopsie, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1866.
GAYET et PATEL. *Lyon chir.*, 1er mars 1911.
GIORDANO. Occlusion intestinale, *Congrès franç. de chir.*, 1909; — Traitement chirurgical du côlon ectasié, *Arch. intern. de chir.*, 1903.
GRÉGOIRE et DUVAL. Deux cas de mégacôlon traités par la colectomie, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, janv. 1913.
GRÉGOIRE. *Arch. de méd des enf.*, 1920.
GUINARD. Maladie de Hirschprung. Opération, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1909; — *Nouveau Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet, 1910.
GUINON et REUBSAET. Un cas de maladie de Hirschprung, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1909.
GUYOT. Colectomie pour volumineux mégacôlon congénital, *Gaz. hebd. de la Soc. méd. de Bordeaux*, 1919, p. 585-595.
HALLEZ et BLECHMANN. Syndrome de Hirschprung apparaissant chez un enfant de trois ans et demi, *Arch. de méd. des enf.*, 15 mai 1921.
HARTMANN. In discussion rapport Patel, *Congrès nat. de gyn., d'obst. et de péd.*, Toulouse 1910; — *Soc. de chir.*, 1907.
HAUSHALTER. Dilatation du côlon transverse chez un enfant de onze mois, *Revue méd. de l'Est*, 1904.
HIRSCHPRUNG. *Traité des maladies de l'enfance*, DILATATION CONGÉNITALE DU CÔLON, publié sous la direction de Grancher-Comby, 1904, t. II.
HIRZBERG. *Th. de Paris*, 1919, n° 366.
HOBBS et DE RICHEMOND. Pneumatose intestinale considérable due à un rétrécissement congénital probable du gros intestin, *Médecine moderne*, 1898.
HUE. Dilatation congénitale du gros intestin, *Normandie méd.*
HUTINEL et NOBÉCOURT. *Maladies des enfants*, DILATATION CONGÉNITALE DU CÔLON, t. II.
JAYLE. La dilatation idiopathique du côlon observée au XVIe siècle, *Presse méd.*, 1909.
JEANNEL. *Arch. méd. de Toulouse*, 15 mai 1910.
JOHANESSEN. La dilatation hypertrophique du gros intestin chez l'enfant, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1900.
LARDENNOIS et AUBOURG. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. n° 2, fév. 1914.
LATREILLE. Un cas de mégacôlon congénital, *Union méd. du Canada*, Montréal 1914.
LE CALMÉ. Le mégacôlon, *Th. de Paris*, 1909.
LECÈNE. Volvulus du gros intestin, *Revue de chir.*, 1910, n° 1.
LEJARS. Maladie de Hirschprung, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1907; — Les formes graves de la constipation et leur traitement chirurgical, *Semaine méd.*, 1904; — *Semaine méd.*, 1904; — La stase intestinale chronique, *Semaine méd.*, 1911.
LE ROY DES BARRES. Sur un cas de dilatation dite idiopathique du gros intestin avec dilatation de la vessie, *Gaz. des hôpit.*, 1903.
LEREMBOURG. *Arch. méd.-chir. de province*, n° 7, juillet 1914.
LESPINASSE. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1888.
MARFAN. *Traité des maladies de l'enfance* Grancher, Comby, Marfan, 1897, t. II, p. 660; — Le gros ventre des nourrissons dyspeptiques et l'augmentation de longueur de l'intestin, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, avril 1903; — *Affections du tube digestif dans le premier âge*, ch. XXIV, Masson, 1923 (sous presse); — De la constipation des nourrissons et en particulier de la constipation d'origine congénitale, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, avril 1903.
MATHIEU-ROUX. *Pathologie gastro-intestinale.*
MAUCLAIRE. A propos du mégacôlon, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1913.
MÉRY, GUILLEMOT et GENEVRIER. *Traité des maladies des enfants*, 1910.
MEYER. *Deuts. med. Wochens.*, 1913, n° 9.
MICHON et OKINCZYC. *Soc. de chir. de Paris*, 21 avril 1921.
MIGINIAC. Traitement du mégacôlon sygmoïdien compliqué d'occlusion aiguë, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1922.

MORESTIN. Constipation invétérée traitée par l'iléosigmoïdostomie avec exclusion du côté cæcal, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1910 ; — Dilatation idiopathique du côlon et du rectum, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1910.

MOUGES Un cas de maladie de Hirschprung, *Marseille méd.*, 1907.

NAVARRO. Sur le mégacôlon, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1913.

OKINCZYC. Atrésie congénitale du côlon. Ses rapports avec la maladie de Hirschprung, *Revue de chir.*, 1909.

OULMONT. Obstruction intestinale, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1843.

PATEL. *VIe Congrès nat. d'obst., de gyn. et de péd.*, Toulouse 1910, in *Ann. de gyn. et obst.*, 1910 ; — Chirurgie du côlon pelvien (cancer excepté), *Congrès franç. de chir.*, oct. 1913.

PAUCHET. Traitement du mégacôlon, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1912 ; — Traitement du mégacôlon, *Arch. prov. de chir.*, Paris 1913 ; — *Presse méd.*, sept. et nov. 1918 ; — Mégacôlon congénital. Traitement, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1919 ; — *Soc. des chir. de Paris*, 15 sept. 1921.

PÉHU. *Arch. de méd. des enf.*, 1914.

PLYETTE. Maladie de Hirschprung, *Marseille méd.*, 1905.

PORTE (H.). Symptômes et diagnostic de la maladie de Hirschprung, *Médecine prat.*, Paris 1913.

POZZI. Contribution au traitement opératoire de certaines tumeurs stercorales avec énorme dilatation du gros intestin, *Congrès de chir. de Paris*, 1905, et *Th. de Paris*, 1913, n° 75.

PORTER (L.) et WEEKZ (A.). *Arch. de méd. des enf.*, mars 1916, p. 155.

QUÉNU, ŒTTINGER et MÉNARD. Mégacôlon iliaque et stercorome. Résection de l'anse sigmoïde, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1916, p. 2389.

REVILLOUD. *Gaz. des hôpit.*, 1877, n° 75.

RIBADEAU-DUMAS. Dilatation congénitale du côlon, absence du corps thyroïde chez un nourrisson de sept mois et demi, *Revue mens. de gyn., obst. et péd.*, Paris 1914.

ROUX DE BRIGNOLE. *Gaz. méd. de Paris*, 1903.

SAINT-MARTIN. Maladie de Hirschprung, *Revue méd. de la Franche-Comté*, 1905.

SCHWARTZ (Ed.). Dilatation du côlon pelvien. Maladie de Hirschprung, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1907.

SOREL (R.). Mégacôlon et son traitement opératoire, *Arch. prov. de chir.*, Paris 1911.

SORREL. *Clinique infantile*, 1913.

STRAUSS. *Proctosygmoïdoscopie*, 1910.

SUARÈS. *Th. de Paris*, 1921.

TERRIEN. Constipation congénitale et maladie de Hirschprung, *Journ. de méd. intern.*, 1908.

TUFFIER. Dilatation du côlon pelvien, maladie de Hirschprung, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1907 ; — Dilatation congénitale dite idiopathique du côlon (mégacôlon), *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1907.

VARIOT. Gros ventre par distension du côlon, *Presse méd.*, 1907, n° 95 ; — *Traité pratique de médecine des enfants*.

VARIOT et SORREL. *Clinique infantile*, 1913.

VELASCO BLANCO et HITEL. *Arch. lat. amér. de Pediatria*, juillet-août 1916, p. 345.

VERNEJOUL et SEDAN. Mégacôlon congénital ou maladie de Hirschprung, *Gaz. des hôpit.*, Paris 1914, p. 597.

VULPIAN. *Gaz. des hôpit.*, 1877.

WALTHER. Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1888.

WEILL (M.). Contribution à l'étude de la maladie de Hirschprung, *Th. de Nancy*, 1910.

ZARFL. *Soc. de méd. int. et de pédiatrie de Vienne*, 26 juin 1913.

Les maladies du cœur et de l'aorte (Collection des « Maladies de la cinquantaine », t. IV), 2e édition, revue, corrigée et augmentée, par le docteur Arthur LECLERCQ, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté. Un vol. in-8 carré de 588 pages avec 33 figures dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris. G. Doin.

Milieux de misères, par le docteur GOURGEY. Un vol., 240 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, Maloine et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 MARS 1923)

Du retard réductible de franchissement des synapses dans la propagation de l'excitation lumineuse de la rétine à l'écorce cérébrale. — M. H. PIÉRON.

Filtration des ultravirus neurotropes à travers les membranes en collodion. — MM. C. LEVADITI et S. NICOLAU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 MARS 1923)

Les malades de guerre. — M. G.-H. LEMOINE. Bien que la « présomption d'origine » qui est à la base de la loi des pensions du 31 mars 1919, ait ouvert la porte aux abus signalés par M. Sergent, il semble impossible de la modifier pour les mobilisés de la guerre. Instituée dans des circonstances exceptionnelles, elle permit de liquider rapidement la situation de plus d'un million de blessés et malades pour lesquels il était impossible de se procurer les pièces d'origine dans les formes exigées par l'ancienne loi. D'ailleurs, ces abus paraissent relativement rares. Sur un relevé de 3.000 malades atteints de tuberculose pulmonaire ou autres affections de la poitrine, 90 p. 100 appartenaient à des unités combattantes. D'autre part, la loi de 1919 donne à l'Etat le droit de faire la preuve contraire, l'usage de ce droit permettrait de supprimer un certain nombre de ces abus. Quant aux hommes appelés au service depuis la guerre, il serait juste de revenir aux sages dispositions de la loi de 1831, les causes ayant imposé la présomption d'origine ayant disparu. Enfin, la revision du barème annexé à la loi s'impose pour les affections médicales et en particulier pour la tuberculose pulmonaire avec bacilloscopie négative. Une nomenclature faisant état de documentations cliniques et radiologiques permettrait de classer d'une façon plus judicieuse les taux d'invalidité.

Indications et résultats du pneumothorax thérapeutique chez l'enfant tuberculeux. — M. ARMAND-DELILLE commente les observations de 25 enfants tuberculeux actuellement traités dans son service d'hôpital par le pneumothorax thérapeutique, dont 18 ont été pratiqués par lui l'année dernière.

En se basant sur ces cas et sur un certain nombre d'autres étudiés dans ces dernières années, il conclut que les indications de ce traitement se trouvent réalisées pour la tuberculose infantile dans environ 7 p. 100 des cas; l'intervention, qui arrête presque toujours l'évolution et a même déjà donné de véritables guérisons, est particulièrement indiquée étant donnée l'évolution rapide et grave des lésions tuberculeuses à cet âge. Il a démontré que l'action du pneumothorax est d'autant plus manifeste qu'on s'adresse à des lésions plus récentes et à un processus plus actif.

Ostéopériostose lépreuse. — MM. DELAMARRE et DJESNIL communiquent un nouveau cas d'ostéopériostose lépreuse du tibia. Sans insister sur la distinction entre cette ostéopériostose et les exostoses ostéogéniques qui peuvent se rencontrer fortuitement chez les lépreux, les syphilitiques et les tuberculeux, les auteurs notant que si l'absence des douleurs ostéoropes à exacerbations vespérales, l'inefficacité du traitement spécifique peuvent orienter le diagnostic dans la bonne voie, la présence du bacille de Hansen, le caractère négatif du Wassermann permettent seuls d'éviter la confusion.

Traitement nutritif et réformateur des plaies. — M. SALVA MERCADÉ fait observer que, jusqu'ici, on n'a traité les plaies que par l'asepsie et l'antisepsie. Il a institué un traitement nutritif et réformateur qui consiste à appliquer sur les plaies un composé peptoné (peptone, sucre et manganèse) qui a donné des résultats très remarquables. Après

avoir détergé les plaies, on les saupoudre de ce composé peptoné et on obtient ainsi une guérison très rapide.

Cette méthode nouvelle a déjà donné des résultats très appréciables.

Prévention de la coqueluche par l'injection de sérum de coquelucheux prélevé à la quatrième semaine de la maladie. — M. Robert Debré a appliqué à la coqueluche la méthode de Ch. Nicolle et Conseil, si précieuse pour la prévention de la rougeole. Se basant sur l'épreuve de la déviation du complément, il a choisi, pour prélever le sérum chez les sujets atteints de coqueluche, la quatrième semaine : à ce moment, en effet, le sérum est riche en sensibilisatrices. Ce sérum conservé quelques jours à la glacière, pour éviter toute possibilité de contamination syphilitique (dans le cas d'une erreur clinique et d'une faute dans la réaction de Wassermann), est injecté à la dose de 2 centimètres cubes et demi à 3 centimètres cubes chez les enfants que l'on veut protéger. L'injection pratiquée au début de la période d'incubation empêche l'éclosion de la maladie, l'injection pratiquée à la fin de la période d'incubation diminue l'intensité et la durée de la maladie, par contre dès que la maladie est déclarée, l'injection est sans aucune efficacité. L'auteur montre par des exemples les heureux résultats que peut avoir l'emploi de cette méthode dans une crèche, une pouponnière, une salle d'hôpital pour arrêter l'éclosion et le développement des redoutables épidémies de coqueluche.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 MARS 1923)

Injection de sang de convalescent chez des enfants atteints de coqueluche. — M. Lesné et Mlle Petot. Le sang total de convalescent injecté, même à doses fréquemment répétées de 10 à 20 centimètres cubes, à des enfants atteints de coqueluche, est dénué d'action sur le nombre ou l'intensité des quintes et sur la durée de la maladie. Mais cette thérapeutique paraît avoir une influence favorable et rapide sur les complications broncho-pulmonaires de la coqueluche, même lorsqu'il s'agit des broncho-pneumonies très graves des tout jeunes enfants.

Syndrome algomyoclonique fébrile accompagné de manifestations hémorragiques. — MM. Donzelot et Krebs, à propos du procès-verbal, rapportent l'observation d'une malade ayant présenté, au cours d'un syndrome myoclonique de l'abdomen et des membres inférieurs avec algies, un purpura hémorragique généralisé, des épistaxis et des métrorragies et rangent cette observation parmi les cas d'encéphalomyélite épidémique à manifestations hémorragiques.

Encéphalite épidémique à séquelles combinées respiratoires, bradytrophiques, psychiques, polio-encéphalite basilaire unique ou polio-encéphalomyélite à foyers multiples. — MM. M. Chiray et L. Lafourcade présentent un malade chez lequel se sont développées, deux ans après une encéphalite épidémique, des crises dyspnéiques, de l'obésité et des troubles psychiques. Les troubles respiratoires rappellent ceux qu'ont observés d'autres auteurs. Tout en admettant leur origine organique, les auteurs soulignent leur analogie avec des accidents hystériques. Ils décrivent un signe radiologique spécial de cette dyspnée, le mouvement du diaphragme en battements d'ailes. L'obésité étudiée au point de vue des variations de la glycémie après ingestion de glycose à jeun, a montré à certains moments, chez ce sujet, une courbe de prédiabétique et, à d'autres moments, une baisse rapide du sucre sanguin en rapport avec la polypnée. Celle-ci exerce, en effet, une action inverse de la dyspnée. Les auteurs se demandent s'il faut attribuer ces trois ordres de séquelles survenues tardivement et parallèlement, à trois foyers persistants et très interdistants du virus encéphalitique (polio-encéphalomyélite diffuse). Ils admettent plus volontiers et défendent l'hypothèse d'une lésion insulaire unique de la base cérébrale, partant de la région du tuber cinereum et intéressant plus ou moins les corps striés ou leurs fibres de projection (polio-encéphalite basilaire à foyer unique).

Action du quinio-bismuth sur le tabes et les douleurs. — M. Lortat-Jacob insiste sur les heureux effets du traitement bismuthique (quinio-bismuth) dans les douleurs tabétiques. Il montre que les sels de bismuth sont particulièrement bien tolérées dans les algies spécifiques.

M. Apert rapporte, à ce propos, le cas d'un enfant atteint de méningo-radiculite guéri par dix injections de quinio-bismuth.

Action des pilules de 606 dans la syphilis. — M. Alex. Renaud (à propos de la récente communication de M. Sézary) rappelle que, dès 1911, il a employé des pilules de 606 kératinisées dans le traitement de la spécificité. Même aux doses de 0g40 et 0g50 de 606, l'action du médicament était très lente.

Etude clinique et psychologique d'un cas d'écholalie avec échokinésie. — MM. Guillain, Léchelle et Alajouanine présentent un homme de quarante et un ans, ancien alcoolique et absinthique qui, à la suite de troubles mentaux confusionnels est resté écholalique. L'écholalie n'interrompt pas la suite des idées. L'échokinésie est moins accentuée et le malade peut y résister.

Il n'existe, par ailleurs, aucune lésion objective du système nerveux, ni aucune idée délirante, ni aucun phénomène démentiel. Ce fait est rare, car il s'observe surtout chez les idiots et les déments précoces. Au point de vue étiologique, il apparaît que les intoxications ont eu, sur le développement des phénomènes constatés, une influence, par des lésions qui ont modifié la conductibilité nerveuse et troublé l'action de certaines régions du névraxe ayant un rôle inhibiteur normal sur l'écho verbal ou kinétique.

Arythmie de tension. — MM. Rimbaud et Bondet décrivent sous ce nom un phénomène spécial observé dans la méthode auscultatoire : chez certains sujets, les battements perçus aux voisinages des TMx et Mn sont irréguliers, alors que le cœur et le pouls le sont Cette arythmie de tension est un signe précoce de petite insuffisance myocardique.

Variations du tonus vago-sympathique dans l'érythème sérique, la rougeole et la scarlatine. — MM. Tinel, Santenoise et Laurent insistent sur l'importance de l'équilibre vago-sympathique dans l'éclosion de l'érythème sérique, la rougeole et la scarlatine.

(SÉANCE DU 9 MARS 1923)

Gigantisme congénital partiel du pied et des orteils. — MM. Gaudy et Boulanger-Pilet présentent une femme de quarante-deux ans, atteinte d'une hypertrophie considérable du pied et des trois premiers orteils droits, la radiographie montra une synastose des trois premiers métatarsiens avec grosses déformations de ces cas et des phalanges. Aucun trouble nerveux ou vasculaire.

Par ailleurs, la malade est atteinte d'une cirrhose hépatique avec ascite et splénomégalie et Wassermann positif dans le liquide d'ascite.

La nature hérédo-syphilitique de la cirrhose peut être soutenue. Les auteurs ont voulu signaler la coexistence de la malformation congénitale avec les lésions hépatiques.

Appareils pour oxygénation. — M. Lian. Présentation d'un appareil facilement stérilisable pour oxygénation intensive, soit par inhalation, soit par voie sous-cutanée.

Appréciation de volume des lésions pulmonaires par les procédés radiologiques. — MM. P. Ameuille et L. Gally montrent que l'examen radiologique pratiqué par les méthodes courantes donne de temps en temps des erreurs par excès. Les unes sont commises sur des lésions lobaires massives dont on croit, faute de tenir compte de l'obliquité des scissures, qu'elles intéressent la totalité du poumon. L'examen en position latérale permet d'éviter l'erreur.

Les autres sont provoquées par la projection confluente sur l'écran ou le film de lésions discrètes espacées en profondeur. La radiographie stéréoscopique, en séparant les foyers qui paraissent confluents, donne à cet aspect sa valeur véritable.

Epreuve d'élimination de la phénolsulfonephtaléine dans ses rapports avec l'azotémie. — M. Sérane conclut de ses recherches.

1° Chez la majorité des malades atteints de néphrite chronique, l'élimination de la phénolsulfonephtaléine est en raison inverse du taux de l'urée sanguine.

2° Si l'élimination est supérieure à 50 p. 100, il existe rarement de l'azotémie et celle-ci est transitoire.

3° Quand l'élimination varie entre 30 et 50 p. 100, il s'agit d'une azotémie d'alarme, bien qu'il puisse exister un taux normal d'urée sanguine.

4° Au-dessous de 30 p. 100, le déficit fonctionnel rénal est plus accusé.

M. P. Vallery-Radot insiste sur cette méthode simple et précise et rappelle les conclusions formulées par lui, en collaboration avec MM. Widal et Weill dès 1914.

Un cas de périsigmoïdite vérifié par la radiographie. — MM. J. de Jong et Aubourg apportent l'observation d'un malade qui, après un début bruyant d'entéro-colite banale, présente une fièvre continue pendant deux mois. Un toucher rectal permit, vers la troisième semaine, de constater une masse rémittente qu'obstruait la lumière rectale rappelant une tumeur. La radiographie et l'évolution clinique vers la guérison ont montré qu'il s'agissait d'une périsigmoïdite plastique.

Syphilis du névraxe à forme algique et somnolente simulant l'encéphalite léthargique. — MM. Georges Guillain et Th. Alajouanine présentent un malade chez lequel le diagnostic d'encéphalite épidémique paraissait tout à fait justifié par la constatation d'algies violentes sans signes objectifs, un léger ptosis, la torpeur et la somnolence invincibles; seule la ponction lombaire permit de rectifier le diagnostic en montrant l'hyperalbuminose, la lymphocytose, la réaction de Wassermann positive, la réaction du benjoin colloïdal positive; le traitement spécifique eut d'ailleurs un résultat favorable. Ce cas, en apparence banal, montre que certaines formes de syphilis du névraxe peuvent se traduire par des algies à type radiculaire, ce qui est bien connu, mais aussi par un certain état de torpeur et de narcolepsie; il montre aussi que pour assurer la diagnose la ponction lombaire est indispensable. Pour le diagnostic différentiel entre l'encéphalite épidémique et la syphilis du névraxe, la réaction du benjoin colloïdal donne des renseignements spécialement utiles, car la réaction de Wassermann a été signalée parfois positive dans l'encéphalite épidémique, la réaction du benjoin au colloïdal, au contraire, dans ces cas, a toujours été trouvée négative par tous les auteurs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA CRISE PROFESSIONNELLE DE L'ART DENTAIRE

LE RAPPORT DE SAUVEZ; L'ÉTUDE DE TH. RAYNAL

Par le Professeur Léon Imbert (de Marseille).

La profession médicale traverse en ce moment une crise incontestable, il apparaît bien en effet que, sur nombre de points, les statuts qui la régissent ne sont plus en harmonie avec l'organisation du monde moderne; ainsi s'est créé un état d'incertitude dont la manifestation certaine est la part, de plus en plus prépondérante que prendront les syndicats professionnels au fonctionnement de la médecine.

La présente note est destinée à attirer l'attention de nos confrères sur un des côtés du problème, non le plus infime, je veux dire les rapports de la spécialité dentaire avec la profession médicale en général; elle s'inspirera d'une remarquable étude, publiée par M. Th. Raynal, chirurgien-dentiste à Marseille au nom d' « un groupe de praticiens indépendants ».

Que l'exercice de l'art dentaire soit en voie de transformation, nul de ceux qui ont été attentifs au mouvement médical ne saurait en douter. La spécialité odontologique est actuellement exercée par des docteurs en médecine, par des chirurgiens-dentistes réguliers, et enfin par d'anciens dentistes patentés en possession de fait du droit d'exercer leur art; il faudrait ajouter à cette liste une catégorie que le législateur n'a pas prévue, mais qui se maintient malgré tous les obstacles, celle des irréguliers; il en coûte en effet beaucoup plus cher, dit Raynal, d'essayer de passer en fraude un litre d'alcool à l'octroi que d'exercer illégalement l'art dentaire — ou l'art médical, car l'un n'est pas mieux protégé que l'autre. En somme les divers spécialistes de l'art dentaire forment deux grands groupes, qui ont pris, dans leur accord, et surtout dans leurs querelles, l'habitude de se donner les désignations — très distinctes, — de stomatologistes et de dentistes. Les premiers sont les docteurs en médecine que leur diplôme autorise à soigner non seulement les dents, mais encore leurs annexes de la cavité buccale, comme il les autoriserait du reste à soigner tout autre organe malade; les dentistes sont des spécialistes purs dont l'action ne peut s'exercer que sur les dents.

Ces deux groupements sont comme des frères ennemis, encore que si, jusqu'à ce jour, les dentistes ne pouvaient guère prendre le parti des stomatologistes — c'est cependant là le point de vue que défend le groupe de spécialistes dont Raynal est l'interprète, — de tout temps nombre de stomatologistes se sont rapprochés des dentistes; je n'en veux pour preuve que les nombreux docteurs en médecine qui font partie du personnel enseignant des Ecoles dentaires.

De toute évidence, cette dualité doit cesser; il faut arriver à obtenir l'égalité d'origine et de culture de tous ceux qui sont appelés à exercer l'art dentaire; les luttes de rivalités y disparaîtront, et la fusion des uns avec les autres fera bénéficier le nouveau corps des qualités de chaque groupement. Aux dentistes, les stomatologistes reprochent l'absence de culture médicale générale, leur tendance inévitable à réduire la spécialité à un travail un peu terre à terre, d'ouvrier incapable d'élever ses conceptions et ses points de vue, prisonnier d'une technique certes perfectionnée, mais à qui manque le souffle des idées générales. Les dentistes ne sont pas très embarrassés pour répondre : non qu'ils puissent nier la justesse des reproches qui viennent d'être formulés; mais ils font remarquer que la technique n'est point à dédaigner, qu'elle a une importance primordiale et nécessite que celui qui veut la posséder fasse un long apprentissage manuel, incompatible avec la haute culture des Écoles de médecine; ils ajoutent qu'après tout, ils sont, en notre siècle, les vrais précurseurs des grands dentistes de l'avenir, tout comme les apprentis barbiers ont créé les fondements de la chirurgie moderne : et ils disent aussi qu'une profession qui a su découvrir l'anesthésie chirurgicale à une époque où nombre de chirurgiens éminents, à l'imitation de Velpeau, considéraient toute recherche dans ce sens comme une dangereuse utopie, que cette profession a fait depuis longtemps la preuve qu'elle sait observer et tirer les conséquences des faits. Si, pendant de si longues années, l'art dentaire a semblé n'avoir aucun point de contact avec l'art médical, la faute n'en est-elle pas aux médecins qui ont dédaigné cette spécialité plutôt qu'aux praticiens qui munis de connaissances insuffisantes n'en ont eu que plus de mérites à en poser les bases.

Mais on sait bien que, dans la réalité, la discussion entre stomatologistes et dentistes sera bientôt aussi périmée et vieillotte que celle qui, si longtemps, fit la rivalité des médecins et des chirurgiens. Quel esprit peut soutenir que l'art dentaire n'est point une partie de l'art médical, et comment croire que les enfants prodigues que sont les dentistes ne rejoindront pas un jour les médecins?

En vérité, la dentisterie, l'art dentaire, est une branche de l'art de guérir; elle se fusionnera un jour dans une union féconde, avec toutes les autres spécialités au sein de la science médicale; et il est certain qu'à ce jour, qui n'est pas très éloigné, tout dentiste sera docteur, de même que suivant le mot de Magitot, tout docteur sera dentiste.

Faut-il s'arrêter à une solution intermédiaire? Convient-il de créer un diplôme de docteur en chirurgie dentaire, ou même de ne conférer aux dentistes que le diplôme de seconde classe, celui de docteur d'Université? Qu'une pareille conception puisse se formuler en ce moment, au milieu des luttes dont l'ardeur est la meilleure preuve de la vitalité professionnelle de l'art dentaire, cela se comprend. Mais il semble bien que si l'on va au fond des choses personne ne soutienne sérieusement ce point de vue; la stomatologie est une spécialité qui, comme beaucoup d'autres, a une technique difficile; que

nos confrères dentistes ne croient pas que les soins ophtalmologiques, laryngologiques, chirurgicaux puissent se passer d'un certain degré d'habileté manuelle; assurément il est des oculistes plus adroits que d'autres, comme il est des dentistes plus exercés que leurs confrères. Qu'en conclure sinon que l'infirmité de la nature humaine crée des différences que chacun compense dans la mesure de ses moyens, et dont la clientèle demeure en dernier ressort le juge souverain et parfois mal inspiré, comme il arrive à toutes les juridictions.

La crise que subit la profession dentaire conduit donc inéluctablement à imposer le doctorat en médecine à tous les dentistes; la réforme se fera plus ou moins rapidement, plus ou moins aisément. On crut l'avoir amorcée par la création de diplôme de chirurgien-dentiste et l'on pensa alors que les docteurs en médecine arriveraient progressivement à occuper tous les postes. Il n'en a point été ainsi, chacun le sait, nombre de docteurs exercent l'art dentaire, mais en fait, ils sont demeurés une minorité.

De cette crise plus ou moins latente par moments, aiguë en d'autres, est née la Commission interministérielle instituée le 20 mai 1921 en vue d'examiner les moyens de la réorganisation de l'Enseignement dentaire en France; à cette commission, M. le docteur Sauvez, président de la Société des dentistes des hôpitaux de Paris, a présenté un rapport qui, approfondissant la question, en a donné la solution avec une lucidité parfaite et une compréhension nette des difficultés et des moyens de les écarter. Le travail présenté par M. Th. Raynal au nom d'un « groupe de praticiens indépendants » (lisez chirurgiens-dentistes), se dégage des objections un peu puériles et souvent trop personnelles qui ont eu cours dans les milieux odontologiques; il appuie en ses grandes lignes les propositions de Sauvez et montre bien que les milieux les plus intellectuels de la profession se rattachent tous, sans hésitation au doctorat en médecine. Il persiste seulement quelques divergences superficielles et quelques difficultés de détail dont je dois maintenant indiquer les éléments.

La première objection, la plus grave est celle-ci : Comment les Facultés et Ecoles donneront-elles l'enseignement dentaire, elles qui y sont si mal préparées et qui ne fournissent à leurs propres étudiants que des cours théoriques de stomatologie? La réponse à mon avis ne saurait être douteuse. L'enseignement dentaire a été fondé en France par l'initiative privée; elle a réalisé une œuvre pleine de vie et de mérite. J'ai eu l'occasion, pendant la guerre, d'entrer en relations avec l'Ecole dentaire de Paris, et j'en ai gardé le plus réconfortant souvenir; d'autres Ecoles, notamment celle de stomatologie, ont fourni la preuve d'un travail efficace; c'est assurément parmi ces institutions qu'il faut chercher la solution du problème. Elles s'y prêteront certainement, et il ne sera pas difficile de faire, dans leur personnel, le choix nécessaire.

Cet enseignement sera-t-il obligatoire pour chaque médecin? Oui, dans sa forme élémentaire; comme chaque étudiant reçoit des notions d'ophtalmologie, de neurologie, de psychiâtrie, etc., il recevra celles de dentisterie; mais les Ecoles dentaires seront fréquentées surtout par des docteurs en médecine désireux d'approfondir la spécialité pour l'exercer. A ceux-là, elles imposeront suivant les nécessités un stage dont la longueur sera fixée d'un commun accord avec l'administration universitaire. En échange ces Ecoles délivreront un diplôme, un certificat établissant la réalité de ce stage. Il est bien évident qu'un pareil certificat ne pourra être constitué en obligation; le diplôme de docteur en médecine est unique; il donne par lui-même le pouvoir d'exercer l'art de guérir dans toutes ses branches, stomatologie comprise; mais les certificats spéciaux s'imposent de plus en plus comme une nécessité de la vie sociale moderne; les syndicats médicaux, après les avoir si ardemment combattus autrefois, semblent bien en avoir pris leur parti; du moins cette question a-t-elle quitté depuis longtemps les premiers plans de la lutte syndicaliste. Les certificats de spécialités existent dès maintenant : médecine sanitaire, médecine coloniale, hygiène, médecine légale, etc., comportent une attestation de stage spécial. Mais les certificats correspondants ne confèrent nullement un monopole; il est bien entendu que tout médecin peut faire de

la médecine coloniale, judiciaire, etc.; seulement, quand le choix de la collectivité s'exerce par l'intermédiaire d'une administration, celle-ci accorde des avantages à ceux qui font ainsi la preuve d'une culture particulière. Il en sera de même du stage de stomatologie : il ne sera point nécessaire, et tout médecin pourra, sans le subir exercer l'art dentaire; mais il ne paraît pas contestable que, sauf exceptions, les mieux instruits seront les mieux appréciés de leurs clients. Il en est du reste ainsi actuellement et nul ne conteste à un médecin, quel qu'il soit, le droit d'exercer la stomatologie, ce droit prenant naissance dans la possession du diplôme de docteur en médecine.

La période de transition présentera, il est vrai, quelques difficultés; n'en est-il point ainsi pour toute réforme? Les dentistes ont des droits acquis ; l'art dentaire en possède aussi. Il existe, partout en France, des praticiens d'expérience, connaissant bien leur spécialité, l'exerçant depuis longtemps au grand profit des populations parmi lesquelles ils se trouvent; c'est, jusqu'à présent dans cette masse de dentistes non docteurs, qu'ont pris naissance la plupart des progrès de la chirurgie dentaire ; et celle-ci n'a-t-elle point apporté une importante contribution à la science médicale, en découvrant l'anesthésie générale, en perfectionnant l'anesthésie locale, etc.? De pareils droits ne peuvent être méconnus et nul ne songe à les ignorer. On a bien accordé aux officiers de santé — qui, cependant, avaient rendu, je crois, de bien moindres services — une période de transition ; il en sera de même pour les chirurgiens-dentistes. Tous ceux d'entre eux qui sont actuellement en droit d'exercer leur art, continueront à jouir de ce droit sans aucune restriction. S'il en est, parmi eux, qui, plus ambitieux que d'autres, désirent régulariser leur situation et se rallier définitivement au milieu médical, il conviendra de leur en faciliter les moyens ; comme il a été fait pour les officiers de santé, on leur permettra l'acquisition du titre de docteur en médecine, en supprimant les exigences auxquelles ils ne sont pas en état de répondre, en diminuant la longueur des études et le nombre des examens ; il est évident que les dentistes de cette catégorie, après avoir fait l'effort nécessaire pour acquérir le diplôme de docteur, continueront à exercer leur spécialité ; nous n'aurons pas à craindre l'intrusion, en médecine générale, de confrères d'instruction inférieure, comme cela s'est produit pour les officiers de santé.

On ne saurait aller plus loin dans notre état social. Aurait-on, en effet, la prétention d'interdire aux docteurs en médecine, uniquement pourvus de ce diplôme, l'exercice d'une spécialité?. Même en négligeant les questions d'intérêt professionnel, qui ne voit que, si cette mesure est matériellement applicable dans une grande ville, elle ne l'est certainement pas dans les petites villes et à la campagne. Il n'est pas de spécialité plus ancienne que celle de la chirurgie et il n'en est sans doute pas qui comporte plus de culture générale, plus d'expérience spéciale, plus de conscience professionnelle, plus d'habileté manuelle et, pour tout dire, qui mette en jeu plus de responsabilité ; jamais, cependant, les chirurgiens n'ont eu la pensée de voir interdire l'exercice de l'art opératoire par les médecins. Qu'un médecin de campagne fasse un curettage, opère une hernie étranglée, se livre à d'autres opérations qui n'appartiennent même pas à la chirurgie d'urgence, qui ne voit que ses malade, et la société en retirent un grand bénéfice? Et nos confrères ruraux n'exercent-ils pas, depuis toujours, l'art dentaire? Rien ne les empêche de perfectionner leurs connaissances et d'augmenter ainsi les services rendus aux populations qu'ils desservent.

Et si l'on prend la question en sens inverse, on voit bien que la reprise de l'art dentaire par la médecine générale sera une évolution bienfaisante pour la spécialité elle-même. Il est bien probable que les mêmes luttes, tout aussi aiguës mais moins bruyantes en raison de la différence de l'état social, se sont produites au moment où l'art des barbiers-chirurgiens est entré dans le giron médical. Je ne crois pas que personne ait eu jamais la fantaisie de le regretter ; l'art chirurgical en a profité dans une mesure incalculable; il en sera de même de l'art dentaire.

Il est bien vrai que le législateur a cru, à une certaine époque, qu'il y avait un intérêt social à maintenir des diplômes inférieurs, soit qu'ils fussent restreints à une spécialité, comme celui d'accoucheuse, soit qu'ils fussent restreints dans leur étendue territoriale et professionnelle, comme celui d'officier de santé. On a cru à cette époque — non sans quelque naïveté — que accoucheuses et officiers de santé, aussi bien que pharmaciens de deuxième classe, rendraient des services en s'installant dans des localités de second ordre dont l'importance ne paraîtrait pas suffisante aux docteurs en médecine. On sait comment ces espoirs furent trompés : quelques officiers de santé consentirent bien à pratiquer dans des villages, mais le plus grand nombre resta dans les villes, même dans les plus grandes ; lorsque l'erreur fut reconnue, le diplôme inférieur se trouva condamné; il a disparu, personne ne l'a regretté. Si celui de sage-femme persiste — non sans peine — c'est précisément qu'il s'adresse à une clientèle spéciale, soit dans les campagnes, soit dans la population pauvre des grandes villes ; mais il aurait grand besoin d'être transformé à son tour.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que des avantages que trouverait la spécialité odontologique à être exercée par des médecins ; je crois aussi que la médecine gagnerait à s'annexer définitivement et complètement la stomatologie; l'expérience de la guerre l'a bien prouvé : ceux de nos confrères qui, dans les centres des spécialités se sont trouvés en contact avec odontologistes et stomatologistes en ont tiré profit; je me félicite, pour ma part, d'avoir appris, à leur contact, bien des choses qui ne ressortissaient pas uniquement de leur spécialité et je suis profondément reconnaissant à l'art dentaire de l'enseignement que j'y ai puisé. Cette raison, un peu personnelle, jointe à celles que j'ai données au cours de cette étude justifie le désir que j'éprouve de voir enfin la spécialité dentaire définitivement unie et fusionnée à l'art de guérir.

Je ne crois pas avoir déformé les idées exposées dans le travail de Raynal et dans le rapport de Sauvez; sans doute, on peut diverger d'avis dans les détails; mais il me paraît évident que ces idées doivent être réalisées dans leur ensemble ; elles le seront nécessairement, il n'en faut point douter et l'enfant prodigue, du reste vigoureux et bien développé, viendra enfin rejoindre son milieu familial qui est l'Art de guérir.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 19 mars. — Jury : MM. Hartmann, président; Letulle, Gosset et Sergent. — M. Aumont (M.). Traitement des hernies musculaires de la loge externe de la jambe. — M. Simon (Henri). L'endocardite à pneumo-bacille. — M. Penther (Marcel). Etude du volvulus du cæcum et son traitement. — M. Lafaix. Le signe de l'hyperesthénie de la région thyroïdienne.

Mardi 20 mars. — Jury : MM. Achard, président; Carnot, Bezançon et Lecène. — M. Licase (Marcel). Etude de la réaction myotonique du trapèze. — M. Touvay (André). L'insuffisance cardiaque dans les lésions du poumon. — M. Cousty (André). Etude sur la digitaline en thérapeutique cardiaque. — M. Simonpiétri (Ambroise). La bukyl-éthyl-malonyl-théo-lonényl. — M. Louge (Henri). Le réflexe palato-cardiaque physiologique. — M. Bardet (Georges). Iodo-bismuthates alcaloïdiques.

Jeudi 22 mars. — Jury : MM. Lejars, président; Jeannin, Lequeux et Chevassu. — M. Maisonnave (Léon). Fracture du condyle interne de l'humérus. — M. Segelle (Pierre). Deux observations de procidence du cordon dans la présentation du siège.

Jury : MM. de Lapersonne, président; J.-L. Faure, Bernard et Brindeau. — M. Zenatti (Emile). La dacryocystorhinostomie plastique. — M. Hervé (Hémon). Le traitement des complications oculaires de la blennorragie. — M. Regnard (Louis). Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. — Mme Dousdebès. Des métrorragies virginales. — M. Minière (Maurice). Un centre de médecine préventive. — M. Fournié (Gaston). Conduite à tenir dans les cas de rétention de membranes après l'accouchement.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Les maladies dites vénériennes, par le docteur P. Ravaut, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un vol., 213 pages, 23 fig. (Collection Armand Colin.) — Prix : 5 fr. — Paris, A. Colin.

N° 23. — MARDI 20 & JEUDI 22 MARS 1923. 96e ANNÉE. MARDI 20 & JEUDI 22 MARS 1923. — N° 23.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — Liste des candidats :

MM. Léon-Kindberg, 70 1/2; Weissenbach et Bénard (Henri), 70; Léchelle, 68; Caïn, 67; Brodin, 66 1/2; Bouillard et Bénit, 65 1/2; Flandin, 65; Nicaud, 64 1/2; Donzelot, 64; Stévenin, 62; Jacquet, 61 1/2; Gautier, 60 1/2; Paraf, Schulmann, Carrié et Lévy (Pierre-Paul), 60; Bith et Pruvost, 59 1/2.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mathieu, Lapointe, Hallopeau, Grégoire, qui acceptent; Lejars, Mauclaire, Laffitte, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Sont nommés professeurs de la chaire d'accouchements et d'hygiène de la première enfance (création) : M. Paucot, chargé de cours; de la chaire de pathologie interne expérimentale et clinique des maladies de l'appareil digestif (transformation) : M. Surmont, professeur de pathologie interne expérimentale.

— Montpellier. — M. Delmas, agrégé, est nommé professeur.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Rabaud, docteur ès sciences, docteur en médecine, chargé d'un cours complémentaire de biologie expérimentale à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, professeur sans chaire, est nommé, à partir du 1er avril 1923, professeur de biologie expérimentale à ladite Faculté (fondation de l'Université).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 13 mars publie une longue circulaire adressée aux préfets et relative à la lutte contre les maladies vénériennes.

Cette circulaire insiste sur l'importance de l'éducation du public par affiches, tracts, conférences, films, etc., et elle recommande aux préfets de seconder l'action médicale.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — Le samedi 10 mars dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, rempli par une assistance considérable de médecins et d'étudiants s'est tenue l'Assemblée générale annuelle de l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris. Le docteur P. Béhague, secrétaire général, dans son discours, a magnifié les récentes victimes du devoir du Corps médical hospitalier et l'Assemblée s'est levée tout entière et a observé une minute de silence en l'honneur de ses glorieux collègues. Puis, au nom de l'Assemblée, il a exprimé la reconnaissance de tous au bureau sortant, dont le président L. Justin-Besançon devient président honoraire de l'A. E. et dont MM. Gastaud, Lepennetier et Marchand sont nommés membres fondateurs. Puis, le président L. Justin-Besançon, dans un discours longuement applaudi a exposé le mouvement de l'A. E. en 1923-24 et son prodigieux essor.

Les nouveaux membres du bureau élu par l'Assemblée, sont : M. le docteur Glover, ancien externe, élu pour cinq ans; MM. Cossa, président; Baron, vice-président; Mlles Waynbaum, secrétaire générale adjointe; Brosse, secrétaire; M. Bazouge, trésorier, externes en exercice, élus pour un an.

Envoyer toute la correspondance de l'A. E. à M. le docteur P. Béhague, 1, rue de Villersexel, Paris, 7e.

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS. — Soixante étudiants en médecine écossais sont arrivés, le dimanche 18 mars, à 18 h. 20.

Ces étudiants, de même que l'année dernière, viennent accomplir pendant les vacances de Pâques, un stage dans une des cliniques de notre Faculté.

La Section de médecine de l'A., 13 et 15, rue de la Bûcherie, organise en leur honneur, pour le 20 mars, à 16 h. 30, une réception à laquelle sont conviés tous ses membres et qui sera présidée par M. le professeur Roger, doyen.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA DOCTRINE ESPAGNOLE DE LA TUBERCULOSE. — Dans la deuxième quinzaine d'avril 1923, va se tenir à Madrid, sous le patronage officiel du gouvernement espagnol, une conférence internationale sur la doctrine espagnole de la tuberculose [application de la vaccination par le sérum anti-alpha du docteur Ferran (de Barcelone)].

C'est le docteur Angel Pulido, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine de Madrid, président du Conseil de santé d'Espagne, qui a pris la très intéressante initiative de cette conférence en faisant appel à tous les médecins dans le monde qui ont expérimenté la méthode de Ferran.

Sous sa direction, un comité scientifique s'est formé, composé des principales célébrités de l'Espagne, du Portugal, de l'Amérique du Sud et de l'Italie.

Le docteur Bandelac de Pariente, médecin du consulat d'Espagne à Paris, vice-président, fondateur de l'Union medica-franco-ibero-americana ou U. M. F. I. A. a été choisi par le professeur Pulido pour faire partie du Comité d'organisation et pour centraliser à Paris tous les travaux des auteurs qui se sont intéressés à cette question.

Les confrères pourront envoyer leurs documents, observations et travaux au docteur Bandelac de Pariente (10, square Moncey, Paris) qui les présentera de leur part à cette conférence internationale.

VOYAGES DE MÉDECINS AUX STATIONS THERMALES ITALIENNES. — L' « Ente Nazionale per le Industrie Turistiche » prépare, pour la première moitié de juin 1923, un voyage d'études aux principales stations thermales d'Italie, réservé aux médecins étrangers.

Ce voyage, d'une durée de quinze jours, débutera dans le Piémont et se terminera à Naples; il s'effectuera en train spécial et les médecins seront logés dans les plus grands hôtels des localités visitées.

Dans chaque station thermale il sera fait une conférence explicative par une personnalité scientifique de l'endroit; suivront les visites aux divers établissements de cure. Des médecins interprètes pour les langues française, anglaise et allemande feront partie du voyage.

Le voyage sera conduit par le professeur Guido Ruata.

Les inscriptions sont reçues à l' « Ente Nazionale per le Industrie Turistiche », 6, via Marghera, Rome, qui enverra, sur demande, informations détaillées et programmes. Les inscriptions seront closes dès que sera atteint le chiffre de 200 médecins.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Roudouly (de Caussade). Notre vénéré confrère qui avait pris sa retraite depuis plusieurs années avait consacré tout ce qui lui restait d'activité à faire le bien. Nous prions son fils, notre collaborateur et ami le médecin-major Roudouly, de trouver ici l'expression de notre très douloureuse sympathie; — de M. le médecin-inspecteur Landriau; de M. le docteur Jules Hue (de Rouen) et de M. Grellet, étudiant en médecine, à Rouen.

TRANSFORMATION DE PUBLICATION. — Nous apprenons que les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, qui paraissent sans aucune interruption depuis 1829, viennent de se transformer, l'hygiène et la médecine légale étant devenues deux sciences trop développées l'une et l'autre pour former une seule et même revue. Depuis le 1er janvier 1923, cette publication est dédoublée. Il y a d'une part :

Les *Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale*, publiées sous la direction de M. le professeur Bordas et paraissant tous les mois.

Et d'autre part :

Les *Annales de médecine légale, de criminologie et de police scientifique*, publiées sous la direction de MM. les professeurs Balthazard et Etienne Martin, et paraissant tous les mois (sauf août et septembre).

Les *Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale*, sont publiées mensuellement, le prix de l'abonnement est de 32 fr. pour la France et de 36 fr. pour les pays étrangers.

L'abonnement d'un an aux *Annales de médecine légale* est de 28 fr. pour la France et de 34 fr. pour l'étranger.

La librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, enverra sur demande un numéro-spécimen de ces publications.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

COMMUNES

Les communes sont soumises à la loi du 9 avril 1898, lorsqu'elles exploitent elles-mêmes, dans un intérêt public, une industrie ou un commerce rentrant dans les termes de cette loi.

C'est ce qui résulte d'un jugement du Tribunal civil de la Seine, en date du 10 novembre 1922, qui est ainsi conçu :

« Attendu que le 5 septembre 1921, H..., ouvrier terrassier, boueux au service de la ville de Suresnes, a été victime d'un accident du travail, alors qu'il enlevait des gadoues sur un terrain sis à Suresnes pour les mettre dans un camion et les porter à Nanterre; qu'à raison de cet accident il réclame à la ville de Suresnes et à la Compagnie d'assurances La Providence une rente de 937 fr. 50, calculée sur un salaire annuel de 5.250 francs et une réduction de 40 p. 100;

Attendu que la ville de Suresnes et la Compagnie d'assurances la Providence soutiennent que H... n'est pas recevable dans sa demande; que le travail auquel H... était occupé était un travail d'intérêt public n'entrant dans aucun des cas prévus soit par l'article 1er de la loi du 9 avril 1898, soit par l'article 1er de la loi du 12 avril 1906;

Mais attendu que H... ne faisait partie ni des agents du service permanent, ni des agents du cadre auxiliaire; qu'il était un simple ouvrier ayant conclu avec la ville de Suresnes un contrat de louage de services;

Attendu que les communes sont soumises aux règles du risque professionnel lorsqu'elles exploitent elles-mêmes dans un intérêt public, une industrie ou un commerce rentrant dans les termes de la loi et exposent leurs ouvriers aux mêmes dangers que les entreprises et exploitations similaires;

Attendu que l'assujettissement à la loi de 1898 ne dérive pas du gain recherché par le chef d'entreprise, mais uniquement de la nature de l'exploitation;

Attendu qu'il n'est pas douteux qu'une entreprise pour l'enlèvement des boues et ordures est assujettie à la loi sur les accidents du travail; que H... est donc recevable dans sa demande de rente. »

Comme le tribunal n'avait pas les éléments suffisants pour fixer le taux de la rente pouvant être allouée, il ordonna une expertise pour déterminer quelles blessures ont été occasionnées par l'accident, quelles ont été ou seraient les conséquences au point de vue de l'exercice tant de la profession du blessé que de toute autre profession, évaluer le taux de réduction de capacité et fixer la date de la consolidation de la blessure.

La loi du 9 avril 1898 était applicable pour les deux raisons indiquées par le jugement que nous venons de rapporter : d'une part, il n'existait entre l'accidenté et la ville de Suresnes qu'un contrat de louage de service, régi par le droit commun; l'accidenté, constate le jugement, ne faisait pas partie du cadre permanent ou auxiliaire de la ville de Suresnes. D'autre part, l'exploitation du service d'enlèvement des ordures ménagères mettait la ville de Suresnes dans la même situation que celle d'un particulier se livrant à une entreprise similaire.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

594. — **A CÉDER CLINIQUE CHIRURGICALE**, à Pau. En plein rendement, installation moderne. Se presser.
Ecrire VITRAC, 31, rue Carnot, Pau.

DE LA LYMPHORRÉE

CONSÉCUTIVE A L'OPÉRATION DE HALSTED POUR CANCER DU SEIN

PAR MM.

PATEL et VERGNORY

Chirurgien des hôpitaux, Professeur agrégé — Chef de clinique chirurgicale

à la Faculté de médecine de Lyon.

Parmi les incidents qui peuvent troubler les suites opératoires, ordinairement si bénignes, du cancer du sein, la lymphorrée est certainement l'un des plus rares et, pour qui n'est pas averti, des plus surprenants. Rare, puisque dans la pratique personnelle de l'un de nous, elle n'atteint que la proportion de 3 cas sur 500 interventions de cette nature. Surprenant, car cet écoulement peut prendre, par son abondance et son intensité, une importance inusitée. Aussi, quand nous avons entendu la communication de M. Leriche, à la Société de chirurgie de Lyon (séance du 21 déc. 1922), nous sommes-nous rappelé des faits qui sont, l'un d'observation déjà ancienne, puisqu'il remonte à 1909, les autres plus récents, mais qui tous avaient attiré notre attention. Les recherches bibliographiques que nous avons entreprises sont restées sans résultat : les traités classiques, les observations, les rapports restent muets sur cette question, que l'on ne trouve envisagée qu'à un point de vue très général ou, au contraire, très particulier, mais autre que celui qui nous intéresse, comme la lymphorragie consécutive aux interventions pour adénites inguinales. Dans la *Revue médicale de l'Est* (1904-1905), Vautrin émet des considérations chirurgicales sur les plaies des gros vaisseaux lymphatiques et cite un cas de lymphorrée vaginale consécutive à une hystérectomie abdominale pour fibrome qui a donné 600 gr. de liquide par jour et qui a persisté plus de trois semaines.

Même les monographies spéciales sur le cancer du sein, comme celles de Pollaillon, Handley, Le Dentu sont silencieuses. Et cependant, quand on interroge les chirurgiens, tous ont vu des cas de ce genre, mais ces faits n'ont pas dépassé le stade de la pratique personnelle de chacun, alors que, en ce qui concerne le triangle de Scarpa, par exemple, les écoulements lymphatiques postopératoires sont bien connus, décrits, prévus même, et ont passé dans la littérature chirurgicale.

Qu'un tel incident survienne après les grandes interventions pour cancer du sein, voilà qui, anatomiquement parlant, n'a rien qui doive surprendre. Les vastes exérèses cutanéo-aponévrotiques, les sections musculaires, les dissections cellulo-graisseuses et les extirpations ganglionnaires conduisent inévitablement à l'ouverture de nombreux vaisseaux lymphatiques. Et l'importance du confluent axillaire apparaît quand on songe que s'y collectent tout ou partie des lymphatiques du membre supérieur, du dos, du thorax et de la mamelle.

Mis à part le triangle de Scarpa et les plaies du canal thoracique ou de la grande veine lymphatique, à la base du cou, on ne trouve qu'exceptionnellement (voir Vautrin) des faits semblables à la suite d'intervention portant sur les autres régions ou organes de l'économie. Que l'on enlève au rein, ce qui laisse une large loge déshabitée, que l'on extirpe une tumeur de la partie thoracique ou abdominale, un volumineux lipome d'un membre, cette ablation ne donne lieu qu'à un écoulement minime que tache à peine le pansement. Ce que l'on observe au niveau du creux axillaire est donc quelque chose de très particulier.

Y a-t-il une liaison quelconque entre la forme anatomique de la tumeur maligne du sein, son stade évolutif, et cette complication postopératoire? Peut-on la prévoir d'après le volume et la consistance du néoplasme, l'importance de l'adénopathie ou de la lymphangite apparentes? Il est difficile de le dire, mais nous ne le croyons pas. Quel est le rôle de l'obstruction lymphatique, facteur pathogénique de varices de vaisseaux blancs et de lymphorragie ultérieure? C'est une inconnue à résoudre. Toutes ces constatations négatives orientent plutôt l'esprit vers quelque chose d'indépendant de l'affection causale, mais qui touche de près à l'acte chirurgical, dans son exécution ou dans ses suites.

Comment se présente en clinique cet écoulement lymphatique? Il est d'abord logique d'admettre qu'il est constant et que ce n'est que dans les formes anormalement surabondantes qu'il force l'attention. Il est, en effet, de pratique courante d'être obligé de renforcer le soin d'une intervention de ce genre, un pansement même bien étoffé, dont les pièces sont souillées d'un liquide qui n'est pas du sang, à moins d'une hémostase insuffisante. Cette sérosité est de la lymphe et ce suintement peut se poursuivre discrètement les jours suivants, sans donner l'éveil. C'est la règle, mais sa présence constante est une justification du drainage, utile bien plus pour donner issue à cette lymphe que pour évacuer du sang. S'il ne s'agissait que de parer à cette dernière éventualité, on pourrait, au cours de l'acte opératoire, réaliser une hémostase suffisante pour supprimer tout drainage.

Mais contre l'hémorragie lymphatique, il n'y a pas d'hémostase possible, et force est bien de lui laisser la voie libre pour s'évacuer au dehors.

L'attention doit donc être attirée sur ce point particulier du drainage qui paraît indispensable : drain unique à la base du creux axillaire, minimum exigible, ou drain de secours au niveau de la section des insertions humérales du grand pectoral, débouché des lymphatiques du bras dans l'aisselle.

Ces écoulements lymphatiques anormaux que nous envisageons, surtout ici, revêtent deux modalités. Dans un premier ordre de faits, il s'agit d'une collection séreuse que l'on voit apparaître, quelques jours après l'intervention, au niveau de la ligne de suture ou en un point quelconque de l'aisselle, collection froide qui distend la peau, augmente progressivement de volume et s'évacue spontanément par désunion de la suture, si une ponction au bistouri ou avec une pince de Rocher, ne lui a pas livré passage. L'abondance de cette collection est variable et l'écoulement peut persister plus ou moins longtemps, de quelques jours à deux semaines environ, sans élévation thermique.

La plaie se désunit parfois sur une plus ou moins grande étendue. Le risque réside évidemment dans les infections secondaires, dans la macération de la peau, mais, en général, tout se termine heureusement et la cicatrice elle-même ne semble pas modifiée dans sa souplesse et sa mobilité. Insuffisance ou retrait prématuré du drainage, voilà de quoi relèvent les faits de ce premier groupe.

Ou bien alors — et c'est la seconde catégorie

d'observations — il se produit d'emblée, le soir même de l'intervention, par les drains, une véritable inondation lymphatique. Les pièces de pansement et le linge de la malade sont transpercés comme après un accès de paludisme au stade de sueurs profuses. Les caractères de ce liquide sont bien évidemment ceux de la lymphe : l'une des opérées de l'un de nous a présenté ce singulier accident et M. Leriche signale un fait qui lui rappelait, par son abondance, une fistule du canal thoracique. La malade est dans un véritable bain de lymphe.

Dans ces formes exceptionnelles, cette saignée entraîne une véritable déshydratation et retentit sur l'état général : soif, oligurie, amaigrissement, perte de forces, tous phénomènes qui prolongent la convalescence, mais n'ont aucun pronostic redoutable. Il suffit de changer le pansement autant de fois qu'il est nécessaire, de surveiller les inoculations septiques possibles au niveau de la plaie, de remonter l'état général. L'écoulement diminue progressivement, puis se tarit. Il est prudent alors de ne pas enlever le drain trop précocement. Il n'y a à ce point de vue, ni règle fixe, ni jour précis. Et en somme, ce n'est qu'un léger retard dans la cicatrisation d'une vaste incision qui se sépare d'habitude avec tant de rapidité et par première intention.

Peut-on, par quelque manœuvre opératoire, se prémunir contre ce petit incident ? Il n'y a aucun moyen d'éviter les sections lymphatiques au cours de l'exérèse d'un cancer du sein, ni de poser des ligatures en un point déterminé pour assécher le territoire. Il n'y a pas de lymphostase possible. Et d'ailleurs ces ouvertures de lymphatiques ont un danger infiniment plus redoutable que celui de la bénigne fistule : elles sont responsables des inoculations. Ne vaut-il pas mieux, enfin, faciliter l'issue au dehors d'éléments cellulaires suspects de malignité par un drainage en bonne place ? Peut-être, ainsi que le pratique l'un de nous, pourrait-on, par une large ligature, au niveau du pédicule scapulo-circonflexe étreindre en masse de gros canaux lymphatiques et supprimer l'écoulement. Mais les faits ne sont pas assez nombreux pour avoir une opinion précise.

En somme, la lymphorrée consécutive à l'opération d'Halsted est, à son degré ordinaire, un phénomène banal ; elle n'acquiert de l'importance que dans certains cas exceptionnels par son intensité et sa persistance. La constance de cet écoulement, à quelque degré que ce soit, invite à drainer régulièrement et à ne supprimer le drainage qu'en temps opportun. Ce drainage n'a pour but ni d'évacuer le sang, qui est toujours en quantité minime, ni d'éviter l'infection contre laquelle il y a d'autres précautions à prendre, mais bien de permettre à la lymphe de s'échapper au dehors par un canal artificiel.

Nous donnons ci-dessous les trois observations qui font l'objet de cette note. On y trouvera les renseignements cliniques habituels, l'époque d'apparition, les circonstances et la durée de cette petite complication.

Observation I. — P..., cinquante ans. Cancer du sein gauche. Halsted typique, juin 1909. Drain enlevé au bout de quarante-huit heures.

Le huitième jour, on s'aperçoit de l'existence d'une collection au niveau de la ligne de suture : il s'agit d'un lymphome, car le liquide évacué présente tous les caractères de la lymphe. Écoulement important de la valeur de deux grands verres, au niveau de la cicatrice, désunie en un point. Pas de température. Durée de l'écoulement : quinze jours. Guérison et cicatrice normale.

Obs. II. — G..., cinquante-cinq ans. Néoplasme du sein droit avec adénite axillaire. Femme maigre. Opérée le 27 février 1920 : Halsted typique. Drain. Inondation véritable du pansement, du linge de la malade et du lit, par un écoulement très abondant qui se fait au niveau du drain, dès le soir de l'opération. On est obligé de changer de pansement. Même phénomène pendant trois jours. Pas de température. Devant l'abondance de cette lymphorrée, le drain est laissé dix jours. Puis l'écoulemet se tarit. Cicatrice normale.

Obs. III. — Ch..., quarante-sept ans. Néoplasme du sein droit avec adénite axillaire. Opérée le 15 décembre 1920. Halsted typique. Drain enlevé au bout de quarante-huit heures. La cicatrisation de l'orifice de drainage s'étant faite très précocement, on voit apparaître au huitième jour, au niveau de la suture un écoulement d'importance moyenne qui dure quinze jours. Désunion partielle de la plaie. Dans la suite, cicatrice normale, souple. Jamais de température.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SOUFFLES ANORGANIQUES DU CŒUR
SIMULANT UNE PROPAGATION

PAR MM.

SERR et RISER

Professeur agrégé — Chef de clinique

à la Faculté de médecine de Toulouse.

La distinction entre les souffles organiques et anorganiques du cœur est facile dans la majorité des cas. Elle est alors basée sur des caractères objectifs précis, dont voici les plus importants :

Les souffles anorganiques sont le plus souvent mésosystoliques ; ils commencent un peu après le premier bruit et finissent un peu avant le second. Leur lieu d'élection est au niveau de la partie du cœur recouverte par la languette pulmonaire antérieure, immédiatement au-dessus de la zone apexienne et au niveau du bord externe de la zone mésocardiaque. Leur timbre est en général doux et aspiratif; leur intensité est plus ou moins forte, mais toujours ils présentent un caractère superficiel. Leur variabilité sous l'influence de la respiration, des changements de position, de la compression des globes oculaires (Weil) doit être considérée avec juste raison comme un caractère essentiel. Enfin, ces souffles ne se propageraient pas en dehors de l'aire cardiaque et cette particularité serait pour quelques auteurs un élément distinctif de premier ordre.

Dans la grande majorité des cas, les souffles anorganiques présentent tous ces caractères ; on a signalé cependant des exceptions très nettes à ces données concernant en particulier la propagation de ces souffles ; certains d'entre eux paraissent, en effet, se propager tout comme les souffles orificiels.

Dans cet ordre d'idées, Bouchut (*Lyon méd.*, 1918) a fait connaître plusieurs observations de souffles anorganiques qui se propageaient nettement vers l'aisselle et qui étaient même parfois perceptibles entre la colonne vertébrale et l'omoplate.

Marion-Gallois, qui a consacré sa thèse (Lyon 1918-1919) à cette question de la propagation des souffles anorganiques, a rapporté au cours de son

travail des observations inédites et démonstratives de Bouchut et de Nichot.

Lian avait d'ailleurs fait remarquer qu'un souffle trompeur était assez souvent perceptible sur une certaine étendue, et avec la même intensité dans toute la zone de perception; il lui était par conséquent parfaitement possible de mimer une propagation.

Il ressort de la lecture des observations que nous venons de signaler que, cliniquement, certains souffles extracardiaques peuvent présenter des caractères cliniques de propagation tout à fait nets. Nous avons eu l'occasion d'observer des souffles anorganiques ayant une apparence de propagation indiscutable chez six malades; nous jugeons intéressant de faire connaître leurs observations résumées.

Observation I. — Homme de trente-deux ans, n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, ni la syphilis; il présente depuis trois ans des signes d'induration des sommets; il déclare avoir de la dyspnée et des palpitations.

L'examen de l'appareil circulatoire montre un cœur de volume normal à la percussion. Le rythme cardiaque est régulier, mais rapide. On constate dans la région mésocardiaque et surtout dans la zone apexienne un souffle assez intense, nettement mésosystolique, qui se propage dans la région de l'aisselle et à la face postérieure de l'hémithorax gauche jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Ce souffle présente un timbre assez doux; on le perçoit avec intensité dans le décubitus horizontal, mais il disparaît presque complètement dans la station debout; il est fortement influencé par les mouvements respiratoires. Tension artérielle, 15, X, 9 (Pachon).

Obs. II. — Homme de cinquante-deux ans, nie le rhumatisme et la syphilis; accuse depuis deux ans de la dyspnée d'effort, des palpitations. Il est réformé pour insuffisance mitrale.

Examen de l'appareil circulatoire. La matité du cœur est nettement augmentée. La pointe bat dans le sixième espace intercostal en dehors de la ligne mamelonnaire. Le rythme est rapide, irrégulier, sans extrasystoles. On constate dans la région apexienne un souffle qui suit le premier bruit et couvre une partie du petit silence; il se propage dans la région latérale gauche du thorax et existe très atténué dans la région du bord externe de l'omoplate. Des variations dans son intensité sont nettement observées, en particulier sous l'influence des arrêts de la respiration. Ce souffle s'atténue considérablement lorsque le sujet passe du décubitus horizontal à la position debout. Tension artérielle, 21, X, 11 (Pachon).

Obs. III. — Homme de vingt et un ans, de bonne constitution, n'a jamais présenté de maladie, mais déclare avoir toujours éprouvé une dyspnée d'effort assez accusée.

La pointe du cœur bat en position normale. Le rythme du cœur est régulier, mais rapide; il existe un peu au-dessus de la pointe un souffle doux, aspiratif, se dirigeant vers la partie latérale gauche du thorax, il est perçu jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate correspondante; mais à ce niveau il est très assourdi et inconstant Ce souffle disparaît dans le décubitus. Tension artérielle normale.

Obs. IV. — Homme de vingt-trois ans, présente actuellement un syndrome de Basedow fruste.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal. La matité cardiaque est augmentée d'étendue. Le rythme cardiaque est un peu rapide et régulier. On constate un souffle assez intense qui couvre en partie le premier bruit et se prolonge jusqu'au petit silence, il est sus-apexien; on ne le perçoit que sur une faible étendue et on cesse de l'entendre en particulier au niveau de la région latérale gauche du thorax; mais on le retrouve avec intensité à la partie postérieure du thorax, entre le bord gauche de l'omoplate et la colonne vertébrale. Ce souffle est très fortement perçu à la suite des marches rapides; la suspension des mouvements respiratoires le fait disparaître complètement.

Obs. V. — Homme de trente-deux ans, sans antécédents pathologiques, se plaint de palpitations et de dyspnée d'effort.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire. La matité cardiaque est normale. Le rythme est régulier, mais rapide. On constate dans la zone mésocardiaque jusqu'au foyer de l'artère pulmonaire d'un côté et l'angle de l'aisselle de l'autre, un souffle mésosystolique de timbre doux, aspiratif; il paraît constant, mais il est très nettement influencé par la respiration et les changements de position; dans le décubitus, il est à peine perçu et son étendue est extrêmement diminuée. On entend, en outre, à l'auscultation des poumons des inspirations saccadées tout à fait semblables à un souffle qui siègent au niveau de l'hémithorax gauche dans sa partie postérieure.

Obs. VI. — Femme de cinquante-cinq ans, a contracté la syphilis à vingt-huit ans; à partir de trente-deux ans, a éprouvé des douleurs vives dans les membres inférieurs; à quarante-neuf ans, surviennent des symptômes d'hypertension.

En mars 1922, au moment de notre premier examen, cette malade se présente comme une tabétique avec abolition des réflexes et signe d'Argyll. Constante d'Ambard, 0,11; azotémie, 0g62; tension artérielle, 22, X, 15 (Vaquez). On constate quelques extrasystoles simulant le pouls alternant; il n'y a pas de souffle cardiaque. La réaction de Wassermann dans le sang et liquide céphalo-rachidien est fortement positive.

En août 1922, crise d'urémie, céphalée très vive, vomissements à jeun, diarrhée parfois sanglante, tension, 20, X, 15; constante d'Ambard, 0,19; azotémie, 1g80. On perçoit à la pointe un souffle systolique superficiel couvrant presque tout le premier bruit et se propageant dans l'aisselle.

En novembre 1922, nouvelle crise d'urémie, amaigrissement considérable, dyspnée continue, diarrhée et vomissements assez fréquents; azotémie, 1g75; constante d'Ambard, 0,24. L'auscultation du cœur permet d'entendre un souffle dont le maximum est à 1 centimètre au-dessus du siège des battements de la pointe; il commence avec le premier bruit et se trouve un peu prolongé par rapport à celui-ci. Ce souffle est fort, il se propage vers la base de l'aisselle où on l'entend tout aussi nettement et jusqu'au bord droit de l'omoplate; les changements de position n'ont pas grande influence sur lui, mais les inspirations très fortes le transforment assez rapidement en une série de bruits nettement respiratoires. La mort survient quelques jours après. On fixe immédiatement après la mort les organes thoraciques par cinq injections de formol à 20 p. 100 pratiquées dans toutes les directions du thorax.

Vingt-quatre heures après, le plastron sternal étant enlevé avec précaution, on voit une forte languette pulmonaire à la fois adhérente à la paroi thoracique et au cœur, dans la région du ventricule gauche qui est presque entièrement recouvert; le parenchyme de cette languette ne présente pas d'anomalies. Au niveau de la face latérale gauche du cœur on trouve des adhérences légères avec le poumon, dans cette région le parenchyme pulmonaire est à peu près normal; le cœur ne présente pas trace d'insuffisance mitrale, il n'est pas très gros, le ventricule gauche est un peu hypertrophié.

Résumons et groupons brièvement les particularités que présentent les six cas, que nous venons de rapporter.

Dans quatre cas, il s'agissait de jeunes sujets de vingt et un à trente-deux ans, deux autres étaient âgés de plus de cinquante ans. Trois parmi les quatre premiers malades ne présentaient aucun signe physique de cardiopathie proprement dite.

Dans aucun cas le rhumatisme ne figurait parmi les antécédents; tous ces malades accusaient des palpitations, de la gêne précordiale, de la dyspnée. Chez tous, l'auscultation permettait de percevoir des souffles mésosystoliques assez intenses, doux et superficiels, modifiés très fortement par la respiration et les changements de position; le plus souvent ces souffles étaient perçus dans la zone sus-apexienne. A n'en pas douter, il s'agissait de souffles extracardiaques et cependant la propagation de ces bruits

était indiscutable. Dans quatre cas (obs. I, II, III, VI), le souffle était perceptible avec netteté sur le bord latéral gauche du thorax ainsi qu'en arrière, jusqu'au niveau du bord externe de l'omoplate. Une fois (obs. V), il fut perçu sur la ligne axillaire, mais pas au delà; enfin, dans l'observation IV, le souffle n'était perceptible qu'en avant et en arrière entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale.

Ces observations sont analogues à celles que Bouchut rapporta dans son Mémoire. Il s'agissait, dans les cas de cet auteur, d'individus jeunes, sans lésions cardio-pulmonaires, présentant des souffles nettement extracardiaques partant de la pointe et se propageant jusqu'à l'aisselle; parfois, ils cessaient à ce niveau pour reparaître sur un espace restreint au niveau de la pointe de l'omoplate.

La pathogénie des souffles extracardiaques a été fortement discutée. A l'heure actuelle, presque tous les auteurs estiment qu'ils sont constitués par des bruits pulmonaires que rythme le cœur, ainsi que le prouvent les expériences de François Franck, et la transformation de ces souffles en bruits nettement respiratoires au moment des grandes inspirations saccadées. Ces souffles prennent naissance dans cette portion du poumon qui, directement en contact avec le cœur, subit une aspiration à chaque systole ventriculaire; celle-ci en effet diminue le volume du cœur dans le sens antéro-postérieur et longitudinal et permet une brusque pénétration de l'air dans les lames pulmonaires ainsi dilatées. On comprend ainsi que ces souffles extracardiaques présentent une grande variabilité lorsque le sujet change de position, ou modifie son rythme respiratoire.

La pathogénie des propagations anormales des souffles extracardiaques est d'interprétation plus difficile. Gallois, dans sa thèse a exposé avec précision une hypothèse pathogénique qui nous paraît tout à fait légitime. Cet auteur explique la propagation au moyen des notions admises pour expliquer la pathogénie des souffles anorganiques ordinaires, c'est-à-dire en envisageant autour du cœur une multiplication des bruits dus à l'aspiration pulmonaire qui se produit à chaque systole.

A priori, il paraît nécessaire, si on accepte cette explication, que le cœur soit susceptible d'une diminution de volume à chaque systole et que les poumons soient normaux. Or, nous avons vu plus haut que l'appareil respiratoire et circulatoire de nos malades étaient dans l'immense majorité des cas à peu près normaux; ces constatations ne vont donc pas à l'encontre de l'hypothèse de Gallois.

Pour cet auteur le souffle et « sa propagation » sont déterminés par un contact cardio-pulmonaire plus intime et plus étendu principalement en arrière.

Nous acceptons d'autant mieux cette interprétation qu'elle est corroborée par les constatations anatomiques faite chez la malade de l'observation VI. Nous rappelons en effet à ce sujet, qu'une forte languette pulmonaire était adhérente à la paroi thoracique et à la face antérieure du cœur; de plus la face latérale gauche de cet organe était unie nettement et largement au poumon par l'intermédiaire d'adhérences pleuro-péricardiques; le poumon se trouvant normal, on comprend qu'une inspiration étendue ait pu se produire à chaque systole.

Si on admet cette pathogénie, il n'est plus possible d'envisager une véritable propagation analogue à celle d'un bruit ayant pris naissance en un point limité et que l'on perçoit sur une surface plus ou moins grande. Ces souffles anorganiques « propagés » sont constitués par des bruits pulmonaires synchrones, rythmés par la systole et perçus simultanément sur une surface étendue : Bouchut avait déjà fait cette remarque.

Cependant au point de vue clinique, tout se passe comme si ces souffles se propageaient réellement : ils sont perçus sur une large étendue, mais pas avec la même intensité dans toute la zone de perception; l'oreille les entend beaucoup mieux au niveau de la région précordiale que partout ailleurs, puisque la languette pulmonaire au niveau de laquelle ils prennent naissance et qui est en rapport avec la face antérieure du cœur est tout à fait superficielle. Cette particularité donne à ces souffles une apparence de propagation.

Quoi qu'il en soit, ces faits nous paraissent présenter un intérêt clinique; ils montrent en particulier qu'on ne saurait baser un diagnostic d'insuffisance mitrale par exemple, sur le seul caractère de propagation des souffles systoliques de la pointe. Ne savons-nous pas d'ailleurs que dans les insuffisances mitrales les plus authentiques, le souffle peut ne pas se propager vers l'aisselle? « On ne doit pas refuser à la mitrale tout souffle qui reste en avant » (Lian).

Il est donc nécessaire pour identifier un souffle perçu au niveau de la région cardiaque de donner une importance primordiale, non pas à sa propagation, mais à la place qu'il occupe par rapport à la systole, tout en tenant compte de ses caractères de fixité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 MARS 1923)

Autoplastie. — M. GERNEZ, à propos du rapport de M. Lenormant sur les faits d'autoplasties à larges lambeaux présentés par M. Moure, rapporte l'observation d'un fantassin qui, à la suite d'une blessure, avait conservé une vaste ulcération atone, au niveau du tendon d'Achille détruit, datant de vingt mois. M. Gernez tailla sur la jambe un vaste lambeau mesurant 7 centimètres de base et très long, qu'il retourna sur la jambe et sutura bord à bord. Il avait mis une compresse sous le pédicule qu'il sectionna vingt jours après.

Très bon résultat, se maintenant plusieurs mois après. Le lambeau est solide, la cicatrice indolore.

La perte de substance, résultant de l'emprunt du lambeau, avait pu être comblée peu de temps après l'autoplastie, M. Gernez ne peut donc qu'approuver la conduite tenue par M. Moure, dans les faits qui viennent d'être rapportés.

M. ALGLAVE rapporte des faits analogues et a eu recours, comme MM. Moure et Gernez, à l'emprunt de vastes lambeaux.

Anus iliaque selon le procédé de Lambret. — M. DUJARRIER fait un rapport sur deux observations de M. Hayem dans lesquelles il a eu recours au procédé de Lambret.

M. OCKINCZYC a eu recours au procédé de Lambret et il y a eu un sphacèle.

M. CADENAT en a obtenu un très bon résultat.

M. Anselme SCHWARTZ ne croit pas indispensable ce recouvrement de l'anse intestinale. Il ne considère pas le procédé de Lambret comme un progrès utile.

M. WIART a eu un insuccès.

Calculs salivaires dans la glande sous-maxillaire. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation de M. Rio-

Bianco qui a fait l'ablation d'une glande sous-maxillaire avec diverticule contenant un calcul. Sur 16 cas qu'a observés M. Hartmann, il n'a trouvé qu'une fois des calculs dans la glande salivaire.

Ulcère perforé de l'estomac. — M. CAUCHOIS fait un rapport sur une observation de M. Taillefer (de Béziers) ; homme de cinquante-sept ans, pris brusquement de tous les symptômes d'une perforation gastrique. M. Taillefer intervient vingt-deux heures après le début des accidents. Fermeture en un seul temps, guérison.

Invagination intestinale. — M. MOUCHET fait un rapport sur un travail de M. Lepoutre (de Lille) relatif à plusieurs cas d'invagination intestinale chez l'enfant.

D'après ces observations, l'invagination intestinale serait plus fréquente chez les garçons que chez les filles, surtout fréquente chez les très jeunes enfants.

Il insiste sur l'importance, comme symptômes, des vomissements et des glaires par l'intestin. M. Lepoutre, sur 12 opérations, a eu 7 morts. Sa statistique s'est trouvée aggravée par deux cas de résection intestinale. Quoi qu'il en soit l'opération est extrêmement grave. Pour obtenir des résultats, il faut la précocité du diagnostic et la précocité de l'intervention. Le plus souvent, les petits malades sont envoyés trop tard au chirurgien par le médecin. Il faut compter avec la septicité de l'anse invaginée. C'est toujours une complication à redouter. M. Lepoutre, comme M. Mouchet, enlève toujours l'appendice.

M. VEAU fait observer qu'il y a des cas, même précoces, où la désinvagination est impossible et d'autres où il y a récidives.

M. Veau cite l'exemple d'un enfant opéré, désinvaginé qui meurt et à l'autopsie, faite douze heures après, on constate que l'invagination s'est reproduite.

En terminant, M. Veau donne le conseil de laisser les fils très longtemps chez les jeunes enfants laparotomisés. Les parois des enfants ne sont pas comme celles des adultes. M. Veau laisse toujours les fils vingt-cinq à trente jours.

M. BROCA estime qu'il est très rare qu'on ne puisse pas désinvaginer. Quant aux récidives, il n'en a vu qu'une qui s'est produite deux ans après et à laquelle l'enfant a succombé.

« Pour les fils, nous dit M. Broca, laissez-les bien longtemps, car l'enfant n'a qu'un moyen de défense : Il pousse. »

M. ALGLAVE, dans un cas, n'a pu désinvaginer. A l'autopsie, on a trouvé une invagination en accordéon Il y avait plus de 60 centimètres d'intestin invaginé.

Anesthésie au protoxyde d'azote. — M. CHEVASSU, à propos du cas rapporté par M. Anselme Schwartz, insiste sur plusieurs points importants ; on a vu des hémorragies cérébrales au cours de cette anesthésie. Il faut donc, avant de donner le protoxyde d'azote ou tout autre anesthésique, s'assurer de la tension artérielle. Il faut aussi se méfier des impuretés et particulièrement de l'acide carbonique qu'on a parfois rencontrées dans des bouteilles de protoxyde d'azote. Il y aurait donc lieu de faire examiner, par un pharmacien, la composition exacte du protoxyde d'azote.

Enfin, M. Chevassu se joint à M. Baudet pour recommander la recherche du taux de l'urée dans le sang et l'urine des malades qui doivent être anesthésiés. Il faut aussi examiner les urines et se méfier de l'insuffisance rénale postanesthésique.

M. Chevassu apporte, à l'appui de ces sages conseils, un certain nombre d'observations probantes.

(SÉANCE DU 14 MARS 1923)

Mésentérite rétractile. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur cinq observations de mésentérite rétractile communiquées par M. Duboucher. Il analyse chacune de ces cinq observations dans lesquelles il s'agit, soit de cures radicales de hernies, d'éventration, de volvulus. Dans tous ces cas, on a toujours constaté les mêmes lésions de cicatrices étoilées caractéristiques. Ces faits sont rares. On n'a pu relever qu'une vingtaine d'observations.

Traitement des tuberculoses locales par le vaccin de Grimberg. — M. BAUDET analyse un travail sur ce sujet. Il s'agit d'un vaccin formé de bacilles de Koch morts, dilués et en ampoules. Après l'injection, se produit une certaine réaction : rougeur de la peau, élévation de la température. Des cas analysés par M. Baudet, il résulte que ce vaccin s'est montré favorable dans un certain nombre de faits et mérite d'être expérimenté.

Néoplasme de l'intestin. — M. OKINCZYC fait un rapport sur plusieurs cas de néoplasmes de l'intestin observés et opérés par M. Chaton. L'auteur apporte 14 cas sur lesquels il a eu 3 décès, ce qui fait 19 p. 100. Il a eu recours, suivant les cas, soit à la résection en un seul temps, soit à des anastomoses primitives avec résection secondaire.

La radiothérapie profonde dans le cancer de l'intestin. — M. GOSSET communique le fait suivant. Une femme de quarante-quatre ans est prise de phénomènes d'occlusion intestinale; laparotomie; on trouve un cancer inopérable; anastomose iléo-transverse ; il y a des ganglions dans le mésentère; sept heures de radiothérapie profonde. Trois semaines après, résection de l'anse atteinte; examen micros copique, coupes de la tumeur sur lesquelles on ne trouve plus la moindre trace d'épithélioma. Il y a disparition complète de tous les éléments épithéliomateux.

Voilà donc une malade atteinte d'un cancer de l'intestin inopérable. Dans un premier temps, on fait une dérivation par anastomose, dans un second temps on a recours à la radiothérapie profonde et dans un troisième temps à la résection devenue possible, et sur les coupes de la tumeur examinées au microscope on ne trouve plus traces d'éléments épithéliaux.

— Une discussion s'engage sur cette communication à laquelle prennent part MM. Baudet, Tuffier, Quénu, Gernez, Dujarrier, Cadenat, qui posent à M. Gosset une série de questions auxquelles il répond très nettement. Il y a là un fait intéressant en faveur du traitement du cancer par la radiothérapie profonde et l'acte chirurgical associés.

Traitement des déformations osseuses par l'ostéotomie. — M. CADENAT fait un rapport très élogieux sur un travail de M. Sorrel (de Berck-sur-Mer) qui apporte les résultats de 113 opérations sur 101 malades atteints de genu valgum ou genu varum. Les photographies de plusieurs de ces malades qu'on nous fait passer sur l'écran sont des plus remarquables. On voit, entre autres, des petits malades qui présentaient des genu valgum extrêmement marqués présenter après l'opération des jambes absolument droites et parfaites.

Beaucoup de ces malades ont parfaitement guéri, un certain nombre s'est trouvé amélioré, aucun n'a présenté d'accident.

Les résultats obtenus par M. Sorrel méritent tous les éloges.

M. OMBRÉDANNE loue la technique employée par M. Sorrel. Il estime que pour les os d'enfant mieux vaut se servir de l'ostéotome que de la scie. Quant au cartilage de conjugaison, il pense qu'il vaut mieux n'y pas y toucher avant quinze ou seize ans.

M. CADENAT fait observer que M. Sorrel emploie le ciseau pour l'ostéotomie cunéiforme chez l'enfant.

M. VEAU reconnaît que les résultats obtenus par M. Sorrel sont superbes comparativement à ceux qu'on obtient par les moyens habituels.

Grossesse après castration partielle. — M. DUJARRIER présente une malade qui, après l'ablation d'une trompe d'un côté et d'un ovaire de l'autre, est devenue enceinte.

Varices traitées par résections veineuses. — M. ALGLAVE présente une malade qui était atteinte de varices et qui a très bien guéri après la résection des veines.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er MARS 1923)

Syndrome de Parinaud avec polyurie. — MM. H. FRANÇAIS et C. MAGNOL présentent une malade atteinte d'un syndrome de Parinaud (paralysie associée de l'élévation et de,

l'abaissement et paralysie incomplète de la convergence des globes oculaires), avec signe d'Argyll Robertson et sans trouble des réactions vestibulaires. Aux troubles oculaires s'ajoute un syndrome de diabète insipide. L'affection a débuté, il y a une dizaine d'années, par un petit ictus suivi de ptosis des paupières.

Les auteurs expliquent ce double syndrome oculaire et polyurique par l'existence d'une lésion d'origine vasculaire, de la calotte du pédoncule cérébral au voisinage des noyaux de la IIIe paire et intéressant les voies d'association unissant ces noyaux aux tubercules quadrijumeaux, lésion à laquelle s'ajoute une méningite basilaire spécifique avec atteinte de l'infundibulum, et plus spécialement du tuber cinereum.

Myotonie atrophique acquise non familiale. — M. Faure-Beaulieu et M. P.-N. Deschamps présentent un homme de quarante-deux ans, exempt de toute tare pathologique personnelle ou familiale, qui souffre, depuis deux mois, d'une impotence progressive des deux membres supérieurs, surtout le droit. A l'examen, on trouve d'une part, une amyotrophie de l'adducteur du pouce, des muscles de l'avant-bras et surtout du long supinateur des sterno-cléidomastoïdiens et des masticateurs ; il existe un degré assez prononcé de facies myopathique. D'autre part, la myotonie se révèle, au point de vue fonctionnel, par des troubles de la préhension, analogues à ceux de la maladie de Thomsen, et au point de vue de l'exploration objective, par une réaction myotonique, mécanique et électrique, intéressant un grand nombre de muscles, notamment les thénariens et les muscles de la face et de la langue.

L'association des symptômes amyotrophiques et myotoniques permet de poser le diagnostic de myotonie atrophique, affection rare et qui se dégage comme un type clinique, bien individualisé au milieu du groupe, encore confus, des myco-tonies. Les auteurs rappellent, à ce propos, les observations antérieures et font remarquer que leur cas présente des caractères assez particuliers : l'absence de tout caractère familial, le fait que l'évolution morbide a été surprise tout près de son début, ce qui explique l'intégrité des membres inférieurs ; enfin, la pureté du syndrome, qui ne s'accompagne d'aucun des symptômes dystrophiques sur lesquels on a insisté dans ces derniers temps.

Sur un cas de « chorea cruciata ». Lésion probable du pédoncule cérébelleux supérieur. — MM. J. Lhermitte et Mlle A. Bourguina présentent une malade âgée de quatre-vingt-six ans chez laquelle, brusquement, apparurent des mouvements choréiques dans le pied droit et le membre supérieur gauche. Le désordre choréique, faible quand la malade est au repos, devient très vif au cours d'un effort intellectuel ou d'un mouvement exécuté avec le membre supérieur sain. Il n'existe aucun symptôme de nature sensitive, trophique ou pyramidale, tandis que les phénomènes cérébelleux limités au membre, atteint de mouvements spontanés sont des plus évidents : signe de la préhension, du renversement de la main, adiadoconnésie, dysmétrie, léger tremblement. Cette constatation impose une localisation anatomique et rend, plus que vraisemblable, l'atteinte des pédoncules cérébelleux supérieurs dont on connaît le rôle dans la genèse du désordre choréique. En raison du caractère alterne de la chorée pour laquelle les auteurs proposent le terme de « chorea cruciata », on doit penser que l'atteinte des pédoncules cérébelleux supérieurs a son siège au niveau de la commissure de Wernekink.

Un cas de chorée persistante chez un vieillard anosognosique. — M. J. Lhermitte et Mlle A. Bourguina montrent une malade âgée de soixante-dix-sept ans, hospitalisée pour sénilité, chez laquelle on constate une gesticulation choréique des quatre membres incessante. Or, non seulement la malade ne semble pas gênée dans ses occupations journalières par le désordre musculaire, mais elle en ignore même l'existence, bien que les fonctions intellectuelles demeurent intactes. Il n'est pas possible de retrouver l'origine ni la date d'apparition de cette chorée; il est certain cependant que celle-ci est de date ancienne et que le terme de chorée persistante en résume beaucoup mieux le caractère que celui de chorée sénile. Il convient de remarquer que, malgré la longue durée de l'affection, le psychisme apparaît remarquablement conservé.

Les faits de ce genre témoignent que, parmi les chorées chroniques, une division s'impose et qu'il n'est pas possible, ainsi que le veulent plusieurs auteurs, de ranger dans le même cadre les chorées avec accompagnement psychique fondamental et à évolution progressive comme la maladie d'Hunkington et les chorées chroniques stabilisées dans lesquelles la sphère psychique est indemne, malgré la chronicité de la maladie.

Sur un cas de syndrome sensitif cortical à expression paresthésique et à localisation pseudo-radiculaire. (M. J. Lhermitte et Mlle A. Bourguina rapportent un cas ayant trait à un malade, chez lequel on constata l'apparition progressive d'un syndrome constitué par des sensations dysesthésiques et paresthésiques localisées à la commissure labiale, à l'hémilangue et au segment radial de la main et de l'avant-bras droits et, d'autre part, par une hémiataxie. Les territoires où siègent les paresthésies, présentent une hypoesthésie relative ou une hyperesthésie aux excitations superficielles. En dehors de l'incoordination, la motricité n'est point affectée.

Les auteurs insistent sur le fait de l'association des troubles sensitifs limités au segment radial de l'avant-bras et de la main avec l'hyperesthésie localisée à la commissure lobiale et à l'hémilangue homologues, et se basent sur cette topographie pseudo-radiculaire pour assigner une localisatiou corticale à ce syndrome. Cette juxtaposition de l'anesthésie radiale et commissuro-labiale homologue cadre, d'ailleurs, avec ce que nous a appris l'expérience de la guerre où l'on a vu, au cours des blessures légères du cerveau, la même topographie des troubles sensitifs. Peut-être des faits de ce genre expliquent-ils le retentissement de l'excitation thénarienne sur la contractilité des muscles du menton que l'on connaît sous le nom de réflexe palmo-mentonnier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1923)

Variations de la glycémie sous l'influence des graisses chez les diabétiques. — MM. H. Labbé et B. Théodoresco. En faisant ingérer à un diabétique dont le sucre urinaire a été supprimé par le régime, 50 grammes de glucose et 50 grammes d'huile, les auteurs obtiennent une courbe glycémique plus basse qu'avec le glucose seul. Cette action hypoglycémisante de l'huile, ils l'observent d'une façon encore plus nette après ingestion de 12g50 de glucose et 50 grammes d'huile. La méthode employée a été celle de Bang modifiée par H. Labbé et F. Nepveux.

Variations de l'équilibre vago-sympathique au cours de l'éruption sérique et de la rougeole. — M. Marcel Laurent a suivi au moyen du réflexe oculo-cardiaque les variations de l'équilibre vago-sympathique provoquées par l'éruption sérique chez trente-deux sujets normaux ou atteints d'affections diverses. Il a constaté : 1° chez les vagotoniques, une inversion de l'état vago-sympathique antérieur, se traduisant par une sympathicotonie relative qui se produit en deux phases séparées par une courte hypervagotonie. Ces phases coïncident respectivement avec l'érythème précoce et l'urticaire tardive du choc sérique; 2° chez les sympathicotoniques, l'inversion se fait en une seule phase de vagotonie, le plus souvent peu accentuée, qui précède l'érythème léger, précoce, lequel n'est pas en général suivi d'urticaire. En résumé, dans la grande majorité des cas observés, les réactions cutanées coïncident avec les périodes de sympathicotonie, elles-mêmes succédant à une légère hypervagotonie.

L'étude de vingt-six cas de rougeole, au point de vue des variations de l'équilibre vago-sympathique, a montré à l'auteur qu'il y avait là encore coexistence de l'érythème et de la sympathicotonie. Cette coïncidence semble, du reste, à peu près la règle d'après ses recherches en cours; il l'a constatée déjà dans la roséole syphilitique et dans quelques érythèmes toxiques et médicamenteux.

Hypertoxicité du novarsénobenzol pour les lapins préparés par des injections sous-cutanées de sérum de mouton. — MM. Thiroux, Bouvelot et Arlo. Le sérum de mouton est toxique pour le lapin qu'il tue en injections intraveineuses et qu'il rend plus sensible, en injections sous-cutanées, au novarsénobenzol. A l'autopsie, lésions diffuses, rénales, pulmonaires, hépatiques. Ces expériences permettent d'attribuer à des phénomènes d'anaphylaxie certains des accidents consécutifs aux injections de novarsénobenzol et que l'on ne peut expliquer autrement.

Variations de la glycémie sous l'influence des graisses et des protéiques sur le sujet normal. — MM. H. Labbé et B. Théodoresco ont recherché les variations de la glycémie après ingestion de graisse isolément ou associée aux hydrates de carbone ainsi que des protéiques. En se servant de la méthode Bang modifiée par H. Labbé et F. Nepveux et sur le sujet normal à l'état de jeûne, ils arrivent aux résultats suivants : très légère augmentation de la glycémie après ingestion de protéiques, au contraire baisse très nette par suite d'ingestion de graisse ainsi que par l'ingestion de graisse et d'hydrates de carbone en même temps.

Elections. — MM. Henneguy et L. Pettit sont nommés à l'unanimité, le premier, président quinquennal, le second, secrétaire général.

— Réunion biologique de Lyon (séance du 19 février 1923) :

Appareil téléphonique amplificateur des courants musculaires. — MM. Cluzet, Kofman et Blanchard ont réussi à amplifier les courants musculaires au moyen de la lampe à vide à trois électrodes. L'appareil est un amplificateur de basse fréquence et le courant musculaire amplifié est recueilli au moyen d'un écouteur téléphonique. La contraction volontaire des muscles donne un bruit de fort grésillement dont l'intensité varie avec la force de la contraction mais dont la hauteur demeure constante. Le réflexe patellaire est perçu sous forme de deux salves séparées par un court silence.

Recherches sur l'action bactéricide de l'émanation du thorium. — MM. Cluzet, Rochaix et Chevallier montrent que de l'air chargé d'émanation de thorium, pour une quantité correspondant à 1.440 unités électrostatiques, ne montre aucun effet sur les staphylocoques. Pour le bacille d'Eberth, l'effet n'est sensible qu'à des doses beaucoup plus fortes. Tous les faits observés montrent qu'il faut des doses considérables d'émanation de thorium pour avoir une simple diminution de la vitalité du microbe.

Sur la cuticule des cellules rénales (bordure en brosse) chez les oiseaux. — M. Li Koue Tchang montre que la disposition normale de la cuticule des cellules rénales est d'être homogène. La striation et la présence de pseudo-granulations basales sont le résultat d'une fixation imparfaite.

Homohémothérapie dans la furonculose; sa signification biologique. — MM. Nicolas, Gaté, Dupasquier et Lebeuf rapportent l'observation d'un malade atteint de furonculose qui fut guéri par l'homohémosérothérapie. L'action de l'autohémothérapie ne semble donc pas pouvoir s'expliquer par une vaccination.

Modifications des propriétés anaphylactogènes de l'ovalbumine par son mélange avec l'eau de Vichy. — MM. F. Arloing et P. Vauthey ont constaté, comme ils l'avaient déjà vu pour le sérum, que le mélange d'ovalbumine et d'eau de Vichy (Chomel, Hôpital, Grande-Grille) pendant une heure à la température de la source, modifie profondément les propriétés sensibilisatrices du blanc d'œuf. L'action est plus marquée avec l'eau prise au griffon qu'avec l'eau transportée. Chomel est plus active que les deux autres sources vis-à-vis de l'ovalbumine. Avec le sérum, les effets modificateurs étaient semblables avec les trois sources. Ces différences font songer à une individualisation possible d'action de chaque source envers tel ou tel antigène sensibilisateur. Les faits cliniques montrant l'action particulière d'une source dans un cas donné permettent de le supposer.

Remarques sur les chocs protéotoxiques expérimentaux de première inoculation. — Utilisant un grand matériel d'observations de près de 250 cobayes, MM. F. Arloing et P. Vauthey ont constaté que le plus souvent les accidents protéotoxiques consécutifs à des injections d'ovalbumine ou de sérum ont manqué chez leurs animaux d'expérience. Pourtant les voies employées pour les injections de blanc d'œuf en particulier ont été intracardiaques, intraséreuses ou sous-cutanées. Les cobayes n'ont eu que deux ou trois fois des symptômes insignifiants et fugaces. L'éclosion d'accidents protéotoxiques, lors d'une première injection d'antigène, observée par d'assez nombreux auteurs, paraît donc comporter une grande variabilité dans son déterminisme.

Sensibilisation et choc anaphylactique par voie exclusivement respiratoire chez le cobaye. — MM. F. Arloing et L. Langeron montrent que la sensibilisation et le choc anaphylactique par du sérum liquide ou desséché ou par la peptone en poudre ou en solution peuvent être réalisés chez le cobaye par voie uniquement respiratoire. Par exemple, la sensibilisation aérienne est plus complète après inhalation de poudre qu'après inhalation de particules libres; de même pour le choc aérien. Point important, les manifestations du choc aérien restent d'ordre général; elles ne prédominent pas sur l'appareil respiratoire. Comme l'ont montré les auteurs, pour que l'anaphylaxie ait un type respiratoire, elle doit être préparée par une épine irritative pulmonaire.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1923)

Atrophie cérébelleuse tardive. — MM. Rimbaud et Pages ont fait ce diagnostic dans deux cas : Chez un homme de soixante-huit ans et chez une femme de quarante ans, sans antécédents importants, en particulier indemnes de syphilis, qui présentent, depuis quatre ou cinq ans, des troubles de la station debout et de la démarche très nettement dominantes dans le tableau clinique. Dans les deux observations, il existe des signes cérébelleux (hypotonie, asynergie, tremblement intentionnel, réflexes rotuliens pendulaires limités aux membres inférieurs, et un nystagmus léger). Dans l'un des cas, on note, en plus, un Mendel positif, sans autre signe d'irritation pyramidale, une légère asynergie des membres supérieurs et une parole fortement scandée et explosive.

Dans le second cas, le diagnostic, primitivement porté, avait été celui d'astasie-abasie d'origine névrosique ; puis, on a pensé à une sclérose en plaques qui a été éliminée en raison de l'évolution des symptômes et de la modicité des signes pyramidaux.

Paraplégie à forme d'ataxie cérébelleuse. — MM. Rimbaud et P. Boulet. L'observation rapportée est celle d'un homme de soixante-six ans qui a présenté brusquement, il y a trente ans, une paraplégie dont les symptômes se sont légèrement amendés.

Actuellement, on constate des troubles de l'équilibre, ataxie, dysmétrie, asynergie, tremblement intentionnel sans modification de la sensibilité, ni signes pyramidaux, et seuls les membres inférieurs sont atteints.

Les auteurs discutent les deux hypothèses du siège cérébelleux et du siège médullaire de la lésion.

Le chimisme hémoméningé dans la paralysie générale, la chorée, la névraxite épidémique. — MM. Blouquier de Claret et Cristol. Dans ces trois affections, le rapport $\frac{\text{Glucose C R}}{\text{Glucose S}}$ conserve sa valeur normale. Dans la paralysie générale et la chorée, le taux de la glycorrachie a été trouvé normal. Dans la névraxite épidémique, il est augmenté, mais cette hyperglycorrachie est secondaire à l'hyperglycémie.

Dispositifs optiques pour l'examen des solutions fluorescentes. — MM. Portes et Ch. Benoit. Après avoir montré l'intérêt que peut présenter la recherche de la fluorescence dans l'étude des divers composés de la chimie biologique, les auteurs passent en revue les différents procédés pratiqués pour mettre en évidence le phénomène, en insistant instamment sur l'utilisation des écrans colorés sélecteurs

(procédé de Stokes) qu'ils ont particulièrement utilisés dans l'étude des « porphyrines ».

Un cas de dermatite exfoliante palmaire consécutive à l'ingestion d'acide borique. — M. Desap (d'Oran). Après ingestion, pendant quinze jours d'une dose quotidienne d'acide borique de plus de 2 grammes pro die, un malade présenta une anorexie complète et une éruption localisée à la face palmaire des mains du type de la dermatite exfoliante aiguë bénigne. Après diminution à 1 gramme de la dose d'acide borique, on obtient en cinq jours la guérison des accidents qui reparaissent avec de nouvelles doses de 2 grammes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS CONTRE LE FAVORITISME

L'Association corporative des étudiants en médecine nous adresse la protestation suivante :

« Le 20 mars 1922 a paru dans l'*Officiel* un décret ainsi conçu :

Article premier. — Outre les dispositions prises en conséquence du décret du 12 juillet 1917 et des décrets du 10 janvier 1919, des dispenses d'examens ou de parties d'examens en vue des grades ou diplômes de l'enseignement supérieur, à l'exclusion des épreuves finales, pourront être accordées aux étudiants inscrits avant leur incorporation dans les facultés ou écoles assimilées, que la guerre a retenus sous les drapeaux pendant au moins six années consécutives et qui ont été blessés ou décorés de la Légion d'honneur, de la Médaille militaire ou de la Croix de guerre avec palmes.

Toutefois il ne pourra être accordé de dispenses pour les épreuves de caractère pratique.

Art. 2. — Les demandes seront inscrites dans les facultés et soumises à l'examen de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Art. 3. — Les dispenses seront accordées par arrêté ministériel. Les arrêtés seront publiés au *Journal officiel* avec un état de services militaires des bénéficiaires.

Tel est le décret du 20 mars 1922.

Dès maintenant nous pouvons noter que, pour satisfaire l'opinion, le ministre s'est engagé à consulter le Conseil supérieur de l'Instruction publique, mais, et *nous appuyons sur ce point*, le texte ne comporte pas que l'arrêté ministériel doit être pris suivant *son avis conforme*, de sorte que, quelque soit cet avis, c'est le ministre qui reste seul juge. La garantie est donc illusoire.

Dès que ce décret parut, les professeurs de la Faculté de droit protestèrent et en demandèrent le retrait. Voici comment, à la fin de leur protestation, ils condensèrent leurs arguments.

En résumé :

En droit :

L'assemblée des professeurs de la Faculté de droit de Paris, *par un vote unanime*, appelle respectueusement l'attention de M. le ministre de l'Instruction publique sur l'illégalité indiscutable du décret du 20 mars 1922 relatif aux dispenses d'examens ou des parties d'examens en vue des grades ou diplômes de l'enseignement supérieur.

Ce décret méconnaît les règles fondamentales en matière de collation de grades universitaires écrites dans la loi organique du 18 mars 1880.

Art. 5. — Les titres ou grades universitaires ne peuvent être attribués qu'aux personnes qui les ont obtenus après les examens ou concours réglementaires subis devant les professeurs ou les jurys d'Etat.

Art. 11. — Tous les candidats sont soumis aux mêmes règles en ce qui concerne les programmes, les conditions d'âge, de grade, d'inscriptions, de travaux pratiques, de stage dans les hôpitaux et dans les officines, les délais obligatoires entre chaque examen et les droits à percevoir au profit du trésor public.

Ces principes ont été confirmés par la jurisprudence du Conseil d'Etat dans deux arrêts du 9 février 1906 et du 25 janvier 1918.

En fait :

L'application du nouveau décret ne manquera pas de soulever chez les étudiants anciens mobilisés qui n'en ont pas pu profiter une légitime et pénible émotion, et ils seront tentés d'y voir une mesure de faveur individuelle en raison de la date même à laquelle elle a été prise. Le décret, en effet, n'intervient que lorsque la plupart d'entre eux se sont bravement remis à l'étude et ont fait les frais d'épreuves dont ils auraient pu être dispensés.

Tous les élèves et tous les anciens élèves des facultés de droit ont d'ailleurs intérêt, comme l'Etat lui-même, à ce que la valeur de nos diplômes ne soit pas dépréciée et qu'ils restent la preuve de connaissances sérieuses acquises dans nos écoles.

La Faculté de droit plaidait contre l'illégalité, médecins et étudiants en médecine doivent ajouter que la dispense d'examen est de plus dangereuse quand il s'agit de la santé publique.

Le ministre de l'Instruction publique, inquiet de cette opposition, avait fait répondre que le décret n'aurait pas de suite.

L'affaire était oubliée, quand, dans le *Journal officiel* du 20 juillet et du 3 décembre 1922, deux étudiants en droit et deux étudiants en médecine ont bénéficié du décret dont on avait promis de ne pas faire application.

Immédiatement l'Association nationale des avocats a entamé un recours devant le Conseil d'Etat pour annulation.

Pour les deux étudiants en médecine, l'Association corporative des étudiants en médecine a procédé à une enquête dont voici les résultats :

L'un, X..., a été ajourné huit fois au premier examen épreuve orale (anatomie) : en 1910 (deux fois), 1911, 1912, 1916, 1918, 1919, 1920. Dispensé du premier examen par décision ministérielle du 20 juillet 1922, il a été ajourné de nouveau le 25 janvier 1923 à son deuxième examen.

L'autre, Y..., a été dispensé du premier examen après cinq ajournements.

Pour ces deux étudiants, la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique avait refusé la dispense. Passant outre, le ministre l'a accordée.

Il ne s'agit donc plus seulement d'une illégalité, mais encore d'un acte de favoritisme que, sans exagération, on peut d'autant plus justement qualifier scandaleux que la preuve est plus éclatante de l'ignorance, de l'incapacité et de l'inaptitude de ceux qui ont osé en demander le bénéfice. Comment ne pas admettre, en effet, que, renseigné sur des insuccès aussi constants, le ministre les a négligés de parti-pris, et que la dispense n'a été accordée qu'après constatation irréfutable de l'incapacité et pour en pallier les conséquences.

C'est pourquoi l'Association corporative fait appel à tous pour protester contre un tel abus de pouvoir qui ne peut que révolter les honnêtes gens, décourager les étudiants travailleurs et déprécier avocats et médecins auprès du public.

L'Association corporative des étudiants en médecine, soutenue par tous ceux qu'elle a consultés et d'accord avec l'Union des syndicats médicaux de France, s'élève contre l'illégalité et le favoritisme et décide de relever ce défi à la justice et à l'honnêteté et de poursuivre son action par tous les moyens reconnus nécessaires jusqu'à ce que satisfaction soit obtenue. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 24 mars. — Jury : MM. Jeanselme, président; Gilbert, Menetrier et Nobécourt — M. Assemat. Etude des arthrites gonococciques et leur traitement. — M. Lesplat. Traitement des angiomes de l'enfant. — M. Lafont (H.). Contribution à l'étude pathogénique des crises nitritoïdes. — Mme Louge (R.). M. Paul Bourget, psychiâtre. — M. Le Coulm. Etude radiologique de la selle turcique chez l'enfant. — Mme Doizy. Etude critique sur l'étiologie de l'eczéma. — M. Nouviale (Lucien). Contribution à l'étude de la maladie de Basedow dans l'enfance.

NOTES POUR L'INTERNAT

LA MALADIE AMYLOIDE DES VISCÈRES

La dégénérescence amyloïde est une maladie générale qui peut se localiser sur plusieurs organes : foie, rate, reins, intestin. D'après Hoffmann, la rate est l'organe que la dégénérescence amyloïde atteint le plus souvent : sur 80 cas d'amylose, on a pu l'observer 74 fois dans la rate, 67 fois dans le rein, 52 fois dans l'intestin et 50 fois dans le foie.

Rokitansky décrit le premier les caractères de la dégénérescence lardacée et la rattache à divers états cachectiques. Meckel indique la coloration produite par les solutions iodées et Virchow pense que cette substance qui se colore ainsi par l'iode est un hydrocarbure végétal, que l'on peut comparer à la matière amylacée. Il lui donne donc le nom d'amyloïde animale. Enfin, au point de vue anatomique et pathogénique, la dégénérescence amyloïde a été surtout étudiée par Cornil, Charcot, Bouchard, Charrin, Kuhne.

ÉTIOLOGIE. — Le foie amyloïde, le rein amyloïde, la rate amyloïde ne se développent pas à l'état isolé comme une affection primitive. Cette dégénérescence des viscères se montre à la suite des maladies infectieuses chroniques, cachectisantes, surtout quand elles se compliquent de foyers de suppuration en contact avec l'air extérieur.

Les *lésions tuberculeuses* des os, des articulations, occupent la première place, d'où le nom de foie scrofuleux qui a été donné, par exemple, au foie amyloïde, observé chez les malades atteints de coxalgie, de mal de Pott ou de carie osseuse. Les vastes cavernes suppurantes du poumon avec suppuration abondante sont aussi une cause efficace d'amyloïde.

La *syphilis* doit être aussi souvent incriminée, quand elle se manifeste par des lésions ulcéreuses profondes avec fistules persistantes. Ces lésions sont moins fréquentes aujourd'hui, qu'on applique des traitements actifs et précoces.

Toutes les *suppurations chroniques*, dilatation des bronches, pleurésie purulente prolongée, fistules anales, ulcères de jambe, etc., peuvent être à l'origine de la dégénérescence amyloïde.

On peut aussi citer : le rachitisme, l'ostéomalacie, la leucémie, les néphrites chroniques, la cachexie palustre, la goutte, la diphtérie gangréneuse (Combe).

PATHOGÉNIE. — Il paraît avéré que la dégénérescence amyloïde des viscères est produite par l'action des microbes et leurs toxines : Birsch l'a produite en injectant à l'animal le pus d'un malade atteint de tuberculose osseuse avec amyloïde, Bouchard et Charrin l'ont provoquée avec le bacille pyocyanique et sa toxine. Pétrone l'a obtenue avec le staphylocoque.

D'après les recherches de Krawkow, on admet aujourd'hui que la dégénérescence hyaline constitue le stade initial des lésions et qu'elle se transforme en amylose par l'apport secondaire de l'acide chondrotino-sulfurique (Chantemesse).

La dégénérescence hyaline est le résultat de l'action des toxines microbiennes sur les parois vasculaires et l'acide chondrotino-sulfurique est d'origine microbienne. Il se forme au niveau des plaies suppurantes et se trouve charrié dans le sang par les leucocytes.

ANATOMO-PATHOLOGIE. — Nous étudierons successivement les lésions amyloïdes des divers viscères :

I. **Foie amyloïde.** — La dégénérescence amyloïde manifeste est visible à l'œil nu ; discrètement développée, elle est visible au microscope seulement.

Le foie est gros ; il peut atteindre 4 à 5 kilos. Le bord antérieur est épaissi, mousse. Sa consistance est ferme et élastique. On ne voit pas de lésions de périhépatite. Sur une coupe, la surface de section est lisse, et a un éclat lardacé spécial ; sa coloration est terne ou jaune comme du saumon. L'aspect lobulaire a souvent disparu.

Les lésions se développent, soit par îlots, soit se généralisent à tout le viscère. On peut trouver en même temps des lésions associées de syphilis, paludisme, tuberculose, cirrhose.

En badigeonnant la surface de la coupe de l'organe avec une solution iodée faible, on colore en brun acajou les portions dégénérées, et en bleu violacé, si l'on ajoute de l'acide sulfurique. Les violets de méthyle et de gentiane colorent en rouge les surfaces amyloïdes.

Les lésions commencent par la paroi des artérioles interlobaires et des capillaires sanguins ; la paroi des vaisseaux est épaisse, homogène, vitreuse, leur lumière est rétrécie et parfois oblitérée. Les cellules hépatiques échappent à la dégénérescence.

La matière amyloïde se dépose dans leurs interstices, les refoule et finit par les atrophier ; ce qui explique l'intégrité relative des fonctions viscérales dans la dégénérescence amyloïde.

II. **Rein amyloïde.** — La dégénérescence amyloïde se rencontre le plus souvent au niveau des reins, en même temps que les lésions de néphrite chronique diffuse (gros rein blanc). Quand les lésions sont très accentuées, le rein amyloïde a les caractères macroscopiques du gros rein blanc. Il est volumineux, lisse, pâle, gorgé de sucs. Sa consistance est ferme. Il se décortique aisément. A la coupe, la surface du rein apparaît blanchâtre, lardacée, et a un aspect brillant. On affirmera l'amylose rénale comme l'amylose hépatique par la coloration des tissus avec une solution iodée ou une couleur d'aniline.

Histologiquement, la dégénérescence amyloïde commence au niveau des glomérules. Les artères du cortex sont envahies par segments. La substance amyloïde se dépose dans la tunique moyenne des vaisseaux, d'où la diminution du calibre des vaisseaux. On peut aussi trouver la substance amyloïde dans les espaces conjonctifs interstitiels et les cellules épithéliales sont toujours épargnées.

La dégénérescence amyloïde atteint presque toujours la totalité des vaisseaux du rein avec une prédominance marquée au niveau de la région corticale.

Des lésions associées peuvent être observées avec l'amylose : la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules épithéliales, la néphrite chronique diffuse.

III. **La rate amyloïde.** — La rate est augmentée de volume, globuleuse. Sa forme est intacte ; sa consistance apparaît augmentée ; sa capsule est lisse et brillante. Deux aspects histologiques peuvent être observés :

a. L'amylose splénique peut être *localisée* aux corpuscules de Malpighi : C'est la rate à grains de sagou, dans laquelle les corpuscules se détachent sous forme de grains grisâtres, transparents, gros comme une tête d'épingle ; les corpuscules sont hypertrophiés et l'on n'y distingue plus les capillaires. L'artère centrale a ses parois infiltrées de matière amyloïde.

b. L'amylose est *diffuse* ; la rate a la couleur du jambon (rate lardacée de Virchow). La lésion est généralisée à tous les vaisseaux (artères et veines) et porte surtout sur la pulpe. Les cellules spléniques ne sont pas dégénérées.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

FONDS DE BANDAGISTE 8, rue CAULAINCOURT, à adj. Etude VIÉNOT, not., 4, r. Rougemont, le 11 avril 1923, à 2 h. 30. M. à p., pouv. être baiss. : 15.000f. Consig^on : 1.500f. S'ad. à M. ARMAND, syndic, 17, rue Séguier, et au not.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Béclère, Macaigne, Brocq, Ravaut, Marfan, Guillemot, Thiroloix, Clerc, Nobécourt, Guinon, Wiart.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Mathieu, Lapointe, Hallopeau, Grégoire, Lejars, Mauclaire, Laffitte.

— Sanatorium d'Hendaye. — Une place d'interne en médecine (concours spécial) est actuellement vacante au sanatorium d'Hendaye. — Pour tous renseignements, s'adresser au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

CONCOURS DE L'INTERNAT DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :
Internes titulaires. — MM. Ripert, Berthier, Theillier, Martiny, Deconnink, Brenniel, Bœhler, Ledoux.
Internes provisoires. — MM. Kensiger, Naveau, Montant, Rousseau, Flahaut.
Interne du service d'O.-R.-L. — M. Marteret; *provisoire* : M. Hude.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours de médecin résidant à l'hôpital Saint-André sera ouvert le mardi 5 juin 1923.
Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 19 mai inclusivement au secrétariat de l'administration des hospices, cours d'Albret, 91.
La durée de ce service est d'une année avec renouvellement pour deux années consécutives au gré de l'administration.

OFFICE DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE DE SAONE-ET-LOIRE. — Un concours sur titres, pour la nomination d'un médecin de dispensaires de l'Office d'hygiène sociale de Saône-et-Loire, aura lieu à Paris le 16 avril 1923.
Les candidats doivent être Français, pourvus du diplôme de docteur en médecine français.
Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS. — Un concours pour le poste de chargé du service de radiographie à l'Ecole dentaire de Paris sera ouvert le lundi 4 juin 1923.
Ce concours aura lieu à l'École dentaire de Paris. Il comprendra les épreuves suivantes : 1° une épreuve sur titres; 2° une épreuve pratique (manipulation d'appareil); 3° une épreuve sur malade (avec interprétation de clichés).
Les candidats devront s'inscrire, avant le lundi 26 mai, au secrétariat de l'Ecole.
Le titulaire nommé au concours recevra une indemnité mensuelle de 500 francs. Il devra assurer un service trois fois par semaine, de 8 h. 30 à 12 heures.
Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris (IXe).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Lortat-Jacob, médecin des hôpitaux de Paris, est nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le docteur Violle, devenu membre de droit en qualité de professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine de Marseille.

— M. le docteur Calmels est nommé membre de la Commission chargée d'élaborer un projet de règlement de comptabilité pour l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

LES NOTIONS RÉCENTES DE CLINIQUE PRATIQUE ET D'APPLICATION DES MÉTHODES DE LABORATOIRE COURANTES AU DIAGNOSTIC. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur : M. A. Gilbert; professeur agrégé : M. Maurice Villaret.) — *Cours de revision* (Pâques 1923). — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique. commencera le samedi 24 mars 1923, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann et Brin, anciens chefs de clinique; Saint-Girons et Dufourmentel, chefs de clinique; Coury et Maréchal, chefs de clinique adjoints; Henri Bénard, Dumont, Deval, Mlle Tissier

et M. Paul Descomps, chefs et anciens chefs de laboratoire; M. A.-C. Guillaume, ancien interne des hôpitaux de Paris; MM. Lagarenne, chef du laboratoire radiologique central et de la clinique médicale; Duret et Dausset, chefs du laboratoire des agents physiques, et Comandon.

Il comprendra 34 leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30, les leçons du matin étant terminées suffisamment à temps pour permettre la visite de la plupart des services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et cinématographiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués individuellement aux élèves.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE. (Clinique Tarnier. Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances.* (Réservé aux médecins français et étrangers et aux étudiants ayant 16 inscriptions.)

Cours de pratique obstétricale, du lundi 26 mars au lundi 9 avril 1923.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 100 francs.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — ENSEIGNEMENT DE VACANCES (Pâques 1923.) — Un cours de clinique médicale des enfants aura lieu à l'hôpital des Enfants-Malades sous la direction du professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé, avec le concours de MM. les docteurs Babonneix et Merklen, médecins des hôpitaux; de M. Tixier, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire; de M. Nadal, ancien chef de clinique; de MM. Paraf et Mathieu, chefs de clinique; de M. Duhem, radiologiste des Enfants-Malades.

Il sera complet en vingt leçons et portera sur les questions actuelles de pédiatrie.

Il commencera le mercredi 4 avril 1923 et sera terminé le samedi 14 avril. Il aura lieu tous les jours, le matin à 10 heures et le soir de 4 à 6 heures.

Sont admis à ce cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 150 francs pour chaque cours.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera le lundi 9 avril, à 9 heures du matin, au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. le docteur Solomon; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 16 avril, est de 150 francs et sera acquitté entre les mains du docteur Solomon.

COURS D'OPÉRATIONS CHIRURGICALES (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en 10 leçons, par MM. les docteurs René Miégeville, Flavien Bonnet, Paul Truffert, Henri-P. Chatellier.

Ce cours commencera le 23 avril 1923, à 14 heures.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 150 francs. — S'inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

COURS D'OPÉRATIONS CHIRURGICALES (chirurgie des voies urinaires), par M. le docteur Jean Quénu, prosecteur.

Ce cours commencera le 23 avril 1923, à 14 heures.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 150 francs. — S'inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

NOTE DE PRATIQUE

DYSPNÉE TOXI-ALIMENTAIRE

Régime lacté exclusif (3 litres à 3 litres 1/2 de lait par jour jusqu'à la disparition de la dyspnée).

Alterner ensuite :

1° Pendant 8 jours, régime lacté absolu et médication iodurée.

2° Pendant 8 autres jours, régime lacté mitigé (2 litres de lait, légumes, quelques œufs, fruits, pas ou peu de viande) et 2 cachets pro die de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée.

Et ainsi de suite pendant quelques mois jusqu'à ce que la dyspnée ait été définitivement vaincue.

RENSEIGNEMENTS

BONNE MAISON SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES demande médecin pour visiter confrères région Ouest ou Nord.

Ecrire seulement COGAN, 54, rue Jacob, Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — CIRCUITS AUTOMOBILES P.-L.-M. AUTOUR D'AVIGNON. — Par ses incomparables curiosités archéologiques, la vallée du Rhône offre un attrait tout particulier. Aussi les touristes désireux de la visiter apprendront-ils avec plaisir que la Compagnie P.-L.-M. a repris, en la développant, son organisation de services automobiles autour d'Avignon. Ci-après les jours de mise en marche et les itinéraires des différents circuits :

1° Circuit Arles-Les Baux, tous les jours : Avignon, Tarascon, Arles, Les Baux, Saint-Rémy, Maillane, Avignon. — Prix : 30 fr.

2° Circuit Pont du Gard-Nîmes, tous les jours : Avignon, Villeneuve-lès-Avignon, Pont du Gard, Nîmes, Uzès, Avignon. — Prix : 35 fr.

3° Circuit Orange-Vaison, les lundi, mercredi et samedi : Avignon, Orange, Vaison, Malaucène, Carpentras, Avignon. — Prix : 35 fr.

4° Circuit de la Fontaine de Vaucluse, les mardi, jeudi et samedi : Avignon, Grottes de Thouzon, l'Isle-sur-Sorgue, Fontaine de Vaucluse, Châteauneuf-de-Gadagne, Avignon. — Prix : 15 fr.

5° Circuit Aigues-Mortes-Les Saintes Maries-de-la-Mer, les mardi et jeudi : Avignon, Tarascon, Saint-Gilles, Aigues-Mortes, Les Saintes-Maries, Arles, Avignon. — Prix : 50 fr.

REVUE GÉNÉRALE

GASTRO-COLOPTOSE ET GASTRO-COLOPEXIE

PAR LES DOCTEURS

MARCEL SENECHAL et ROUDOULY
Chirurgien assistant de la Maison départementale de Nanterre. Médecin-major.

Historique. — Il y a relativement peu de temps que l'on accorde dans le chapitre des ptoses viscérales, à la chute de l'estomac et du côlon, la place qui lui revient. Cependant, au cours des années 1910-1914, nous vîmes traiter assez fréquemment par un procédé chirurgical analogue à celui que nous décrirons plus bas, des cas de ptose du segment inférieur du gros intestin, par notre maître le docteur Emile Reymond, dans son service de la Maison départementale de Nanterre.

Il étudiait alors les moyens de remédier à la chute des organes pelviens et son action sur l'S iliaque et le rectum faisait partie du procédé par lequel il s'attaquait au syndrome de ptose : cystocèle, rectocèle, prolapsus de l'utérus. Mais la plupart des classiques passent sous silence ou effleurent à peine le sujet. Hartmann, dans le grand traité de Duplay et Reclus fait une critique sévère de la cure chirurgicale, tentée par Jeannel, en 1892, pour un cas de stase gastrique par ptose ayant amené une baisse marquée de l'état général du malade : « Il ne me semble pas, écrit-il, que la gastro-entérostomie pratiquée par Jeannel dont l'opéré a succombé soit logique ; car, en l'absence de sténose pylorique, il n'y a pas, dans la dilatation atonique de l'estomac, de stase gastrique. » Et, en vertu du même dogme, Hartmann condamne en bloc tous les autres procédés opératoires, et se montre partisan résolu de la ceinture-sangle de Glénard. Ce moyen de contention ou de relèvement ne donne pas de résultat thérapeutique satisfaisant et la multiplicité des appareils orthopédiques fabriqués dans ce but est une preuve de leur inefficacité.

Avant Jeannel, Bircher, d'Aarau (Suisse) publiait l'observation de trois malades qu'il avait traités avec succès par sa méthode de la « gastroplication ». Son procédé fort simple, consistait à suturer la grande à la petite courbure en déterminant ainsi un « pli » à la face antérieure de l'estomac; si cette face est trop étendue dans le sens vertical, il conseille de pratiquer d'abord par suture séroséreuse faite dans une direction transversale, parallèle au grand axe de l'estomac, un ou deux plis préparatoires au repliement de la grande courbure sur la petite.

Duret (de Lille) décrit, en 1896, une technique de gastropexie qui consiste à fixer à la paroi abdominale le pylore et la petite courbure, par une suture dont les deux extrémités sont terminées en passant le fil à travers le péritoine pariétal, ou même si celui-ci semble insuffisamment résistant, à travers la paroi musculo-aponévrotique. Les deux chefs sont noués sous la peau en fils perdus, après fermeture des plans péritonéo-musculo-aponévrotiques. Si besoin est, deux lignes ou trois lignes de suture sont placées par le même procédé, sur la face antérieure de l'estomac.

D'autres chirurgiens tentèrent à la suite des précédents, la cure chirurgicale de la ptose gastrique à l'aide de techniques procédant du même esprit : Bennett, J.-L. Faure, Quénu, Chaput publièrent à la fin du siècle dernier des observations de malades traités avec des succès divers. Mais le discrédit s'attachait à ces tentatives, qui furent longtemps assez peu suivies.

Doyen, dans son *Traité de chirurgie* de 1908, exécute dédaigneusement en quelques lignes, et le traitement et la maladie elle-même : « La dilatation dite essentielle ou atonique de l'estomac, écrit-il, n'est qu'une simple conception théorique basée sur une observation clinique insuffisante. L'estomac ne se dilate que par suite de la contracture spasmodique d'un pylore irritable, très souvent réflexe d'une gastropathie douloureuse (ulcère rond ou hyperchlorhydrie. » Et il conclut à l'indication exclusive, dans ces cas, d'une gastro-entérostomie.

Cet ostracisme, venant après les publications de M. Hartmann, explique l'abstention opératoire presque complète des chirurgiens français en face de la ptose gastro-intestinale.

Deux auteurs anglais, Beyea et Coffey publièrent un procédé de gastro-colopexie indirecte qui, en respectant l'organe, ne s'adressent qu'aux replis épiploïques : les deux schémas de la page suivante indiquent mieux qu'une longue description, leur technique opératoire. Les résultats sont d'après les auteurs des plus satisfaisants.

Il faut arriver à Rowsing (de Copenhague), qui tente, en 1913, une étude approfondie de la gastro-colo-ptose et une réhabilitation de sa cure chirurgicale, pour avoir une série de cas suivis et traités avec une technique rigoureusement réglée.

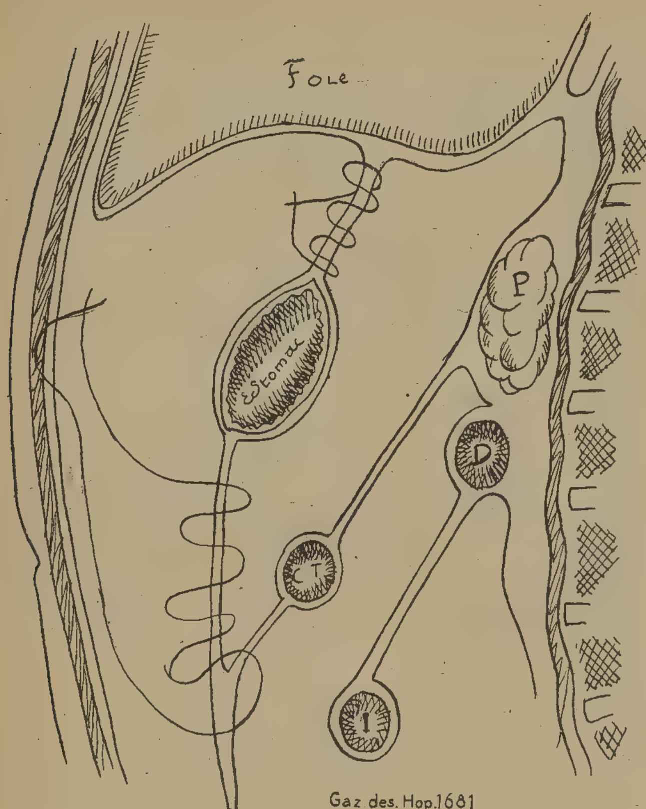
Rowsing décrit très en détail son procédé opératoire, après avoir étudié, de façon approfondie, la clinique et posé les indications formelles de l'intervention. Pour lui, il existe deux formes de gastro-coloptose, une forme qu'il appelle la ptose des jeunes filles, et une autre la ptose des multipares ou ptose maternelle. Il envisage trois modes d'action thérapeutique, qui ne s'excluent pas, d'ailleurs, et répondent à des degrés divers dans la ptose : un traitement médical, un traitement orthopédique, un traitement chirurgical.

Après avoir passé en revue rapidement les divers procédés employés avant lui, il décrit celui auquel il a donné la préférence et dont l'originalité réside en ce fait que les deux chefs d'un fil de soie faufilant la face antérieure de l'estomac dans une direction parallèle au grand axe de la poche sortent à travers la peau, à l'extérieur du ventre, et sont noués sur une compresse, une fois l'abdomen refermé plan par plan. Trois lignes de suture parallèles sont ainsi placées à 2 centimètres l'une de l'autre environ, sur la face antérieure de l'estomac et leurs extrémités sont nouées sur une compresse à l'extérieur du ventre. Ces fils sont enlevés seulement à la fin de la quatrième semaine.

Les résultats sont satisfaisants et portent sur un nombre élevé de malades traités : 163.

Guérisons	92
Amélioration manifeste	24
Amélioration	18
Sans résultat (ou avec faible amélioration)	21
Décès	8

Rowsing nous donne les raisons d'une mortalité qui semble élevée : les décès qu'il a eu à déplorer sont survenus soit par broncho-pneumonie ou tuberculose pulmonaire, pleurale, péritonéale chez des sujets cachectisés et opérés en quelque sorte in-extremis, soit à la suite d'interventions complexes



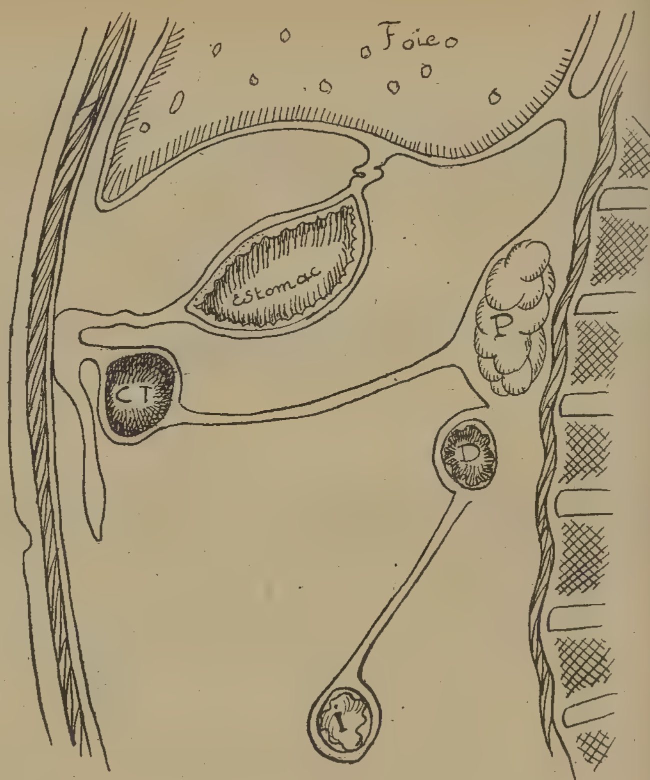


Fig. 1 et 2. — *Méthode Beyea et Coffey* [schéma] (In Rowsing. *Die Gastro-koloptosis*, trad. Leipsig, 1914).
1. Avant la gastro-colopexie. Passage des fils. — 2. Gastro-colopexie. Les fils sont serrés.

pour affections graves dont la gastrocolopexie n'avait été qu'un temps accessoire (résection de l'estomac, ulcus duodénal, obstructions intestinales par bride, etc.). Pas une de ses autopsies n'a permis de révéler de péritonite aiguë. Pas un de ses opérés n'a succombé au shock opératoire (1).

Les autres opérateurs ayant employé sa méthode et dont il cite les statistiques, portant sur un nombre de cas plus élevé encore, ont obtenu des résultats approchants. Les décès sont à mettre sur le compte de causes analogues et portent surtout sur des malades déjà cachectisés.

Rowsing pose l'indication opératoire « dans tous les cas de gastrocoloptose où les malades, du fait de leur affection sont incapables de travailler et dans lesquels la thérapeutique médicale et orthopédique a échoué. Ceci est une indication *absolue*. Dans les cas où la ptose vient compliquer un ulcus du duodénum ou une sténose pylorique, la gastro-colopexie doit compléter la gastro-entérostomie ou la résection gastrique plus rarement indiquée.

M. Pauchet a décrit en détail, en 1919, une technique de gastro-colopexie qui lui a donné les mêmes bons résultats. Il insiste sur l'importance de la gymnastique abdominale et sur la nécessité de la « collaboration du médecin, du malade, du masseur... et du temps ». Il estime que la gastro-colopexie doit être parfois complétée d'une cæco-sigmoïdostomie en cas de coudure du côlon descendant ou ascendant ou transverse ou d'une hépatopexie, en cas de ptose du foie. Il s'inscrit en faux contre l'idée émise par Doyen et déclare qu'une « gastro-entérostomie simple ne videra pas l'estomac prolabé et augmentera, dans la plupart des cas, les malaises dans des proportions telles qu'on devra réintervenir, pour supprimer la gastro-entérostomie ».

Plus tard (février 1922), M. Pauchet a publié une modification dans sa technique : « Le ventre est ouvert sur la ligne médiane ; on sectionne le ligament rond qui fait partie du ligament suspenseur du foie. On le laisse adhérent au bord inférieur du foie qui, généralement, est fixé, puis dirigeant son extrémité vers la gauche, on le fixe sur la face antérieure de l'estomac, à un ou deux travers de pouce de la petite courbure. L'extrémité terminale dudit ligament est passée dans une boutonnière au ras des côtes gauches ; de cette façon l'estomac se trouve suspendu par un ligament naturel et par sa petite courbure, car la fixation du ligament à quelques centimètres de la petite courbure est un excellent moyen de soutien. »

M. Pauchet indique les détails du manuel opératoire, tout à fait personnel comme on le voit, et qui lui a donné d'excellents résultats dans des cas de ptose récidivée après cure chirurgicale antérieure.

Il insiste encore sur la nécessité d'associer à la

(1) Les cas de mort de la statistique de Rowsing se dénombrent ainsi :

1° Tuberculose pulmonaire, pleurale et péritonéale. Décès deux mois après l'opération.

2° Obstruction intestinale causée par une bride cholécysto-duodénale, compliquée d'appendicite. L'intervention avait porté sur cette double lésion en même temps que sur la ptose gastro-colique.

3° Eventration post-opératoire, suite éloignée d'une hystéropexie ; adhérences de l'intestin grêle au sac herniaire ; obstruction intestinale. Intervention complexe terminée par gastro-colopexie.

4° Tuberculose caséeuse des deux poumons. Décès trois semaines après l'intervention.

5° Symphyse pleurale double. Bronchectasie. Tuberculose du sommet. Décès au neuvième jour.

6° Cachexie. Œdème pulmonaire, atrophie des organes. Mort au sixième jour.

7° Broncho-pneumonie purulente double.

8° Résection de l'estomac pour ulcus et gastro-colopexie. Mort par broncho-pneumonie.

cure chirurgicale un traitement par la « gymnastique abdominale, respiratoire et le traitement psychique » qui doit réaliser une véritable rééducation du malade.

Pour lui les échecs tiennent, soit à des affections méconnues accompagnant et provoquant la ptose : calculose biliaire, ulcère duodénal, soit à une stase iléale ou intestinale méconnue et non traitée.

* * *

Comme on le voit par cet exposé, la question de la gastro-colopexie, après être restée lettre morte pendant de longues années, suscite actuellement des recherches et des efforts chirurgicaux. Pour le plus grand bien des malades, cette opération bénigne, selon le dire de Rowsing, doit s'appliquer de plus en plus au traitement de l'affection grave qu'est la ptose accentuée de l'estomac et du côlon.

Avant de décrire la méthode que l'un de nous (Sénéchal) applique personnellement depuis quelques années et qui lui a valu les résultats que nous indiquerons plus bas, nous voulons exposer quelques notions d'anatomie pathologique et de symptomatologie, enfin les indications de l'intervention telles que nous les comprenons.

Anatomie pathologique. — Si l'on examine à l'écran radiographique un malade atteint de gastro et coloptose dans la position vertébrale on constate :

1° L'estomac étiré en sablier descend plus ou moins au-dessous de l'ombilic pour, dans certains cas, venir affleurer le pubis par sa grande courbure.

2° Le côlon descendant est abaissé tout entier et le cæcum, généralement dilaté, repose dans la fosse iliaque jusqu'au voisinage de la ligne innominée.

3° L'angle hépatique du côlon est très abaissé, mais moins que l'angle splénique.

4° Le côlon transverse prend la forme d'un V dont une des branches se rapproche plus ou moins du côlon ascendant; la pointe du V s'enfonce parfois jusque dans le petit bassin. L'autre branche s'accole plus ou moins au côlon descendant, donnant le plus souvent une image unique, si elle ne donne pas une image *en canons de fusil de chasse*. L'angle splénique, lui-même abaissé jusqu'au voisinage de la crête iliaque, est tellement serré qu'il donne l'impression d'une sténose complète.

Ces images se modifient par la palpation ou lorsqu'on commande au malade de « rentrer son ventre » et donnent des projections voisines de la normale lorsqu'on fait placer le malade dans le décubitus dorsal.

Après un semblable résultat d'examen on peut conclure qu'il n'y a ni adhérences, consécutives à des lésions inflammatoires, entre les anses, ni brides, ni aucun obstacle mécanique.

L'examen radiologique permettra encore la recherche des points douloureux au niveau de l'appendice et de la vésicule biliaire, parfois même de mettre en évidence une cholélithiase.

Il aura également permis, joint à l'examen clinique, d'éliminer la ptose hépatique et rénale, l'ulcus stomacal ou duodénal, une atrésie de cause quelconque du pylore; toutes lésions qui éliminent d'emblée le traitement envisagé au cours de cette étude. C'est, en effet, *après élimination de toute lésion organique comportant un traitement qui lui est propre* que doit être envisagé le traitement chirurgical de la gastro et coloptose considérée comme entité pathologique.

Au cours de l'intervention, les parois des viscères, estomac, côlon apparaissent pâles et flasques; les mésos sont distendus et moins chargés de graisse que normalement, conséquence de l'amaigrissement général du sujet. La vascularisation est normale, mais des suffusions sanguines sous-séreuses se produisent aisément.

Les mésos participent de la laxité générale et de cette flaccidité; c'est ainsi que la main peut facilement, sans effondrer l'épiploon gastro-colique, mais en s'en coiffant, explorer la face postérieure de l'estomac.

Symptomatologie. — Elle répond à cet état d'élongation et de flaccidité des viscères et de leurs mésos. Nous n'insisterons pas sur le clapotement gastrique, sur la longueur et la difficulté des digestions, sur les sensations pénibles de tiraillement abdominal, sur la constipation opiniâtre que présentent parfois ces sujets.

Mais un signe sur lequel nous voulons attirer l'attention c'est la douleur à type sympathique, provenant de l'irritation et du tiraillement du plexus solaire; douleur pouvant à la longue ou par exacerbations subites prendre le type angoissant et même syncopal. Cette douleur siège en arrière au niveau de la XIIe dorsale et Ire et IIe lombaires, un peu diffuse avec deux points symétriques au niveau des lombes accusant souvent une prédominance à gauche. La constipation et la diarrhée alternent de façon qui devient souvent inquiétante, et le mauvais fonctionnement de tout le tractus digestif peut arriver à amener une baisse de l'état général voisine de la cachexie à ses extrêmes limites. Il est rare, cependant, que la ptose gastro-colique simple puisse entraîner la mort, mais elle laisse l'organisme sans défense contre toute infection, et c'est une maladie intercurrente qui provoque le décès dans ces cas extrêmes.

Diagnostic. — En général assez simple pourvu que le médecin y pense, le diagnostic est quelquefois difficile à poser. Certaines formes font croire à des crises d'angor pectoris; et bien des cas de fausse angine de poitrine ne sont que des syndromes de ptose méconnue.

La cachexie que nous avons signalée inclinera bien des observateurs à poser le diagnostic d'ulcus gastrique ou duodénal, voire de tuberculose ou de cancer. L'absence d'hématémèse et de sang dans les selles; la lenteur de l'évolution des lésions, l'amélioration provoquée par le simple décubitus horizontal permettant d'écarter l'idée de ces lésions graves.

Enfin et surtout, la radioscopie montrera l'état anatomique ci-dessus décrit. Une image nette d'estomac allongé et étiré « en sablier », c'est-à-dire portant, du fait même du poids attirant en bas sa grande courbure, un étranglement pouvant arriver à être filiforme; l'absence de contractions à l'écran; l'absence de toute encoche traduisant un spasme localisé sont aussi caractéristiques. Le fait seul de soulever avec la main palpant l'abdomen, le bas-fond gastrique, suffit souvent à réveiller quelques contractions lentes et paresseuses qui cessent dès qu'on laisse retomber l'organe de son propre poids; mais elles ont suffi pour voir que l'orifice pylorique n'est pas sténosé, car elles injectent aussitôt le duodénum. Le diagnostic radiologique sera complété par l'aspect du côlon transverse injecté d'un lavement baryté qui a un contour irrégulier, en V à sommet plongeant parfois très bas dans le petit bassin. Du fait de l'abaissement des angles coliques

les côlons ascendant et descendant et l'anse sigmoïde prennent des allures irrégulières et plus ou moins enroulées et pelotonnées, leur calibre est parfois étranglé au niveau des angles coliques, et de la partie moyenne plongeante du côlon transverse. Cet aspect radioscopique n'a rien qui puisse surprendre si on le rapproche des déplacements considérables des organes ptosés.

Indications opératoires. — Quels sont les malades auxquels doit être réservée la gastro et colopexie? A priori, tous les ptosiques dont la chute viscérale est douloureuse et provoque l'amaigrissement.

Cependant, dans ce groupe, on doit envisager deux catégories de malades chez lesquels l'intervention pourra être tentée tandis que dans le reste des cas elle s'impose.

1° Chez les jeunes gens âgés de moins de vingt-cinq ans, à croissance exagérément rapide, une hygiène alimentaire et générale bien conduite, complétée par de la gymnastique rationnelle et la pratique des sports au grand air pourra suffire à rétablir la sangle musculaire abdominale et un plus juste équilibre des organes abdominaux. Ce traitement médical et physiothérapique devra être tenté et poursuivi avec assiduité et persévérance; ce n'est qu'en cas d'échec que l'on sera autorisé à intervenir chirurgicalement.

2° Les vieillards dont l'activité réduite s'accommodera assez bien des longues heures de repos étendu après les repas et du port d'un appareil orthopédique (ceinture ventrière, sangle de Glénard à pelotes ou autres) ne seront justiciables de la gastro-colopexie que si leur ptose les entraîne vers un amaigrissement progressif devant aboutir à la cachexie en les prédisposant à l'acidose, comme le fait justement remarquer Pauchet.

3° En revanche, les individus, hommes ou femmes, dans la force de l'âge, entre vingt-cinq et cinquante ans, dont l'activité tout entière est nécessaire à l'entretien de la famille, doivent être traités par pexie, procédé qui a l'avantage de donner des résultats rapides et définitifs dans 75 p. 100 des cas et qui n'entraîne que des risques très faibles.

Les résultats de notre pratique personnelle, contrôlés par des radiographies avant et après opération, sont des plus encourageants, puisque nous n'avons enregistré que des succès thérapeutiques et n'avons eu à regretter aucun incident postopératoire, et a fortiori aucun décès. Nous n'avons cependant pas choisi des cas en vue d'une bonne statistique et n'aurions jamais songé à publier ce travail si les hasards d'une lecture ne nous avaient montré le peu d'intérêt que ce genre d'opération suscite dans le corps médical et chirurgical français. Ce discrédit nous est apparu tellement immérité qu'il a été la cause de cette production.

Un estomac atonique, dilaté et dont le bas-fond descendait à deux travers de doigt du pubis, se trouve remonté après gastro-colopexie, par la méthode très simple que nous employons, à 1 centimètre au-dessus de la ligne bis-iliaque. La radioscopie indiquait dans ce cas une évacuation spontanée nulle avant l'intervention, un spasme médio-gastrique caractérisé par un aspect « en sablier » de l'ombre donnée par la bouillie barytée, une mobilité complète du bas-fond stomacal. Un mois après l'intervention, une nouvelle radioscopie indiquait que les « contractions spontanées lentes, mais efficaces, évacuaient normalement le contenu gastrique ». Les douleurs siégeant au niveau du plexus solaire avaient disparu; l'état général s'améliorait rapidement. La malade revue quatre mois après, cette excellente impression s'affirmait encore (fig. 3 et 4).

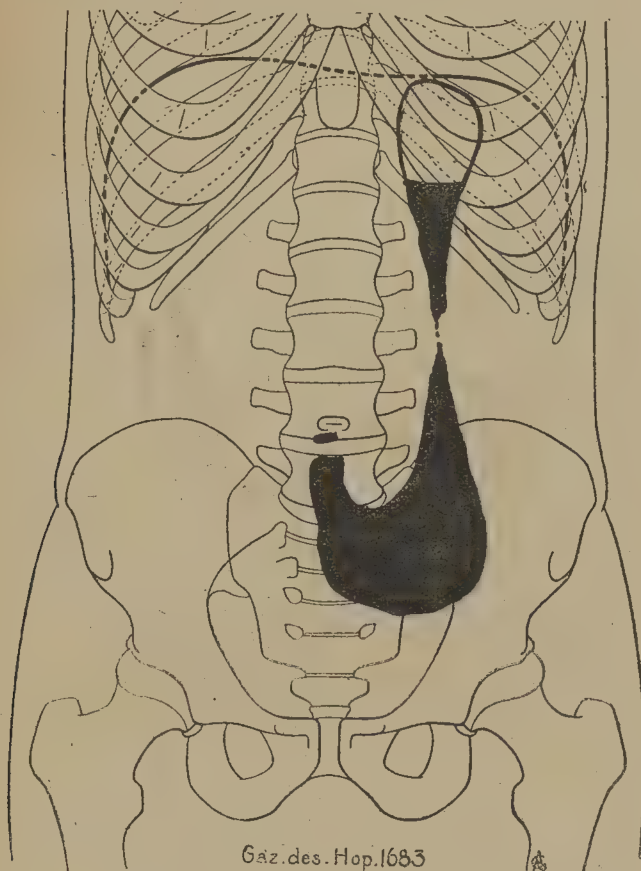


Fig. 3. — *Malade G...* — Avant intervention, 13 mai 1920.

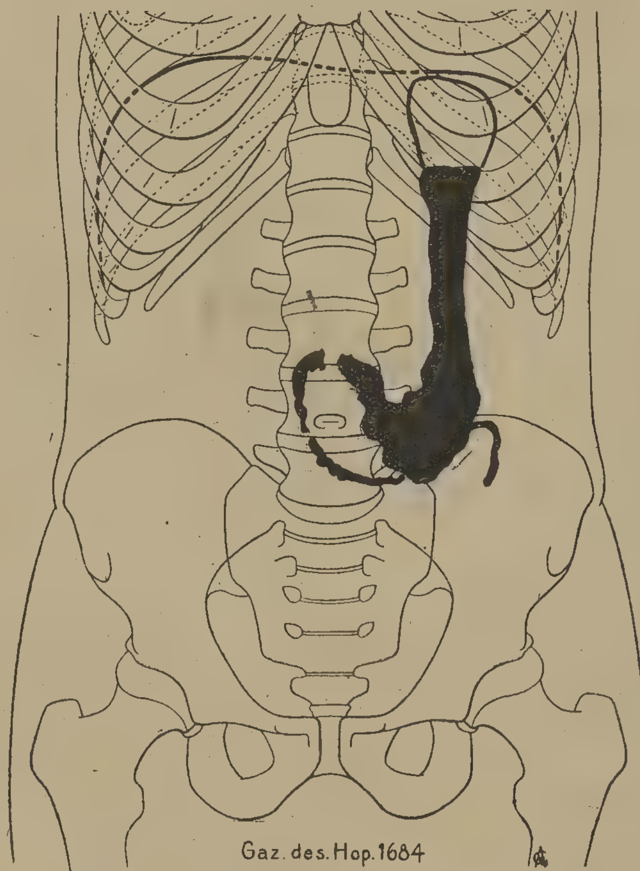


Fig. 4. — Après intervention, 30 juin 1920.

Une autre observation d'un estomac et d'un côlon ptosés très bas (côlon transverse et bas-fond gastriques tombés dans le petit bassin) donne lieu au cours d'une radioscopie pratiquée trois mois après gastro-colopexie, aux conclusions suivantes : « L'estomac paraît normal comme forme, situation, sensibilité, motricité, évacuation. La ptose a disparu. » (Fig. 5 à 8.)

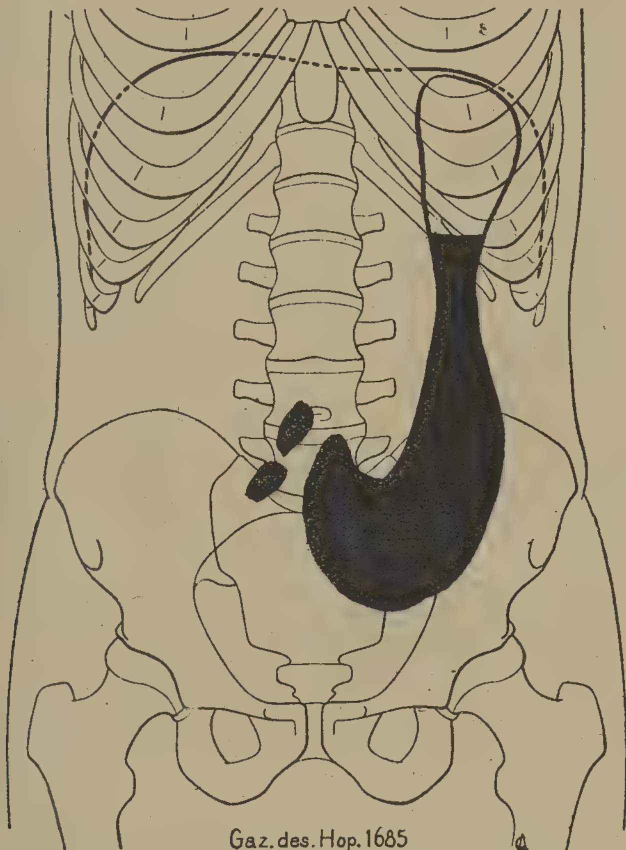


Fig. 5. — Cinq minutes après prise barytée.

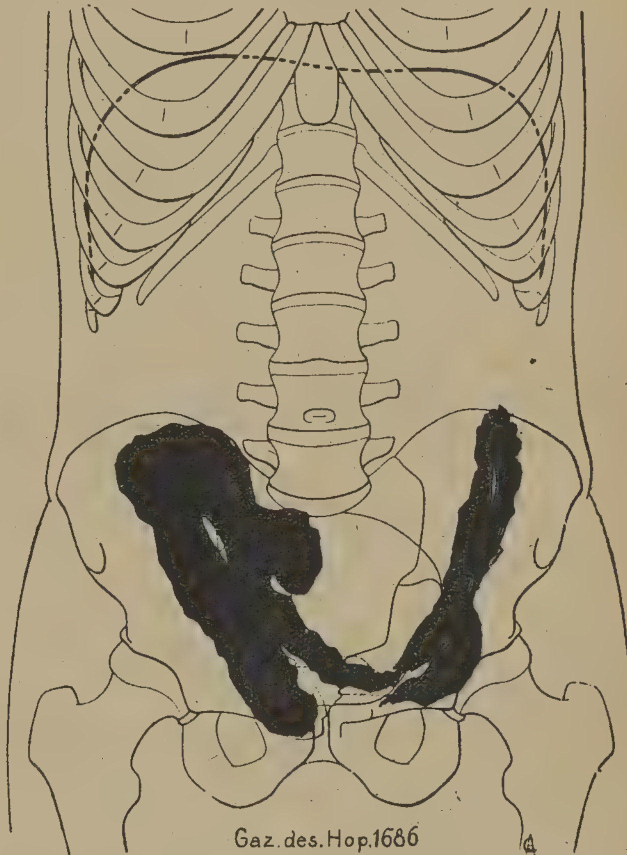


Fig. 6. — Huit heures après prise barytée.

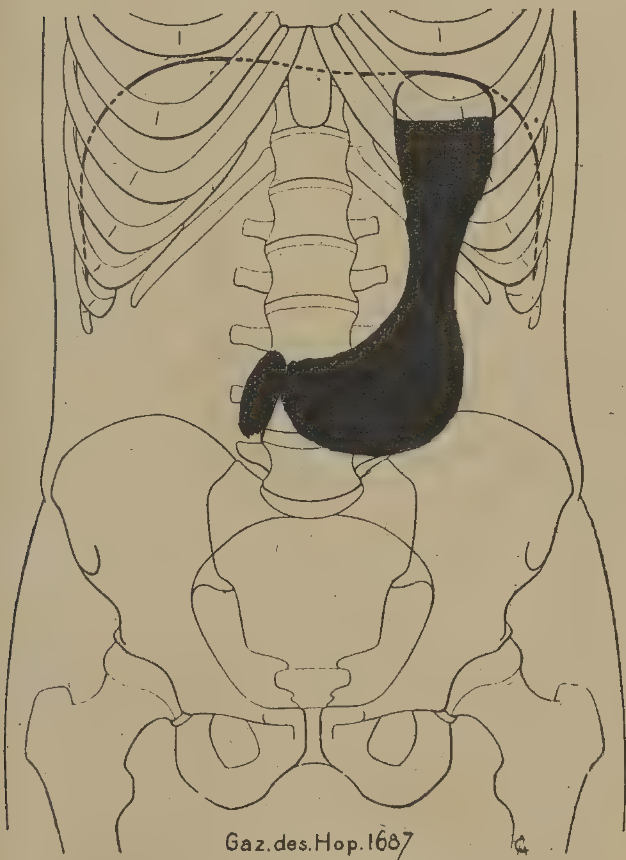


Fig. 7. — Cinq minutes après prise barytée.

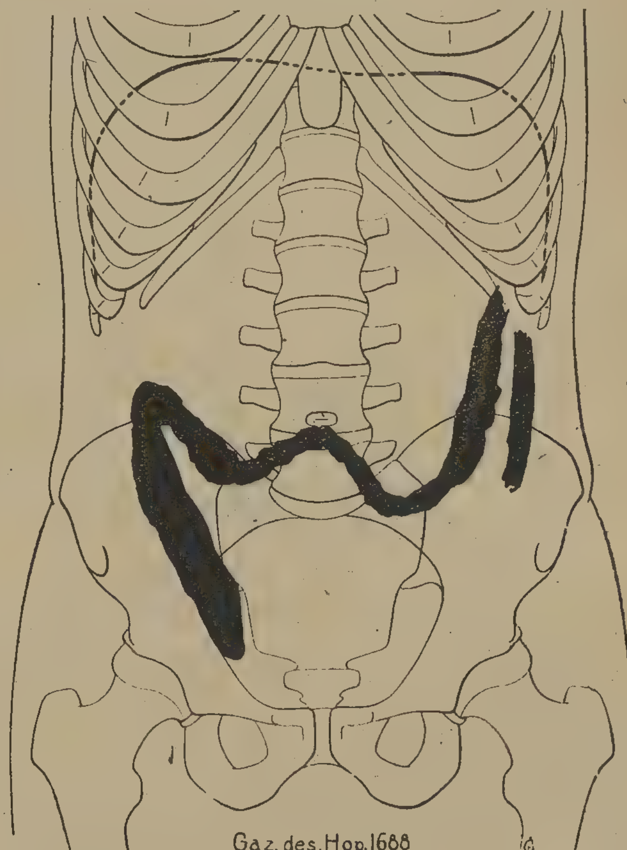


Fig. 8. — Huit heures après prise barytée.

Radiographies du docteur Petit.

Citer les cinq observations de guérison complète que nous possédons avec calques radioscopiques avant et après l'intervention par notre procédé, alourdirait inutilement ce travail. Elles se répètent, d'ailleurs, l'une l'autre. Et il est remarquable de constater que le relèvement de l'état général, l'engraissement, l'indolence absolue des phénomènes digestifs succédant à des douleurs spasmodiques ou sympathiques insupportables, accompagnent régulièrement l'amélioration anatomique constatée à l'écran, et sont même souvent plus marqués que ne semblerait devoir le comporter la seule modification dans la position de l'organe.

Les contre-indications opératoires viendront surtout de l'état général ; quand ce dernier sera trop déficient, avoisinant la cachexie, il ne sera pas bon de faire courir au sujet les risques de l'intervention. L'âge du malade interviendra aussi, et nous ne pensons pas que l'on doive opérer des ptosiques ayant dépassé soixante ans ; mais c'est là une notion sujette à exception.

Un certain degré d'insuffisance hépatique, pulmonaire ou cardiaque ne sont une contre-indication qu'à l'anesthésie générale : on usera dans ces cas de l'anesthésie régionale ou locale.

Technique opératoire. — Quant à la gravité de l'intervention, et aux risques qu'elle fait courir à nos malades, la description de la technique indiquera qu'ils sont réduits au minimum.

Le ventre est ouvert par une incision médiane xypho-ombilicale. L'estomac est découvert, palpé sur toute sa longueur, de façon à ce qu'une lésion anatomique si minime soit-elle ne puisse échapper à l'investigation. Exploration de la face inférieure du foie et de la vésicule biliaire. Le relâchement du petit épiploon est tel, dans ces cas de ptose, qu'il permet l'exploration de la face postérieure de l'estomac, sans qu'il soit besoin de décoller l'épiploon gastro-colique. D'où simplification de l'intervention, diminution de sa durée, et surtout suppression des phénomènes de choc postopératoires.

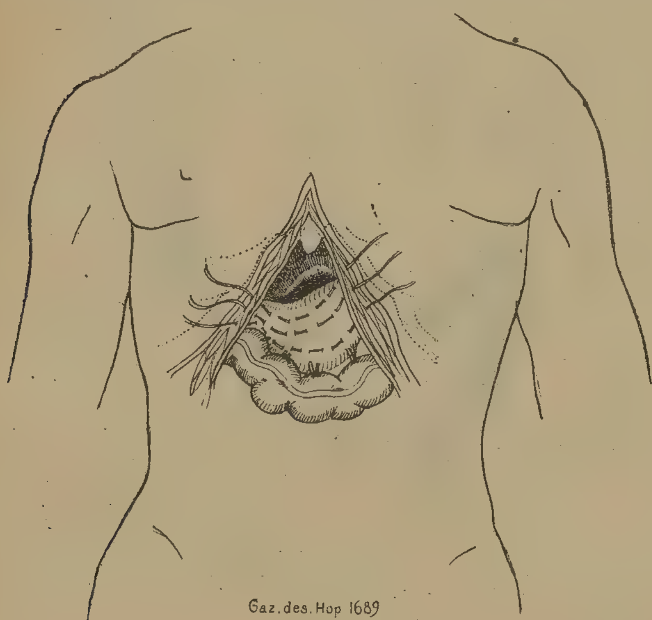


Fig. 9.

Trois ou quatre fils de lin sont passés en faufil sur la paroi antérieure de l'estomac, selon le grand axe de la poche, et respectant les vaisseaux. Ce faufilage de la séromusculeuse commence à 1 cm 5 du cardia et s'arrête à 5 à 6 centimètres du pylore. Les chefs des fils sont passés à travers le péritoine, les muscles abdominaux et leur aponévrose et sortent sous la peau, à gauche, au ras du rebord cartilagineux du gril costal ; à droite, sensiblement plus bas, en pleins muscles, pour ménager l'orientation normalement oblique de l apoche stomacale.

Quelques points séparés, également au fil de lin fixent le bord supérieur du côlon transverse à la grande courbure de l'estomac. Ces points seront placés en faufil sur la paroi gastrique comme sur la paroi colique, faute de quoi ils risquent de couper secondairement les tissus d'un de ces deux viscères. Dans un de nos cas opératoires, un examen radiographique ultérieur a décelé cet incident, pour un seul de nos points d'ailleurs. Le faufil intéressera chacun des viscères sur une longueur de 1 centimètre à 1 cm 5.

On referme ensuite la paroi abdominale plan par plan ; on serre sur le plan aponévrotique les fils de lin suspenseurs de l'estomac en tirant doucement et à fond sur les chefs, afin d'amorcer progressivement le froncement de l'estomac. On suture la peau par-dessus.

Nous n'avons jamais employé le badigeonnage iodé des séreuses, conseillé par Pauchet, dans le but de favoriser les adhérences séroséreuses ; et nos résultats ont été cependant favorables.

Le fil de lin ne nous a pas donné les déboires qui ont parfois chagriné certains opérateurs ; nous n'avons jamais eu à déplorer d'ulcère peptique après leur emploi.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ne nous ont jamais donné la moindre préoccupation : aucun incident n'est venu compromettre la guérison. Il est à remarquer que ce manuel opératoire est très simple, élémentaire même, si on le compare à certains procédés opératoires très brillants, mais compliqués et difficiles à exécuter correctement qui, entre les mains d'un maître de la chirurgie moderne, donnent des résultats favorables, mais ne sauraient être employés couramment par de plus modestes praticiens. La méthode décrite dans ce travail, nous a semblé dans sa simplicité, sa rapidité et son innocuité qu'on peut encore augmenter en supprimant, par l'anesthésie locale ou régionale, les risques de la narcose, exactement proportionnée au but qu'elle se propose si excellemment défini par Rowsing : une opération bénigne, traitement d'une affection souvent grave, toujours pénible, quelquefois insupportable, mais non mortelle, même si elle est abandonnée à elle-même.

La cure chirurgicale n'exclut pas, d'ailleurs, le traitement postopératoire préconisé par Pauchet. Nous faisons lever nos malades au dixième jour. Nous leur recommandons d'éviter les travaux pénibles et de ne pas soulever de poids trop lourds ou de porter leurs enfants sur les bras avant la sixième semaine suivant la date de l'intervention. La station debout prolongée leur sera interdite pendant la même période.

Après le troisième mois, elles peuvent reprendre toutes leurs occupations domestiques. Mais on ne saurait trop leur recommander la prudence, suivant le conseil de Rowsing. On devra aussi, par un régime approprié combattre la constipation chez ces malades, et lutter par des moyens surtout psychiques contre la crainte d'une alimentation subs-

tantielle qui a si longtemps causé de vives douleurs.

Mais le principal effort du traitement postopératoire devra porter sur l'exercice de la gymnastique respiratoire et abdominale, rationnellement et consciencieusement exécutée pendant plusieurs mois. La pratique des sports au grand air, proportionnée à la classe sociale des malades, devra aussi être formellement prescrite.

La cure psychique ne devra pas être négligée. Ces malades sont devenus de véritables neurasthéniques, et il est nécessaire de leur rendre confiance dans la certitude d'une guérison complète et définitive. Il n'est pas rare, dans les semaines qui suivent l'intervention, d'assister à des troubles dyspeptiques survenant par crises et se manifestant surtout par de l'intolérance gastro-intestinale et de la constipation. On assiste alors généralement à des phénomènes de spasmes du tube digestif contre lesquels les extraits biliaires, les laxatifs doux et en particulier l'huile de ricin à une dose de 5 grammes pro die répétée sont d'un grand secours.

Le régime diététique doit être surveillé longuement, et il est parfois nécessaire de faire une véritable rééducation d'un tube digestif devenu très paresseux. Les extraits organiques et en particulier le suc digestif de porc rendent alors de grands services. Toutes ces mesures diététiques et thérapeutiques secondaires aideront puissamment à la guérison et la rendront plus certainement définitive.

Conclusions. — La gastro et coloptose est un état pathologique auquel arrivent un certain nombre de malades à la suite de troubles plus ou moins complexes.

Avant de l'attaquer chirurgicalement il est nécessaire d'avoir éliminé toutes causes nosologiques d'entité déterminée qui devront être traitées avant tout si elles ont été reconnues.

La symptomatologie se manifeste cliniquement par des troubles dyspeptiques divers au premier rang desquels il faut noter la constipation, avec parfois débâcles diarrhéiques, des points douloureux correspondant au plexus solaire, un état de cachexie physique et psychique plus ou moins accusé.

Le diagnostic se fait surtout par la radioscopie.

Le seul traitement vraiment efficace est le traitement chirurgical suivi d'un traitement de rééducation physique et psychique.

La technique opératoire que nous préconisons est efficace — sans danger — peut être exécutée sous anesthésie locale, exige du patient un minimum de séjour au lit et constitue pour lui le seul moyen réel de sortir, par une intervention bénigne, d'un cercle vicieux qui le conduit progressivement à la cachexie et à la neurasthénie.

BIBLIOGRAPHIE

BENNETT. *Lancet*, juillet 1896.
BIRCHER. *Corr. f. Sch. Ært.*, 1891, p. 713.
BRANDT. *Centralbl. f. Chir.*, 1894, p. 361.
CADENAT. *Concours méd.*, 24 mai 1922.
CHALOT. *Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire*, Doin, Paris 1908.
CHAPUT. *Congrès franç. de chir.*, 1896.
DOYEN. *Thérapeutique chirurgicale et technique opératoire*, Paris 1909.
DUPLAY et RECLUS. *Traité de chirurgie*, Paris 1905.
DURET. *Revue de chir.*, 1896, p. 421.
FAURE (J.-L.). *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 249.
JEANNEL. *Arch. prov. de chir.*, janv. 1893.
PAUCHET. *Traitement chirurgical des affections de l'estomac*, édition 1919, Editions médicales, Paris; — *La Clinique*, fév. 1922.
QUÉNU. *Soc. de chir.*, 1895.
ROWSING. *Dict. Gastro-Koloptosis*, trad. Leipzig 1914.
SÉNÉCHAL. *Bull. de la Soc. méd. du XVII e arr.*, 1922.
WEIR. *New-York med. Journ.*, juillet 1892.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 MARS 1923)

La pyélotomie dans les calculs du rein. — M. P. BAZY présente trois calculs du rein qu'il a extraits récemment par pyélotomie. Il rappelle que, dans une note publiée à l'Académie il y a treize ans, il a préconisé la pyélotomie ou incision du bassinet au lieu de la néphrotomie qui avait alors les préférences des chirurgiens pour l'ablation des calculs du bassinet parce qu'elle est plus simple, moins grave et la guérison plus rapide.

Il montre ensuite avec quelle rapidité peuvent s'accroître les calculs, puisque deux des calculs qu'il présente ont pu être radiographiés à deux stades différents de leur développement. Cette rapidité peut être très grande mais est irrégulière.

Le Wassermann chez les femmes récemment accouchées. — M. BRINDEAU fait faire l'épreuve du Wassermann chez toutes les femmes de son service qui viennent d'accoucher; 10 fois sur 100 la réaction est positive.

Détermination du sexe. — M. ALICH, à cette question : Pourquoi naît-on fille ou garçon? croit aujourd'hui pouvoir répondre. Ce problème qui est posé depuis des siècles ne semble pas insoluble et il mérite d'attirer l'attention de l'Académie.

M. Alich a étudié la question sous un jour nouveau, à la lumière des recherches récentes sur l'état colloïdal. Considérant que chaque nucelle du chromatisme de l'ovule ou du spermatozoïde est en rapport avec certains organes de l'être futur, M. Alich pose comme solution du problème du déterminisme du sexe les trois lois suivantes :

1° Lorsque la quantité des nucelles destinées aux organes génitaux est plus grande chez le spermatozoïde que chez l'ovule, l'embryon est mâle;

2° Dans le cas contraire, l'embryon est femelle;

3° Lorsqu'il y a équivalence, l'embryon est hermaphrodite.

Ces lois se trouvent confirmées par des expériences et des observations depuis des siècles. L'élément sexuel le plus jeune, le plus riche en nucelles, qui sera mis dans des conditions favorables pour vieillir le moins rapidement possible, qui par hérédité sera plus vigoureux dictera donc les sexes au futur embryon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 MARS 1923)

Encéphalite du nourrisson. — M. BARBIER présente un nourrisson de neuf mois qui, au cours d'une encéphalite présente des secousses myocloniques qui sont actuellement traitées par les injections intramusculaires d'urotropine.

Un second cas de compression anévrismatique de la veine cave supérieure avec circulation collatérale complémentaire cave-cave azygotique. Varicosités liminales baso-thoraciques. Les deux types de compression cave supérieure, le type œdémateux et le type phlébectasique. — MM. M. CHIRAY et J. LEBON présentent une malade atteinte de compression cave supérieure par anévrisme de la crosse aortique, cas qui rappelle de très près celui que M. Chiray a présenté, en janvier 1922, avec M. Semelaigne.

Ostéite engainante des diaphyses. — MM. Paul Sainton, Darbon et Luton présentent un malade qui reproduit le type de la maladie décrite, par Rénon et Géraudel, sous le nom d'ostéite engainante des diaphyses.

Elle est caractérisée cliniquement par des poussées douloureuses siégeant aux extrémités osseuses et par des déformations des mains et des pieds qui sont considérablement augmentés de volume, en forme de « battoirs », avec hippocratisme très marqué des doigts, des mains et des pieds (ongles en verre de montre) et diminution de la force musculaire aux extrémités.

Au point de vue radiologique, les images présentées sont comparables à celles de cas, antérieurement observés, surtout celui de Rénon et celui de Finlay-Alexander. Les altérations constatées sur les radiographies portent sur les métacarpiens et les métatarsiens, sur le radius et le cubitus, sur le tibia et le péroné : la lésion exclusivement diaphysaire consiste en un engainement des diaphyses par des manchons plus ou moins épais, présentant souvent à leur surface des petites irrégularités : les surfaces articulaires sont intactes. La selle turcique est normale.

Ces lésions sont en rapport avec une pleuro-pneumopathie chronique évoluant depuis six ans. Les auteurs discutent le rôle de la syphilis, de la tuberculose, des infections secondaires dans les productions de ce syndrome.

L'ostéite engainante doit être considérée comme un premier stade de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique qui donne lieu à des déformations osseuses plus considérables avec production d'ostéophytes à une période plus avancée.

Ils insistent sur l'importance de la formule radiologique pour préciser, pendant la vie, le diagnostic de l'affection.

Sur le pouls veineux et le tracé apexien chez les basedowiens. — MM. Sainton et Mougeot. En prélevant méthodiquement les tracés mécaniques jugulaires et apexiens sur une série de basedowiens avec compensation cardiaque cliniquement satisfaisante, on a pu relever plusieurs faits qui ne semblent pas manquer d'intérêt.

1. La conductibilité intracardiaque est exagérée, l'intervalle auriculoventriculaire est raccourci (action dromotrope positive du sympathique).

2. La durée de la diastole ventriculaire est raccourcie par rapport à la durée de la systole et de la révolution cardiaque (action chromotrope du sympathique).

3. La dépression y du phlébogramme jugulaire disparaît (conséquence de la brièveté de la diastole ventriculaire).

4. Certaines modifications morphologiques du cardiogramme semblent constituer des indices précoces de défaillance fonctionnelle ventriculaire.

Pneumo-péricarde thérapeutique (présentation M. Labbé). — M. Mariano-Castex rapporte un cas de péricardite pneumococcique traitée par des injections d'oxygène dans le péricarde. L'auteur insiste sur la parfaite tolérance de l'injection et sur la possibilité d'empêcher peut-être la création d'une symphyse en pareils cas.

Ectodermose érosive polyorificielle. — MM. Noël Fiessinger, Maurice Wolff, A. Thévenard présentent un malade qui, à la suite d'un syndrome infectieux bénin, a fait à la fois une stomatite érosive diffuse, une conjonctivite congestive diffuse et une balanite, présentant les mêmes caractères d'érosion et de diffusion. Cette maladie évolue chez un syphilitique héréditaire, porteur de perforation de la cloison et d'ichthyose.

La réparation des érosions se fit normalement, sans aucun incident.

Ces auteurs rapprochent ce fait des observations rapportées par Noël Fiessinger et Robert Rendu et que l'on trouve réunies dane la thèse de Berho. Deux types cliniques sont possibles, dans un premier aux érosions muqueuses s'associe une éruption discrète vésiculeuse des quatre membres. Dans le second, les lésions muqueuses évoluent isolément. L'examen bactériologique n'a pas permis aux auteurs de retrouver un agent pathogène constant et l'inoculation à la cornée du lapin est restée négative.

Un cas de méningite vermineuse. — M. Gautier (présenté par M. Guillain).

Encéphalite oculo-léthargique à séquelle parkinsonnienne avec myorythmies chroniques. — M. Reh (présenté par M. Nobécourt).

Quelques réflexions à propos de cas de tuberculose pulmonaire examinés dans un centre de réforme. — M. Brelet (présenté par M. Nobécourt).

Asthme d'origine ovine. Désensibilisation par des cutiréactions répétées. — M. Trabaud (présenté par M. Trémolières).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 3 mars 1923)

La lipodiurèse chez l'homme. — MM. Sicard, Fabre et Forestier. L'élimination de l'iode après l'injection d'huile iodée est très considérable si l'injection a lieu par la voie intratrachéale. Ces essais confirment les expériences de M. le professeur Roger et de M. Binet.

Compression surrénale, transfusion sanguine carotide-jugulaire ; effets toni-cardiaques et hypertenseurs. — M. J. Gautrelet. 1° Il est loisible d'obtenir la mise en circulation du principe sécrété par une glande endocrine comme la surrénale à l'aide d'une simple compression et d'en mettre ainsi en évidence les effets physiologiques.

2° On constate à la suite de la compression d'une surrénale chez le chien la hausse de pression ou les grandes amplitudes cardiaques caractéristiques de l'adrénaline suivant que le chien est atropine ou non. On constate aussi l'hyperglycémie symptomatique.

3° On peut obtenir par transfusion (carotide-jugulaire) d'un chien dont on comprime la surrénale une hausse de pression ou de grandes amplitudes cardiaques chez un second animal dont on enregistre la pression sanguine.

4° On peut interposer un troisième chien et observer les mêmes effets.

5° On peut par transfusion du sang d'un chien hémorragié dissocier les phénomènes : ne pas observer de modification de pression du donneur hémorragié et enregistrer l'augmentation d'amplitude cardiaque du chien transfusé.

6° On se trouve donc bien en présence tant chez les animaux dont on comprime la surrénale que chez ceux qui reçoivent par transfusion le sang d'un animal subissant la même compression, d'effets cardio-vasculaires dont l'origine est purement humorale et relève de la sécrétion surrénale.

7° On peut ainsi démontrer que le produit sécrété par la surrénale n'est pas détruit lors de son passage dans le système artériel aussi bien que veineux, condition nécessaire pour que soit réalisée l'adrénalinémie physiologique.

Intoxication scorpionique et syncope adrénalino-chloroformique. — MM. E. Bardier et A. Stillmunkes. Parmi les agents hypertenseurs, le venin de scorpion d'Algérie dont l'action cardio-vasculaire rappelle celle de l'adrénaline, n'engendre pas de syncope mortelle au cours de l'anesthésie chloroformique.

En outre, l'intoxication scorpinique atténue sensiblement les effets de l'adrénaline sur le cœur et les vaisseaux, et si l'action du venin sur le système cardio-modérateur s'exerce dans le même sens, elle est néanmoins plus complète et définitive. Elle s'oppose aussi à la production de la syncope adrénalino-chloromique. (*Travail du laboratoire de pathologie expérimentale de la Faculté de médecine de Toulouse.*)

Action de l'insuline sur la glycémie critique. — MM. H. Chabanier, M. Lebert et C. Lobo-Onell, ont préparé un extrait alcoolique très actif de pancréas de cheval qui, à la dose d'un demi-centimètre cube fait baisser de plus de 50 p. 100 la glycémie du lapin à jeun.

L'injection de cet extrait à l'homme normal ou diabétique, est indolore et provoque les effets observés par les auteurs américains.

1° Chute de la glycémie.

2° Suppression de l'hyperglycémie alimentaire (et, ajoutons-le, de la glycosurie alimentaire, son corollaire).

De plus, ils ont constaté que cet extrait abaisse le taux de la glycémie critique. Bien que la glycémie baisse, l'acétone

au lieu d'augmenter, diminue ou disparaît, tandis que, contrairement encore à ce qui a lieu lorsque la glycémie baisse, la quantité de CO^2 exhalée augmente. L'insuline augmente donc la consommation du glucose en fonction du taux de la glycémie : en d'autres termes, il y a abaissement de la glycémie critique.

Cette baisse est momentanée, comme les auteurs l'avaient signalé antérieurement (1920), concernant l'action des extraits glycérinés de pancréas.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1923)

A propos de la cellulite vertébrale. — M. ALQUIER. Comme dans toute cellulite, la cellulite cervicale succède à une lymphangite éteinte ou la remplace. Elle résulte d'ordinaire d'une infection naso-pharyngienne ou d'une lymphangite propagée le long du rachis, du thorax et de l'abdomen. La cellulite devient douloureuse, lorsqu'elle occupe la région des apophyses transverses.

M. FORESTIER décrit deux sortes de formations cellulitiques de la région cervicale postérieure : nodosités au niveau de l'apophyse postérieure de l'atlas, épaississement en cordon de la gouttière cervicale ; elles ne sont reconnues que par un palper minutieux et donnent lieu à des névralgies cervico-occipitales et brachiales.

M. HARTENBERG a fait, il y a dix-sept ans, un travail sur la céphalée cellulitique. La cellulite envahit tous les tissus de la région cervicale, peau, muscles, tendons, etc., et de même, siège dans toutes les autres régions du corps, donnant lieu à des troubles variés.

L'insuffisance vertébrale. — M. RŒDERER sépare de cet ancien syndrome rachidien comprenant un grand nombre d'affections, la maladie des couturières qui frappe les femmes de dix-huit à quarante-cinq ans, caractérisée par des douleurs de la région interscapulaire, survenant par crises, réveillées par la pression profonde et prolongée de cinq à six vertèbres consécutives, et des muscles des masses latérales avec peu de contracture, due au relâchement musculaire et à l'élongation consécutive, au long maintien de la flexion en avant.

Traitement : court stade de repos et entraînement musculaire.

Le nez de clown, correction sans cicatrice. — M. BOURGUET corrige le nez de clown, dans lequel le lobule nasal fait saillie au-dessus de l'arête nasale par une dissection sous-cutanée de tout le cartilage de l'aile du nez et par une ablation d'une partie de ce cartilage en dehors et en dedans, ce qui ramène le lobule à sa hauteur normale et rétrécit les orifices narinaires.

Faux oreillons congestifs. — M. LÉOPOLD-LÉVI apporte six cas de gonflement parotidien pris pour des oreillons ; ils en diffèrent par l'unilatéralité habituelle, l'évolution rapide, le manque de fièvre, la répétition, l'absence de contagiosité : il s'agit d'angiocriniens parotidiens. Ces cas permettent des déductions à propos de ptyalisme dans la grossesse, de l'élimination d'hormones iodées par la salive, etc.

L'acide éther-monométhylorthophosphosalicylique. — C'est un corps synthétique nouveau que présente M. GAUTRELET : Destiné à la médication sédative, du même ordre chimique que l'aspirine, ce corps présente, sur elle, les quatre avantages suivants : il ne coagule pas l'albumine, et ne trouble pas ainsi la digestion gastrique et la perméabilité rénale ; il est plus sédatif, possédant une fonction méthyl, il est tonique pour les systèmes nerveux et musculaire, offrant un noyau phosphoré organique, il jouit de propriétés diurétiques. Posologie : celle de l'aspirine diminuée de moitié ; 1-2 grammes par jour en comprimés ou cachets de 0g50 pris aux repas.

Transfusion blanche et pyothérapie. — M. ROSENTHAL présente la documentation justificatrice de ses recherches sur la transfusion blanche, il analyse les travaux antérieurs faits sur ce sujet.

A propos de l'épilepsie. — M. GOUBEAU comme conclusion des discussions précédentes, estime que la syphilis n'est pas toujours, mais souvent, la cause de l'épilepsie, qu'une enquête minutieuse individuelle et familiale s'impose, que l'épilepsie héréditaire est un indice presque certain de syphilis, que le traitement spécifique doit être institué dans les cas douteux, d'abord prudemment, puis énergiquement : traitement d'épreuve ne veut pas dire diminutif de traitement.

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1923)

Le jeûne thérapeutique. — M. NATIER a guéri, après un jeûne de huit jours consécutifs, une femme de soixante et un ans, atteinte de laryngite et aphone depuis dix mois ; le larynx est revenu normal après disparition d'un gonflement solide présumé tuberculeux qui immobilisait tout son côté droit et obstruait les deux tiers de son ouverture, et causait tous les troubles qui ont disparu : aphonie, fatigue, toux, suffocation, douleurs à la déglutition, etc.

A propos de l'insuffisance vertébrale. — M. LANCE distingue dans ce syndrome deux groupes différents : 1° les dos faibles, insuffisants musculaires justiciables de la gymnastique ; 2° les cas d'origine infectieuse aggravés par la gymnastique et guéris rapidement par le décubitus ou la mise en corset.

La gastroptose. — M. PAUCHET présente deux cas de gastroptose, l'un guéri par gastropexie, l'autre guéri sans intervention par la gymnastique respiratoire seule ; il faut toujours commencer par ce traitement médical et physique ; le traitement chirurgical ne doit intervenir qu'en ce cas d'échec (5 p. 100 des cas).

Pince porte-aiguille de radium. — M. OPPERT présente une pince porte-aiguille de radium calibrée pour l'emploi des aiguilles de platine de 1mm5 de D. Cet instrument permet de faire disparaître entièrement dans les tissus l'aiguille radifère avec une grande précision. Elle est utilisable au travers du rectoscope.

La diathermie dans le traitement des troubles circulatoires généraux. — M. LAQUERRIÈRE étudie l'action des courants de haute fréquence, appliqués sur la région cardiaque, sous forme de diathermie ; l'élévation de la température de la masse sanguine ainsi déterminée, permet d'améliorer un grand nombre de troubles de la circulation, soit par vaso-dilatation périphérique, soit par action sur les branches sympathiques accolées aux troncs artériels.

Maladies parasitaires ou microbiennes traitées au moyen de la centrothérapie de Bonnier. — M. KLOTZ-GUÉRARD cite une quinzaine de cas d'affections parasitaires ou microbiennes (tuberculose, blennorragie, coqueluche, tœnia) traités par la méthode de Bonnier avec succès (galvanopuncture nasale).

Examen chimique de l'activité de la thérapeutique iodée-antibacillaire. — M. HUERRE montre que la thérapeutique iodée intensive anti-bacillaire consiste à administrer du lait additionné de teinture d'iode. Mais la presque totalité de l'iode est transformée en iodures ; c'est en réalité une forme d'administration des iodures. Les résultats sont néanmoins satisfaisants.

Traitement physiothérapique des formes réductibles de la stase intestinale chronique. — MM. LOEPER et BAUMANN. Ces formes incomplètes, réductibles, dues soit à des adhérences, soit plus souvent à des positions vicieuses du côlon transverse, sont justiciables du massage, de la spondylothérapie, de la gymnastique diaphragmatique, manœuvres qui viennent à bout de la coprostase rebelle, à condition de prolonger leur emploi. Les cures hydrominérales, Châtel-Guyon, Plombières, Néris, Vichy, Brides peuvent aussi apporter un concours efficace.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 25. — MARDI 27 & JEUDI 29 MARS 1923. 96e ANNÉE. MARDI 27 & JEUDI 29 MARS 1923. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Macaigne, Ravaut, Marfan, Nobécourt, Guinon, Wiart, qui acceptent; Béclère, Brocq, Guillemot, Thiroloix, de Massary, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Un arrêté en date du 15 mars 1923 porte que le tableau annexé à l'arrêté du 19 décembre 1922, et fixant la constitution des jurys des diverses sections de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie pour les concours qui auront lieu en 1923, est modifié ainsi qu'il suit en ce qui concerne le jury du concours d'agrégation de médecine (11 membres) :

Faculté de Paris. — Sans changement.

Facultés des départements. — Trois professeurs de clinique générale ou de pathologie interne, deux professeurs de cliniques spéciales, un professeur de pathologie et thérapeutiques générales, ou d'anatomie pathologique, ou de thérapeutique, ou d'hygiène et de bactériologie.

— Un autre arrêté, en date du 22 mars 1923, porte que l'arrêté du 15 janvier 1923, complétant celui du 19 décembre 1922, est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour chacun des jurys à constituer, les professeurs qui ont été, en 1920, désignés par le sort pour faire partie du jury, seront classés après ceux de leurs collègues n'ayant pas été appelés à siéger dans le même jury. »

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées aux personnes dont les noms suivent pour services rendus à la mutualité :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Moret (de Paris) et Nollet (de Bougival).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Bernheim, Cognet, Gololian, Hahn, Jeannin, Le Pendu, Moreau et Sriber (de Paris), Chabrol (de Châlus), Guedeney (de Clichy), Tartarion (de Malakoff) et Vallée (de Bagnolet).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Eloge de Pasteur, par M. le docteur Mauclaire, président, le mercredi 18 avril, à 3 h. 3/4.

L'**ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS** vient de tenir son assemblée générale annuelle à la Faculté de médecine de Paris. Elle a renouvelé son bureau qui est ainsi constitué : président, le professeur Cruchet (de Bordeaux); vice-présidents, les docteurs Vitoux (de Paris) et Camescasse (de Saint-Arnoult); secrétaire général, le docteur Garrigues; trésorier, le docteur Viel.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — La Maison des étudiants vient de recevoir les étudiants écossais. M. Roger, doyen de la Faculté de médecine et docteur *honoris causa* de la Faculté d'Edimbourg, entouré de plusieurs professeurs, a assisté à cette réception et prononcé une allocution. M. Crouzat, président de la section de médecine de l'Association générale des étudiants, a souhaité la bienvenue aux jeunes hôtes du quartier latin.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Albert Masson (de Lyon), ancien député.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le professeur Pierre Sebileau, directeur des travaux scientifiques). — Conférences de bactériologie clinique avec travaux pratiques. — Le cours de bactériologie clinique (avec travaux pratiques), en seize leçons, par M. le docteur Georges Faroy, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire, assisté de M. J.-R. Pierre, chef de laboratoire adjoint, commenrera le 9 avril 1923 à 2 heures et continuera les lundi, mercredi et vendredi à la même heure.

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des élèves admis comme auditeurs n'est pas limité. Trente élèves seront seuls admis aux manipulations.

Droit d'inscription : 150 francs.

— Un cours hors série d'opérations chirurgicales (gynécologie), en dix leçons, par M. le docteur Jean Quénu, prosecteur, commencera le lundi 9 avril 1923, à 2 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 150 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le lundi 9 avril, à 10 h., amphithéâtre de l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), sur « Présentation de malades », et le jeudi 12 avril, à 16 h., grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur « Psychanalyse ».

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE. — Sous la direction du professeur Auguste Broca, le docteur R. Massart, assistant d'orthopédie, fera à l'hôpital des Enfants-Malades, une série de quinze leçons sur « les traumatismes du squelette chez l'enfant ».

Ce cours, essentiellement pratique, comprendra un exposé des fractures et des décollements épiphysaires, illustré des nombreuses radiographies des malades traités dans le service, ainsi qu'une étude des traitements employés et des résultats éloignés obtenus.

Les leçons auront lieu tous les jours de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2, à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon de la clinique), du 10 avril 1923 au 26 avril 1923 ; elles s'adressent, plus particulièrement, aux élèves à la fin de leur scolarité et aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà des notions de pathologie osseuse.

Droit d'inscription : 150 francs. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté où on se fait inscrire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INAUGURATION DU MUSÉE LANDOUZY

Cette inauguration a eu lieu sous la présidence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène. Au bureau avaient pris place MM. Roger, doyen de la Faculté, les professeurs Marcel Labbé, Léon Bernard, Carnot, Mme Déjerine, le docteur Jacquinet, directeur de l'Ecole de médecine de Reims et le professeur Charles Richet, de l'Institut.

M. Roger remercia le ministre, rappela les services rendus à la Faculté par Landouzy comme doyen et insista sur son généreux don.

Le professeur Léon Bernard, dans un bel éloge du maître, a rappelé la partie de son œuvre relative à l'hygiène et à la prophylaxie.

Le professeur Marcel Labbé a particulièrement insisté sur ses découvertes les plus originales telles que la nature tuberculeuse de la pleurésie, les rapports de l'érythème noueux, de certaines manifestations arthritiques avec la tuberculose, la typho-bacillose, etc. ; ses recherches sur la syphilis, en collaboration avec Fournier, sur le système nerveux avec Déjerine, les maladies infectieuses au sujet desquelles, très friand de néologismes, il créa les mots de pneumococcie et staphylococcie. C'est ainsi que son influence fut considérable, que son œuvre restera. Landouzy fut un grand médecin qui honora la science française.

M. Carnot, professeur de thérapeutique, s'applique, comme tel, à envisager surtout l'œuvre thérapeutique du maître. Il rappelle que, nommé professeur de cette chaire, il apporta, à cet enseignement, une ardeur toute juvénile. Ses premières leçons furent consacrées à la sérothérapie qui venait à peine de naître. La physiothérapie, la thérapeutique hydro-minérale et climatique lui doivent aussi beaucoup. M. Carnot rappelle ses voyages, chaque année, dans les diverses stations où il fut si bien secondé par Carron de la Carrière.

Enfin, M. Carnot rappelle également la part que prit Landouzy à tous les congrès où il fut toujours si acclamé et où il représenta toujours si dignement et si brillamment la médecine française.

Mme Déjerine, en termes très touchants, rappelle la grande amitié qui unissait Landouzy à son regretté mari, les soins si dévoués qu'il ne cessa de lui donner jusqu'à sa mort, l'extrême bonté, la générosité de Landouzy. Elle n'oublie pas de rappeler le bienveillant appui qu'il apporta aux premières femmes qui étudièrent la médecine ; c'est à lui qu'elles doivent d'avoir pu aborder l'internat.

Mme Déjerine et son mari connurent Landouzy en 1881, alors que, brillant agrégé, il remplaçait, pendant les vacances, le professeur Hardy (1).

Le docteur Jacquinet, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, pays natal de Landouzy, rappelle le rôle important joué par son grand-père et son père, à l'Ecole de médecine de cette ville. C'est là, aussi, que Landouzy fit ses études et commença sa brillante carrière. M. Jacquinet rappelle combien Landouzy resta toujours fidèle à ses compatriotes.

M. Richet donne lecture d'une lettre fort touchante de M. Bourgeois qui s'excuse de n'avoir pu répondre à l'invitation de M. le doyen, qui rappelle la vive amitié qui l'unissait à Landouzy et la grande admiration qu'il avait pour son talent, sa vaste érudition et son beau caractère ; puis dans une charmante improvisation, M. Richet rappelle les liens d'affection qui l'unissaient à Landouzy dont il fit la connaissance à l'hôpital Beaujon où il était interne. Déjà, à cette époque, Landouzy s'était concilié l'estime et l'affection de tous ses camarades. Déjà aussi, Landouzy était autoritaire et savait se faire écouter des élèves et des malades. M. Richet nous retrace un joli portrait de ce travailleur acharné, de ce chercheur infatigable, de ce vif esprit, aussi éloigné du pessimisme détestable que de l'optimisme exagéré. Il avait du vrai médecin toutes les vertus. Il n'est plus, mais son œuvre restera.

M. le ministre de l'Hygiène et de la prévoyance sociale s'associe de tout cœur aux éloges si mérités, si éloquents dont Landouzy vient d'être l'objet. M. Strauss tint à rappeler le rôle important que joua Landouzy, dans la lutte contre la tuberculose, ses heureuses incursions dans les questions d'hygiène et de prophylaxie, et les éminents services qu'il a rendus. Ce fut, dans toute l'acception du mot, un maître dont l'enseignement a été des plus utiles à l'humanité et au pays.

Cette cérémonie, dans sa simplicité, a été très belle et très touchante. Landouzy, cette grande figure médicale, a été loué, comme il le méritait, par d'anciens élèves devenus maîtres à leur tour et plus particulièrement compétents pour apprécier son œuvre.

A. BROCHIN.

(1) Qu'on veuille bien nous permettre ici un souvenir personnel ! A cette même date que vient de rappeler Mme Déjerine, j'assistai un matin, avec mon père, à une de ces leçons de Landouzy à la Charité qui avaient d'ailleurs un grand succès. Un peu étourdi par la brillante éloquence, la rapide et facile élocution du jeune maître, je fis part à mon père de mes impressions. Ecoute-le, me répondit-il, il ira loin. Ce jour-là mon père a fait un bon pronostic puisque Landouzy a atteint la cime la plus élevée de notre profession.

NOTE DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

RADIUMLOGIE — RADIUMTHÉRAPIE

Par Simone LABORDE,

CHEF DU LABORATOIRE DE RADIUMLOGIE A L'HOSPICE PAUL BROUSSE.

GÉNÉRALITÉS. PHYSIOBIOLOGIE

Les effets des rayons X et du radium sur le sang et la santé générale des radiologistes. (G. E. Pfahler (Philadelphie). *Amer. Journ. of rœntg.*, oct. 1922, n° 10, p. 647.) — La mort de trois membres du personnel du « Radium Institute » de Londres a été attribuée à leurs occupations habituelles et a attiré l'attention sur le danger des radiations. J. C. Mottram fut à ce propos chargé de recherches spéciales sur les effets du radium sur le personnel de l'Institut. Pendant un an il fit l'examen du sang pour chacun des travailleurs et il montra que ceux-ci sont sujets à des modifications en rapport avec le temps d'exposition aux radiations.

Plus récemment, Mottram, ayant examiné 40 adultes dont 20 s'occupaient plus spécialement du radium et 18 des rayons X, a trouvé un nombre de lymphocytes et de polynucléaires anormalement bas, particulièrement chez les spécialistes du radium. Les rayons γ du radium agissent sur la moelle osseuse tandis que les rayons X, moins pénétrants, marquent leurs effets plus spécialement sur les lymphocytes et le tissu lymphoïde qui ne sont pas protégés par les os.

En novembre 1921, l'auteur a proposé à la réunion de la « Philadelphia Rœntgen Society » que les radiologistes fassent une étude de leur sang, en sollicitant autant que possible la contribution à cette recherche de tous les radiologistes américains ; 1.000 circulaires furent distribuées comportant un certain nombre de questions relatives à l'âge, aux occupations du radiologiste et aux détails analytiques de l'examen du sang.

De l'ensemble de ces examens, on peut tirer les conclusions suivantes :

L'exposition aux rayons X ou au radium s'accompagne à la fois d'une leucopénie modérée, d'une lymphocytose relative et parfois d'une éosinophilie.

La pression sanguine est communément assez basse chez les radiologistes mais ne semble pas s'accompagner de symptômes définis.

L'asthénie quelquefois notée peut être attribuée parfois au surmenage et aussi probablement au séjour dans une atmosphère confinée sans aération et sans repos suffisant.

Les modifications de la peau constatées chez les radiologistes ne sont pas en augmentation et existaient surtout chez les premiers spécialistes n'ayant pas de moyens de protection suffisants.

La protection complète ne peut pas être obtenue.

Une protection de plus en plus efficace est nécessaire pour les spécialistes qui utilisent le radium ou les rayons X de haut voltage.

Un film porté dans la poche pendant deux semaines donnera une bonne indication d'une exposition excessive aux rayons ; s'il est voilé, c'est que la protection est insuffisante.

Diminuer les heures d'exposition aux rayons et augmenter l'aération et le repos peuvent atténuer les symptômes déjà observés et prévenir les troubles futurs.

La radiosensibilité des néoplasmes malins dans ses relations avec les fluctuations de la multiplication cellulaire. (Cl. Regaud. *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 6 mai 1922, p. 993.) — Par des recherches expérimentales sur la radiosensibilité du testicule, et publiées antérieurement (*C. R. de la Soc. de biol.*, 8 avril et 29 avril 1922), l'auteur a montré que les effets biologiques n'étaient pas les mêmes suivant que l'on pratique une irradiation unique de forte intensité pendant un temps court ou une irradiation de faible intensité pendant un temps long. La prolongation de l'irradiation permet la stérilisation à dose totale moindre.

Dans le traitement d'un grand nombre de cancers une irradiation prolongée (six à quinze jours) donne de meilleurs résultats que la même dose donnée en un temps court. Entre les cellules de la lignée spermatique et celles du cancer, il y a des analogies qui s'avèrent particulièrement à l'égard des irradiations ; dans l'un et l'autre cas, le rythme de la multiplication cellulaire est sensiblement analogue, « les cellules passant par des moments de radiosensibilité exquise séparés par des durées de sensibilité moindre ». Une irradiation de longue durée a plus de chance de frapper un plus grand nombre de cellules souches du cancer à leur stade de division, c'est-à-dire au moment de leur plus grande radiosensibilité.

L'auteur pense que les résultats les meilleurs et à dose moindre sont obtenus lorsque la durée du traitement est comprise entre six et quinze jours (*C. R. de la Soc. de biol.*, 20 mai 1922.)

Action sur les microbes du rayonnement secondaire des rayons X et du radium. (J. Cluzet, A. Rochaix, T. Kofman (Lyon). *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, t. XX, n° 4, p. 548.) — On est tenté d'expliquer l'action biologique des radiations par le choc des électrons sur les atomes constituant les cellules.

Presque tous les expérimentateurs ont constaté que les rayons X et les rayons γ du radium n'ont aucune action importante sur les microbes bien que ces éléments soient doués d'un pouvoir reproducteur considérable. Si on recherche un effet bactéricide, on est conduit à augmenter l'effet électronique sur les microbes en utilisant le rayonnement secondaire fourni par des *radiateurs* placés au contact des éléments que l'on veut détruire.

Guidés par cette idée, les auteurs étudient d'abord l'action des rayons secondaires du radium. Ils utilisent 50 milligrammes de bromure de radium contenus dans un tube à paroi de platine de 0mm5 d'épaisseur ; les rayons γ traversent seuls la paroi de platine dont la face émergente constitue un foyer d'émission des rayons β secondaires. Dans ces conditions, une colonie microbienne jeune peut être détruite (bacille pyocyanique, bacille d'Eberth). La durée d'irradiation doit être de sept à douze jours. La dose bactéricide est variable avec l'espèce microbienne ; elle n'est pas immédiate et demande pour se manifester une certaine période de latence.

Lorsqu'on élimine les rayons secondaires du platine au moyen d'un écran de verre de 1 millimètre d'épaisseur, on constate que les rayons γ sont inoffensifs. Les rayons β secondaires frappant des microbes à l'état de vie ralentie peuvent produire leur inhibition ou leur destruction. Avec des cultures âgées de vingt-quatre heures, l'action des rayons secondaires est nulle.

L'action des rayons secondaires produits par les rayons X est plus difficile à étudier, car elle est conditionnée par le choix convenable des rayons primaires excitateurs et du poids atomique des radiateurs. Avec les rayons primaires mous on observe un effet inhibiteur et même stérilisant en utilisant des radiateurs à poids atomique relativement faible (aluminium, colbalt, nickel). En augmentant le poids atomique du radiateur l'action bactéricide diminue.

Avec des rayons primaires pénétrants, on n'obtient pas de rayonnement secondaire microbicide par excitation d'un radiateur de poids atomique très faible ou très élevé.

Divers échantillons colloïdaux utilisés comme radiateurs ont donné des résultats négatifs.

Les rayons secondaires du radium comme ceux des rayons X n'ont aucun effet infertilisant sur les milieux de culture et ne semblent pas troubler les diverses propriétés fermentatives des microbes sur les sucres.

En résumé, ce très intéressant travail confirme les travaux antérieurs et permet d'attribuer l'action microbicide aux rayons corpusculaires X ou β. Mais, pratiquement, cette action est insuffisante pour amener la stérilisation microbienne au cours des irradiations thérapeutiques.

La sensibilité du tissu osseux vis-à-vis des radiations et le mécanisme des ostéo-radionécroses. (Cl. REGAUD. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, juillet 1922, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, oct. 1922, n° 10, p. 485.) — Le tissu osseux passe pour le plus réfractaire à l'action des radiations. Seuls, les os en état de développement ou de croissance ou de réparation sont vulnérables par les radiations.

Toutefois, lorsque les os sont envahis secondairement par un épithélioma, ils deviennent vulnérables. L'épithélioma non irradié évoluant dans une pièce osseuse, ou bien autour d'elle, n'en amène pas ordinairement la nécrose, l'os se désagrège et s'élimine peu à peu. Inversement, on observe des ostéo-nécroses en territoire cancéreux stérilisé par les radiations chez des malades qui ont guéri.

L'auteur pense que l'os adulte normal est notablement plus vulnérable que le derme, quand il est traversé par des radiations de courte longueur d'onde. L'os normal peut être atteint de radionécrose, en particulier, lorsqu'il est en communication avec un milieu infecté.

La production de rayons secondaires qui se forme dans un os normal, chargé de corps à poids atomique élevé, explique la vulnérabilité du tissu osseux.

L'ostéo-radionécrose s'observe le plus souvent à l'occasion des cancers de la tête, en raison de la facilité d'infection des régions irradiées. A noter l'absence ou la très grande lenteur de l'élimination des parties osseuses modifiées.

Observations sur l'action du radium et des rayons X sur les mononucléaires du sang des rats. (C. MOTTRAM. *Proceedings of the Royal Society of medicine*, vol. XV, fév. 1922, n° 4, p. 19.) — Il a été démontré que l'exposition des rats aux rayons X est suivie, au bout d'une heure, d'une diminution de 50 p. 100 dans le nombre des lymphocytes circulant et qu'une seconde exposition n'a pas d'effet sur les lymphocytes restant dans la circulation, jusqu'à ce que leur nombre soit de nouveau à peu près normal. Ce résultat, pour lequel l'effet n'est pas proportionnel au dosage, n'a pas reçu d'explication. Il suggère qu'il y a deux espèces de lymphocytes : l'une très sensible aux radiations, et l'autre comparativement résistante. On a observé que la diminution des mononucléaires restant dans la circulation après l'irradiation était plus grande que celle des animaux normaux. Les expériences très précises de l'auteur lui ont montré que :

1° Durant la période de régénération pendant laquelle l'animal n'est pas sensible à une seconde irradiation, peu de petits mononucléaires réapparaissent dans la circulation, tandis qu'un retour à la sensibilité s'accompagne de la réapparition des petits mononucléaires.

2° Quelques expériences furent faites sur les animaux atteints de lymphopénie due à une diète exempte de vitamine. Ces animaux ont un plus petit nombre de petits lymphocytes que les animaux normaux. Exposés au radium, la baisse du nombre des mononucléaires circulant fut moindre que chez les animaux normaux.

De ces expériences, l'auteur conclut que les petits mononucléaires sont spécialement sensibles aux radiations, ainsi que le montre leur disparition de la circulation périphérique, après exposition de l'animal aux radiations.

Effets produits sur les plaquettes sanguines par l'exposition au radium. (J. C. MOTTRAM. *Proceedings of the Royal Society of medicine*, vol. XVI, janv. 1923, n° 3, p. 9.) — L'exposition prolongée au radium apporte une baisse importante dans le nombre des plaquettes sanguines, suivi d'un retour à la normale, puis d'une élévation au-dessus de la normale, et finalement d'un second retour au chiffre normal.

Lorsque le chiffre normal est atteint, les petites doses répétées de radium donnent naissance à une première élévation dans le nombre des plaquettes, élévation qui ne se maintient qu'un petit nombre de jours.

Réactions locales et générales de l'organisme, au cours du traitement des cancers du col de l'utérus par les rayons X et γ. (G. ROUSSY, S. LABORDE, R. LEROUX et E. PEYRE. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, t. XI, juillet 1922, n° 7.) — D'une série de recherches pratiquées sur des malades atteintes de cancer du col de l'utérus et traitées par les radiations, les auteurs ont tiré les conclusions suivantes :

1° L'étude par biopsie en série d'un cancer du col de l'utérus, au cours du traitement radiothérapique, et celle des réactions hématologiques également poursuivies en série, donnent des renseignements qui marchent de pair et qui revêtent des types très différents suivant que l'évolution se fait vers la guérison ou vers l'envahissement progressif et la mort.

2° L'étude locale des réactions histologiques d'une tumeur, et notamment l'étude de son stroma conjonctif et de ses vaisseaux, semblent comporter des éléments de pronostic importants. C'est ainsi que l'altération du stroma avec lésions fibrinoïdes et flammèches nécrotiques, *avant* tout acte thérapeutique, doit être interprétée comme un élément de pronostic défavorable. Par contre, un stroma intact peut se trouver momentanément lésé après l'action du radium, mais bientôt apparaissent les symptômes d'une cicatrisation rapide.

3° L'examen du sang des cancéreux paraît fournir un moyen de prévoir et de suivre les réactions générales de l'organisme au cours du traitement par les radiations. En effet, il ne faut pas seulement tenir compte des phénomènes de radiosensibilité et de l'action locale des rayons sur le néoplasme, mais il est important aussi de connaître la manière dont l'organisme réagit, pour en tirer des déductions pronostiques et des indications dans le mode de traitement à instituer.

Lorsque, *avant tout traitement*, la formule hématologique est défavorable, l'irradiation par les rayons X ou γ du radium, pratiquée avec la technique et les méthodes habituelles, a tendance à accentuer les troubles généraux. Il y aura donc lieu, dans ce cas, d'agir avec prudence et de modifier le mode habituel de distribution des doses de rayonnement.

Lorsque, *avant tout traitement*, la formule hématologique est favorable, l'irradiation peut en amener momentanément l'altération, mais celle-ci est, en général, passagère et le pronostic reste bon.

Cf. — Quelques recherches sur la production expérimentale du cancer par le radium. (W. S. LAZARUS-BARLOW. *Proceedings of the Royal Society of medicine*, vol. XV, avril 1922, n° 6, p. 25.)

Rayonnement mou et rayonnement dur en curiethérapie du cancer utérin. (A. LACASSAGNE. *Presse méd.*, 15 avril 1922.)

NÉOPLASMES

Le traitement du cancer de la langue. (R. PROUST, L. MALLET, A. MAURER, S. DE NABIAS. *Congrès pour l'avancement des sciences*, juillet 1922; *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. VI, oct. 1922, n° 10, p. 463.) — Le traitement réglé par les auteurs comporte :

a. L'exérèse ganglionnaire accompagnée de la ligature de la carotide externe.

b. La destruction du néoplasme par la curiethérapie.

c. La radiothérapie pénétrante de la région cervicale et maxillo-faciale.

La ligature artérielle, suivant l'opinion des auteurs, favorise la radiumpuncture et le curetage ganglionnaire prévient l'essaimage consécutif à l'application de radium. Cette intervention est pratiquée sous-anesthésie rectale.

Après l'intervention, on pratique l'application de radium. Elle doit durer environ deux cents heures pour une tumeur

de dimensions d'une noisette ou d'une petite noix; il faut appliquer 16 milligrammes de radium-élément, soit environ huit petits tubes. On les place après anesthésie régionale du nerf lingual.

On pratique ensuite une application de radiothérapie pénétrante sur la région cervicale et la région correspondante au plancher buccal.

La radiumthérapie dans le traitement du cancer de la langue. (BAYET et SLUYS (Bruxelles). *Le Scalpel*, 26 août 1922, n° 34.) — A l'heure actuelle, un certain nombre de spécialistes sont partisans de la radiumpuncture de la tumeur précédée de l'exérèse chirurgicale des ganglions. C'est la méthode préconisée par Proust et ses collaborateurs. Les auteurs sont au contraire partisans de l'emploi des radiations pour le traitement des masses ganglionnaires.

Ils décrivent leur technique qui comprend trois temps :

1° Irradiation préventive des ganglions du cou par la radiothérapie pénétrante;

2° Dix jours plus tard, curiepuncture du néoplasme lui-même;

3° Après deux ou trois mois pendant lesquels le malade est attentivement surveillé, seconde irradiation des régions ganglionnaires. Les auteurs citent 12 cas qu'ils ont traités de cette manière avec les résultats suivants : 3 morts, 1 échec complet et 8 résultats satisfaisants, ces derniers se maintenant depuis six à dix-huit mois.

Rapport sur la curiethérapie et la rœntgenthérapie dans le cancer du larynx. (REGAUD, COUTARD et HAUTANT. *Congrès intern. d'otol.*, Paris, 19-22 juillet 1922.) — Les conclusions auxquelles arrivent les auteurs sont les suivantes :

La *curiethérapie* par introduction de foyers dans la cavité intralaryngée par les voies naturelles est un traitement périmé.

La radiumpuncture au moyen d'aiguilles métalliques est un mauvais procédé à cause des conditions anatomiques locales.

La radiumpuncture par tubes nus d'émanation a donné de bons résultats entre les mains de chirurgiens du Memorial Hospital de New-York. Ce procédé n'est applicable qu'à de très petits néoplasmes. Il semble qu'il y ait avantage à le pratiquer directement après laryngo-fissure.

Un grand avenir paraît réservé à la curiethérapie par foyer extérieur à grande distance avec forte filtration et l'emploi de grosses doses.

La *rœntgenthérapie* par rayons de très courte longueur d'onde fortement filtrés, réalisant une irradiation égale dans toute l'étendue du territoire néoplasique, paraît devoir être, jusqu'à possibilité de la curiethérapie efficace par foyer extérieur, un procédé radiothérapique de choix dans le cancer endolaryngé.

Aucun jugement décisif ne peut être émis jusqu'à ce qu'un temps suffisant se soit écoulé.

La meilleure conduite du traitement comporte le traitement unique étalé sur une durée suffisamment longue.

Dans les petits cancers endolaryngés nul n'est en droit de préconiser l'abandon de la chirurgie en faveur des radiations.

Dans les cas à la limite de l'exérèse économique et dans ceux qui exigeraient la laryngectomie totale, il est permis de recommander la radiothérapie.

Les méthodes radiothérapiques sont d'ailleurs aussi difficiles à mettre en œuvre parfaitement que peut l'être la méthode chirurgicale.

A côté des considérants d'ordre purement scientifique, il y a donc lieu de tenir compte de la valeur relative des moyens matériels et des opérateurs.

Traitement du cancer du larynx par chirurgie et par irradiations (rayons X et radium). (M. TAPIA (de Madrid). *Congrès intern. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 19-22 juillet 1922.) — Le traitement du cancer du larynx doit rester avant tout chirurgical. Il existe bien quelques cas de cancers laryngés guéris par les radiations, mais le plus souvent celles-ci n'arrêtent pas le développement du néoplasme et parfois elles peuvent l'aggraver. On serait donc en droit d'utiliser l'irradiation :

1° Dans les cas où le malade se refuse à toute intervention

2° Comme adjuvant à l'acte chirurgical;

3° Dans les cas nettement inopérables.

L'auteur a traité 66 malades en utilisant, soit le radium par applications externes et intralaryngées, soit la rœntgenthérapie, soit les deux méthodes associées. Chez les malades soumis exclusivement au traitement par les radiations, il a observé 2 guérisons datant de trois et neuf mois sur 25 cas qui étaient encore opérables. Aucune guérison sur 14 cas inopérables.

Les résultats semblent meilleurs chez les malades où l'on a associé le traitement chirurgical et l'irradiation. Après laryngotomie, 11 malades furent irradiés; 5 d'entre eux traités il y a trois ans semblent actuellement guéris. Un seul a été traité par application de radium intralaryngé après extirpation de la tumeur. La guérison date de quatre ans; 2 cas seulement ont récidivé.

Le traitement des récidives par radiothérapie a donné 2 cas de guérison sur 16 cas observés.

L'auteur fait suivre son mémoire de réflexions sur la chirurgie du larynx, et il décrit avec soin la technique qu'il emploie pour pratiquer la laryngectomie.

Deux cas de cancer primitif du vagin traités par le radium. (Henri POUEY (Montevideo). *La Gynécologie*, 1922, p. 672.) — La première de ces deux observations concerne une vaste ulcération vaginale traitée par trois applications de 4.800 milligrammes-heure de bromure de radium, soit 14.400 milligrammes-heure en tout; filtre : 0mm5 de platine, 0mm5 d'argent et 1 millimètre de plomb enveloppés dans de la gaze pendant vingt-quatre heures, ces applications étant pratiquées à six semaines d'intervalle. La guérison obtenue dure depuis huit ans.

La seconde observation concerne un néoplasme en chou-fleur ayant envahi toute la paroi postérieure du vagin. Après curetage du chou-fleur, la malade fut soumise à deux applications de radium représentant 2.808 milligrammes-heure de bromure de radium chacune. La guérison obtenue s'est maintenue pendant près de trois ans, après quoi la malade mourut vraisemblablement à la suite de métastases pelviennes.

La première malade a été traitée quatre mois seulement après le début de sa maladie, alors que la seconde l'a été après un an. De plus, la dose employée a été pour la première beaucoup plus forte que pour la seconde. Ces raisons permettent peut-être d'expliquer la différence des résultats obtenus : guérison dans le premier cas alors que pour le second on n'a pu obtenir que la guérison de la localisation initiale et l'arrêt momentané de la marche de la maladie. L'auteur conclut que, au moins provisoirement, et jusqu'au moment où l'on trouvera des moyens sûrs de détruire les métastases, il faut, si l'on veut faire de la radiothérapie utile :

1° Employer de fortes doses;

2° Attaquer le mal dès le début.

Le radium dans le cancer de la prostate. Rapport concernant 217 cas. (H. C. BUMPUS (Rochester). *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1922, n° 18, t. LXXVIII.) — A la clinique Mayo, 729 cancers de la prostate ont été observés; 217 ont été traités par le radium au cours de ces sept dernières années; 363 n'ont eu aucun traitement et peuvent servir de comparaison.

De cette importante statistique on peut tirer les conclusions suivantes : le radium est contre-indiqué toutes les fois qu'il y a des métastases; mais celles-ci ne peuvent être constatées que par un examen radiologique. On a ainsi pu estimer qu'un tiers des malades présentait des métastases, soit dans le rachis, le bassin, la poitrine, les ganglions, et de ce fait ne pouvaient pas être traités par le radium. Si l'on élimine encore les malades qui se plaignent de douleurs irradiées, le radium n'est alors indiqué que dans la moitié des cas environ. La durée moyenne de la maladie chez les malades non traités est de vingt-deux mois.

Dans un premier groupe, le radium a été placé alternativement dans le rectum et dans l'urètre. Dans les cas ainsi traités, la durée moyenne de la maladie a été de quarante-cinq mois. Dans un second groupe, 37 malades ont été traités par l'introduction dans la tumeur même, à travers le périnée, d'aiguilles radifères; la durée moyenne de la maladie a été,

dans ces cas, de quarante-cinq mois. Dans un troisième groupe, les malades ont été traités à la fois par des applications dans le rectum et l'urètre et par introduction d'aiguilles dans la tumeur; 27 p. 100 des malades de ce groupe sont encore vivants, la durée de leur maladie ayant été en moyenne de quarante-sept mois. Ce procédé semble donc augmenter la survie d'au moins un an.

Note sur la curiethérapie des épithéliomas spino-cellulaires de la peau. (PARES (Montpellier). *Congrès de l'avanc. des sciences*, juillet 1922; *Journ. de radiol. et d'électrol.*, oct. 1922, n° 10, p. 487.) — C'est une notion courante que le radium est inefficace dans le traitement des épithéliomas spino-cellulaires de la peau. Il lui donnerait même souvent un coup de fouet. Or, les guérisons de cette forme d'épithéliomas sont de plus en plus nombreuses. L'auteur emploie des doses de faible intensité à action prolongée : des aiguilles débitant 10 microcuries par heure, laissées en place de dix à quinze jours. De plus, il ajoute un appareil de surface constitué par une boîte de plomb modelée sur la tumeur et contenant des tubes de 25 milligrammes de bromure de radium enfermés chacun dans une gaine de platine de 1mm5 d'épaisseur. La boîte de plomb est doublée : 1° d'aluminium; 2° de gaze dont l'épaisseur règle la distance de la boîte à la peau.

Sur 22 cas traités, 8 guérisons out été obtenues et 14 insuccès. Si certains épithéliomas spino-cellulaires sont facilement guéris par le radium, d'autres ne sont pas influencés ou même sont aggravés par lui. L'auteur conclut que, en ce qui concerne le pronostic des épithéliomas de la peau, la qualité spino-cellulaire n'est pas à elle seule un élément suffisant de pronostic. D'autres éléments, tels que l'état du stroma et la formule hématologique sur laquelle ont récemment insisté Roussy, Simone Laborde, Leroux et Peyre, ont une importance pronostique qui paraît considérable.

Le traitement du cancer du rectum par le radium. (D. QUICK. *Amer. Journ. of Rœntgen.*, déc. 1921, n° 12, p. 746.) — Cent soixante et un cas de cancer du rectum ont été traités au Memorial Hospital de New-York durant ces quatre dernières années. Il s'agissait de cas très étendus. Un grand nombre d'entre eux ont bénéficié du traitement pendant un à trois ans et moururent ensuite de généralisations ou de maladies intercurrentes. D'autres sont encore en état satisfaisant et peuvent faire espérer une régression complète. Dans quelques cas, les résultats palliatifs sont tels que les malades peuvent reprendre leur existence habituelle bien que les examens périodiquement répétés montrent que le néoplasme est toujours existant. Les plus vieux cas de guérison observés datant maintenant de quatre ans ont une sténose fibreuse marquée due à l'irradiation insuffisamment filtrée.

Dans un grand nombre de cas, la maladie régresse pour un temps court, puis apparaissent des métastases à distance. Il est évident qu'il est inutile de faire supporter au malade un traitement par les radiations si la maladie est déjà généralisée. Dans le but de connaître si un traitement par le radium est susceptible d'amener une régression complète, l'auteur pense qu'une laparotomie exploratrice est justifiée, elle permet un examen complet de la tumeur et si son extension est trop importante elle évite au malade un traitement inutile. Si la lésion est localisée, cette intervention permet fréquemment d'introduire les tubes d'émanation dans la tumeur elle-même. Des métastases à distance existent souvent avec une tumeur primitive relativement petite. La présence de ganglions n'est pas une contre-indication au traitement, parce que ceux-ci sont souvent inflammatoires. L'auteur ne pratique pas l'anus contre nature dans tous les cas, mais souvent lorsque l'application de radium en est facilitée et quand on pense pouvoir le fermer après le traitement. Dans les cas d'obstruction, il est naturellement obligatoire. Pour ce traitement, l'auteur combine l'emploi de l'émanation introduite directement dans la tumeur, suivant le procédé de Janeway à celui du radium filtré. L'emploi de l'émanation permet une irradiation de plusieurs semaines, les tubes sont introduits au moyen du trocart habituel à aiguilles, chacun d'eux contenant 1 à 2 millicuries d'émanation. L'usage du radium filtré a été restreinte depuis que l'auteur emploie l'introduction de tubes d'émanation. Lorsqu'il l'utilise, il emploie des tubes à parois de 1mm5 de platine contenant de 3 à 5 milligrammes de radium-élément disposés bout à bout dans un tube de caoutchouc placé dans une sonde rectale. Avec la filtration indiquée, une dose de 500 millicuries-heure par tube ne donne pas de réaction sensible. Il y a avantage à pratiquer d'abord cette application de radium filtré avant l'introduction des tubes d'émanation. Le danger de dissémination par le traumatisme est de ce fait diminué.

Les cancers du rectum bas situés chez la femme peuvent être traités également par des appareils placés sur la paroi postérieure vaginale. Les résultats obtenus par l'auteur dans cette période d'évolution de la technique d'application du radium lui permettent néanmoins de conclure qu'on est autorisé à traiter de cette manière les cas opérables aussi bien que les cas avancés.

Note sur le traitement curiethérapique des épithéliomas malpighiens. (S. DE NABIAS, I. FORESTIER. *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 20 janv. 1923.) — L'ancienne classification des épithéliomas malpighiens en variétés baso-cellulaires radiosensibles, et spino-cellulaires radiorésistantes mérite d'être révisée.

Les auteurs ont pensé qu'il est logique de baser la durée du traitement non sur la variété histologique, mais sur la fréquence des mitoses observées sur la coupe de la biopsie. Ils ont désigné le rapport du nombre de cellules en division au nombre de cellules au repos sous le nom « d'index d'activité caryokinétique ».

Leurs conclusions sont les suivantes :

Les épithéliomas malpighiens doués d'une forte dose d'activité caryokinétique (1/50 à 1/100) peuvent être guéris par des irradiations relativement courtes (six jours).

Les épithéliomas malpighiens doués d'un index caryokinétique moyen (1/100 à 1/150) sont justiciables d'un traitement de quinze jours.

Les épithéliomas malpighiens doués d'un index caryokinétique faible (1/150 et au-dessous) sont justiciables d'un traitement de vingt-cinq à trente jours et même quarante jours dans les cas extrêmes.

Dans le cancer de l'utérus, pour les applications de vingt-cinq jours, un seul tube intracervical de 10 milligrammes de radium-élément a été employé avec un plein succès.

De la technique de la curiethérapie par les voies naturelles dans le cancer du col utérin. (Sylvain DECHAMBRE. *Th. de Paris*, 1923.) — L'auteur expose la technique utilisée à l'hôpital Pasteur pour traiter le cancer du col de l'utérus.

On peut distinguer trois formes anatomo-cliniques différentes : 1° Le canal utérin repérable et perméable; 2° col détruit, canal utérin non repérable; 3° col hyperplasié, canal utérin non repérable.

Dans le premier cas, on place un foyer radioactif dans le canal utérin, constitué par trois tubes courts, fixés dans une sonde en caoutchouc.

Dans le deuxième cas, il faut diviser le traitement en deux temps; dans le premier, on pratique une irradiation au moyens de foyers vaginaux et quand l'orifice du canal utérin est devenu visible, on place un appareil intra-utérin.

Dans le troisième cas, il faut d'abord faire disparaître la masse vaginale ; pour cela, on pratique la radium-puncture de la masse néoplasique qui est curetée après irradiation ; après quoi, on peut pratiquer l'irradiation intra-utérine.

Pour l'irradiation vaginale, les positions d'élection sont les culs-de-sacs latéraux et la position précervicale. Les appareils ont un filtre primaire de 2 millimètres d'épaisseur de platine, le filtre secondaire est constitué par une enveloppe d'aluminium de 0mm3 à 0mm5 d'épaisseur et par une seconde enveloppe de liège paraffiné de 5 à 9 millimètres d'épaisseur. Les appareils sont maintenus dans les culs-de-sacs latéraux, grâce à un colpostat constitué par un ressort d'acier plat recouvert de caoutchouc, ressort qui réunit les deux cylindres de liège attachés à ses extrémités.

Il faut donner, dit l'auteur, une dose totale de 50 à 60 millicuries détruits, en application continue, durant six à huit jours. Cette irradiation étant pratiquée en un temps ou en deux temps.

L'auteur présente ensuite des tableaux résumant 136 cas de cancers du col traités dans le service de M. Regaud, à l'hôpi-

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

PAR



l'Huile de Paraffine



MONSIEUR LE DOCTEUR,

Depuis 1904, où le professeur SCHMIDT, *dans un mémoire devenu classique, préconisa l'agar ou la paraffine au cascara comme traitement idéal de la constipation, nous avons fait une étude pharmacodynamique approfondie de ces deux substances. D'accord en cela avec le célèbre professeur, nous avons reconnu la supériorité indiscutable de l'agar. C'est pourquoi, les premiers en* FRANCE, *nous avons préparé sous le nom de* THAOLAXINE *un produit à base d'agar, dont l'apparition et la diffusion rapide dans le public médical ont révolutionné la thérapeutique de la constipation. Dès ce moment (1906), nous avions également mis au point, dans nos Laboratoires, un produit à base de paraffine. Mais nous avions renoncé à le lancer pour ne pas créer de confusion dans l'esprit du praticien, en lui laissant le choix entre deux substances de valeur inégale, l'insuccès de l'une pouvant nuire au succès de l'autre et déconsidérer ainsi une admirable méthode de traitement de la constipation.*

Aujourd'hui, sur la demande de quelques-uns des nombreux médecins qui sont nos clients personnels, nous nous sommes décidés à présenter le vroduit que nous avions alors étudié,

L'OLÉOLAXINE

à base d'huile de paraffine chimiquement pure et complètement désodorisée.

*L'***OLÉOLAXINE** *est naturellement préparée avec la perfection et le soin qui ont établi la réputation de notre marque dans le public médical, et représente par conséquent le produit de choix pour faire l'expérience de la médication à l'huile de paraffine.*

*L'***OLÉOLAXINE** *se prescrit à la dose d'une à deux cuillerées à entremets, le matin à jeun et le soir en se couchant.*

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de notre respectueux dévouement.

DURET & RABY,
5, Avenue des Tilleuls,
PARIS (Montmartre).

tal Pasteur, depuis le mois de mai 1920. L'étude de ces tableaux montre :

1° La substitution progressive des foyers de radium aux foyers d'émanation ;

2° L'augmentation de la dose donnée qui, en 1922, varie entre 55 et 70 mcd ;

3° L'augmentation de la durée d'application qui est portée à six, sept et même neuf jours.

Cette thèse nous donne un excellent résumé de la technique actuelle du traitement du cancer du col de l'utérus. Toutefois, qu'il nous soit permis de dire que les doses indiquées par l'auteur (50 à 70 mcd) nous semblent un peu élevées.

Cf. — De l'emploi du fil conducteur pour les applications de radium dans le traitement du cancer de l'œsophage. (BENSAUDE et HILLEMAND. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 mai 1922, n° 14.)

Le traitement des tumeurs malignes de la langue par la curiepuncture et les rayons X associés. (SLUYS. *Journ. de radiol.*, Bruxelles, 1922, vol. IX, p. 115-123.)

Essai sur le bilan actuel de la curiethérapie et de la radiothérapie dans le traitement du cancer de l'utérus. (G. COTTE [de Lyon]. *L'Avenir méd.*, avril 1922.)

Cancers de la vulve et du vagin traités par l'émanation du radium avec et sans filtration. (H. BAILEY et H. J. BAGG [New-York]. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, II, déc. 1921, n° 6.)

Considérations sur la curiethérapie des cancers. (Simone LABORDE. *Congrès pour l'avancement des sciences*, Montpellier, juillet 1922.) et *Journ. de radiol.*, t. VI, sept. 1922, n° 9.)

Indications respectives de la chirurgie et de la radiumthérapie dans le traitement des tumeurs malignes opérables. (RUBENS-DUVAL. *Paris méd.*, 1922.)

De l'action hémostatique du radium dans les tumeurs de la vessie et de l'urètre. (MARION. *Journ. d'urol.*, t. XIII, n° 3.)

Contribution à l'étude du traitement du carcinome de la prostate par le radium. (PÉRIER et ANDREAE (Genève). *Journ. d'urol.*, t. XIII, p. 91.)

Cancer de l'utérus, son traitement par l'association de la chirurgie et du radium. (G. LECLERC. *Presse méd.*, 1922, n° 68, p. 731.)

Quelques données sur la radiothérapie des cancers. (Simone LABORDE. *Journ. méd. franç.*, nov. 1922, t. XI, n° 11.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 MARS 1923)

La radiographie appliquée à l'étude des lésions osseuses humaines préhistoriques. — M. Marcel BAUDOIN.

Influence de la d'Arsonvalisation diathermique sur les glandes endocrines. Applications au traitement de la maladie de Basedow. — M. H. BORDIER signale les intéressants effets de la diathermie sur le syndrome de Basedow. La tachycardie est le symptôme qui s'améliore le plus rapidement; le volume du goitre subit une diminution pouvant atteindre plusieurs centimètres de la circonférence du cou; l'exophtalmie s'améliore aussi relativement vite, beaucoup plus vite qu'après la radiothérapie ou la galvanisation. Seul le tremblement a persisté dans les cas traités par M. Bordier.

La technique du traitement est simple; elle consiste à faire asseoir le malade sur une large plaque d'étain reliée à une des bornes de l'appareil de diathermie, pendant que l'autre électrode en étain souple est appliquée sur le cou et le haut du thorax, recouvrant autant que possible le goitre. L'intensité peut atteindre assez vite 1.000 milliampères et peut être poussée jusqu'à 1.200 milliampères. La durée de chaque séance doit être environ d'une demi-heure. M. Bordier conseille d'appliquer le traitement par séries, en faisant dix séances consécutives suivies de repos de douze à quinze jours.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MÉDECIN TENANT UNE MAISON DE SANTÉ

IMPÔT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

Le médecin qui tient une maison de santé, lorsque, la dirigeant et l'exploitant lui-même, il fournit le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage et le service domestique moyennant un prix global de pension, est soumis au paiement de l'impôt sur le chiffre d'affaires ; mais il peut déduire les recettes pour honoraires médicaux. C'est en ce sens que le Conseil de préfecture de la Seine a rendu le 5 décembre 1922 la décision suivante :

« Considérant qu'aux termes de l'article 59 de la loi du 25 juin 1920, il est institué un impôt sur le chiffre d'affaires faites, en France, par les personnes qui, habituellement ou occasionnellement, achètent pour revendre, ou accomplissent des actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux institué par le titre 1er de la loi du 31 juillet 1917; que les « affaires » afférentes au logement et à la consommation sur place de boissons et denrées alimentaires quelconques, sont d'ailleurs spécialement mentionnées à l'article 63 de la même loi, comme donnant lieu à la perception de l'impôt sur le chiffre d'affaires d'après des taux différents, suivant la catégorie à laquelle appartient l'établissement où ces « affaires » sont effectuées ;

Considérant que l'impôt indirect institué par les dispositions législatives précitées est établi en raison de toutes opérations et actes comportant une livraison à un consommateur, et abstraction faite de la personne qui les accomplit ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction et qu'il n'est pas contesté par le docteur X..., que, dans la maison de santé qu'il exploite et dirige personnellement à Y..., il hospitalise des malades auxquels il fournit notamment le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage et le service domestique, moyennant le paiement d'un prix global de pension comprenant également les soins médicaux ; que les fournitures ainsi faites constituent des affaires effectuées au sens des articles 59 et 61 de la loi du 25 juin 1920, c'est-à-dire des actes qui, considérés en eux-mêmes, relèvent de professions commerciales assujetties à l'impôt sur les bénéfices commerciaux, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de la circonstance que le docteur X... n'est personnellement imposable, en raison de l'ensemble des actes qu'il accomplit, comme médecin traitant, dans la maison de santé qu'il dirige, qu'à l'impôt sur les bénéfices des professions libérales; que, dès lors, le docteur X... n'est pas fondé à prétendre qu'il n'est pas passible de l'impôt sur le chiffre d'affaires et à contester la régularité de la contrainte qui a été décernée contre lui pour le recouvrement des pénalités qu'il a encourues en raison d'infractions à la législation instituant ladite taxe; que demeure, d'ailleurs, entièrement réservé le droit du docteur X... de ne comprendre dans le relevé mensuel des affaires faites par lui, qu'il est tenu d'établir aux termes de l'article 67 de la loi précitée du 25 juin 1920, que les recettes correspondant à des fournitures et autres affaires faites par lui, déduction faite de tous honoraires pour soins médicaux ;

Considérant que le requérant, succombant dans sa réclamation, il y a lieu de mettre à sa charge les dépens de l'instance ;

Arrête :

La requête du docteur X... est rejetée. »

Il est certain qu'il n'est pas très facile de faire la déduction des honoraires médicaux du prix global de la pension payée par le malade. Il faudra que le médecin, tenant une maison de santé, n'établisse pas un prix global ; il fera bien de faire une ventilation entre les recettes provenant de l'exploitation même de la maison de santé, c'est-à-dire celles s'appliquant à tout ce qui sera fourniture, sous quelque forme que celle-ci se présente, et les recettes provenant des soins qu'il donnera comme médecin traitant.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

LA MALADIE AMYLOIDE DES VISCÈRES [1]

ÉTUDE CLINIQUE. — La dégénérescence des viscères doit être redoutée et recherchée chez tous les malades qui sont atteints de lésions suppurantes des os, des articulations, du poumon, des plèvres, etc. C'est surtout au cours des tuberculoses fistulisées qu'on doit en craindre l'apparition.

1. Lorsque l'*amylose du foie* est peu développée, on ne peut que la soupçonner. Mais lorsqu'elle est accentuée, on constate des signes nets : le foie est augmenté notablement de volume ; son hypertrophie est régulière et le bord inférieur peut descendre au niveau de l'ombilic ou de la crête iliaque. Sa surface est ferme, lisse, régulière ; son bord inférieur est mousse, arrondi, élastique. On ne constate ni ictère, ni ascite, ni circulation collatérale. La dégénérescence amyloïde ne lèse pas directement la cellule noble du foie.

2. La dégénérescence *amyloïde des reins* présente parfois un ensemble symptomatique, qui peut permettre de la dépister. Au début, l'affection évolue à la manière des néphrites chroniques diffuses (association fréquente de l'amylose à la néphrite). Les symptômes d'origine rénale sont les suivants : les *urines* sont augmentées, limpides, transparentes, densité faible (1.010 à 1.015). On ne constate ni dépôt, ni sédiments. La polyurie est fréquente, mais elle dépasse rarement trois litres. Elle peut être parfois marquée par une diarrhée abondante ou par des phénomènes d'asthénie cardiaque.

L'*albuminurie* est un des signes les plus importants ; elle augmente rapidement, au fur et à mesure de l'aggravation de la maladie, et peut atteindre des chiffres élevés (20 grammes et plus en vingt-quatre heures). Elle ne disparaît jamais complètement.

Dans le culot de centrifugation des urines, on trouve des cellules épithéliales, des cylindres cireux ou colloïdes, qui se colorent par les solutions iodées.

Le taux des éléments constitutifs de l'urine n'est pas modifié.

La perméabilité rénale est normale ou exagérée (Castaigne).

Les *œdèmes* sont fréquents ; ils peuvent être généralisés ou s'accompagner d'exsudats liquides dans les cavités séreuses.

L'hypertrophie cardiaque, le bruit de galop, l'hypertension artérielle sont constatés, seulement, si le rein est atrophié du fait d'une syphilis antérieure ou d'une néphrite concomitante.

Les accidents urémiques ne sont observés que s'ils sont sous la dépendance d'une sclérose rénale.

3. L'*amylose splénique* se traduit par une hypertrophie de la rate sans *leucémie*. La rate est augmentée de volume dans son ensemble ; elle est dure, lisse, indolore comme le foie, et peut même dépasser le rebord des fausses côtes. Elle se reconnaît à sa consistance élastique, à sa surface lisse, à son bord crénelé et épais. La zone de matité splénique est très augmentée en hauteur et en largeur.

4. Quand le *tube digestif* est atteint à son tour, on observe de l'anorexie, du tympanisme abdominal, des vomissements aqueux ou alimentaires.

Mais l'amylose intestinale se traduit essentiellement par une diarrhée persistante, séreuse, abondante, blanchâtre. Elle contribue, par sa présence, à affaiblir considérablement ces malades. Elle épuise le malade et le conduit à la cachexie et aux œdèmes.

Les ganglions peuvent être hypertrophiés.

ÉVOLUTION. — La marche de la dégénérescence amyloïde des viscères est lente et progressive. Elle se prolonge souvent des mois et des années. La guérison est exceptionnelle. Les malades maigrissent ; les œdèmes apparaissent ; la cachexie s'installe et la mort arrive dans le marasme ou à l'occasion d'une complication viscérale (pneumonie, érysipèle, ou œdème du poumon).

PRONOSTIC. — Le pronostic est toujours grave. La guérison est impossible. Cependant, il est à noter que l'affection évolue très lentement ; avec des rémissions souvent longues. Quand les reins et la rate sont pris en même temps que le foie, le pronostic devient beaucoup plus grave.

L'apparition des troubles gastro-intestinaux, de la diarrhée et des œdèmes aggrave le pronostic et la mort par cachexie surviendra dans un temps relativement court.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la dégénérescence amyloïde des viscères, de la maladie amyloïde, doit se baser sur les antécédents, l'existence d'une suppuration prolongée, la présence d'une hypertrophie du foie, de la rate ; les manifestations rénales comprennent la polyurie et l'albuminurie profuse, sans troubles de la perméabilité rénale.

La dégénérescence amyloïde du foie sera soupçonnée lorsqu'on constatera l'hypertrophie de cet organe, au cours d'une suppuration prolongée ou d'une affection à évolution chronique, telle que la tuberculose ou la syphilis. La stéatose du foie sera reconnue par les commémoratifs, l'absence de splénomégalie, d'albuminurie, les signes d'insuffisance de la cellule hépatique.

Le foie congestif des cardiaques survient au cours de l'évolution d'une maladie de cœur déjà ancienne et soignée. Le foie est gros, mais douloureux, même à une pression superficielle. La rate est normale ; on trouve des œdèmes, de la congestion des bases pulmonaires, des signes cardiaques.

Les hépatomégalies des cirrhotiques, des goutteux, des dyspeptiques, des leucémiques seront reconnues par l'examen complet des malades, par l'état de la rate, l'examen du sang.

De même, une albuminurie persistante survenant chez un sujet atteint de cachexie tuberculeuse ou syphilitique, de suppurations chroniques des os, ou de la peau, devra faire penser à la dégénérescence amyloïde des reins.

Des erreurs seront à éviter lorsque l'hépatomégalie et la splénomégalie s'accompagnent d'albuminurie, comme dans certains cas de paludisme ou de leucémie. Dans ces cas, l'étude des antécédents, l'examen du sang, la recherche des parasites permettront de poser le diagnostic exact.

Les néphrites à marche subaiguë se différencient de l'amylose par un taux d'albumine moins élevé, par l'existence des signes urémiques et cardio-vasculaires. La coexistence des deux affections rend souvent le diagnostic très difficile.

TRAITEMENT. — On doit, avant tout, traiter la cause, chercher à tarir les suppurations osseuses, soigner par les méthodes spécifiques la tuberculose et la syphilis.

Les lésions rénales, en particulier, ne nécessitent pas le régime des néphrites avec rétention azotée. Il faut alimenter ces malades normalement, la viande crue, l'huile de foie de morue, et l'alimentation habituelle des tuberculeux convient souvent à de tels malades.

On a préconisé l'emploi de l'iodure de potassium ; mais ce dernier ne doit, sans doute, son succès réel qu'à ce fait qu'il s'agit parfois de syphilis.

Contre la diarrhée, on emploiera les médications symptomatiques usuelles : craie, dermatol, tannigène, bismuth, etc.

On relèvera l'état général des malades par des toniques, des ferrugineux, l'hydrothérapie ; si la syphilis ou le paludisme sont en cause, on s'adressera aux arsenicaux, à la quinine, à l'iodure de potassium, aux préparations mercurielles.

Mais, en somme, la seule chance qu'on ait de guérir réellement ces malades est d'instituer aussitôt un traitement qui détruise la cause, qui a provoqué cette dégénérescence. Le traitement prophylactique, et parfois curatif, sera donc du domaine chirurgical : il faudra tarir les suppurations, guérir les abcès et les fistules osseuses.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 23, p. 374.

L'instrumentation en radiologie pratique, par G. MASSIOT, ingénieur-constructeur, et R. BIQUARD, licencié ès sciences In-8, 1923, 3e édition, 145 figures — Prix : 14 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La radiothérapie profonde, par Iser SOLOMON. Un volume, 152 pages. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Macaigne, Ravaut, Marfan, Nobécourt, Guinon, Wiart, Brocq, Guillemot, Thiroloix, de Massary, qui acceptent; Trémolières, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 26 mars. — Questions données : « Artère mésentérique inférieure. — Complications de la hernie ombilicale chez l'adulte. »

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Jeannin, Rudaux, Mouchet, qui acceptent; Lévy-Solal, Brindeau, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — L'instruction relative aux conditions d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire en 1923, a été publiée dans le *Journal officiel* du 26 mars 1923, p. 2970-2981.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle attitude de M. le docteur Gambini, médecin de colonisation, à Colbert (département de Constantine).

Médecin de colonisation de la plus haute valeur professionnelle et morale; praticien actif et zélé qui a donné en toutes circonstances les preuves d'un dévouement absolu.

Est décédé des suites du typhus contracté dans l'exercice de ses fonctions.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — La section de médecine a reçu, le 20 mars, au siège de l'Association, soixante-dix étudiantes et étudiants écossais qui sont venus à Paris pour y profiter de l'enseignement clinique de la Faculté. Cette réception, toute de cordialité et de bonne camaraderie était présidée par M. le doyen qu'on trouve toujours prêt et toujours aimable dans ces sortes de réunions qui ont, pour effet, de nous rapprocher de la jeunesse, rapprochement, pour nous, toujours très agréable.

M. le doyen a souhaité la bienvenue aux étudiants écossais et n'a pas manqué de rappeler les bons rapports qui existaient déjà entre eux et leurs camarades français pendant la guerre. Il a chaleureusement remercié les représentants de l'Ecosse, de la cordiale réception des professeurs de la Faculté de Paris à Edimbourg et s'est déclaré très fier de sa nomination de docteur *honoris causa* de l'Université d'Edimbourg.

Après quelques paroles prononcées en anglais, par M. Gannat, M. Crouzat, président de la section de médecine, a manifesté en termes fort heureux la joie de l'Association, de recevoir des étudiants étrangers. Les étudiants français, a-t-il dit, sont doublement heureux, puisqu'ils reçoivent aujourd'hui des amis et des alliés.

M. Crouzat joint ses remerciements à ceux de M. le doyen pour la parfaite amabilité avec laquelle les étudiants d'Edimbourg ont reçu ceux de Paris.

Il n'y a pas de fête sans lendemain, jeudi 12 avril, grande soirée artistique, rue de la Bûcherie, sous la présidence de M. le doyen, à laquelle seront invités tous les professeurs et tous les maîtres des hôpitaux.

Nous devons louer, sans réserves, l'Association des étudiants de susciter ainsi toutes les occasions de rapprochement avec leurs camarades étrangers. La science et la bonne confraternité entre les savants ne peuvent qu'y gagner.

A. BROCHIN.

COURS DE PÉDIATRIE PRATIQUE. — Les docteurs Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau, 158, rue du Général-Michel-Bizot; Hallopeau, chirurgien de l'hôpital Trousseau; Ribadeau-Dumas, médecin de l'hôpital de la Maternité (119, boulevard de Port-Royal), feront, du 9 avril au 14 avril 1923, une série de douze leçons sur les troubles digestifs du nourrisson, avec démonstrations pratiques.

Complément pratique. — Au cours des conférences, il sera procédé à des démonstrations pratiques sur la diététique des troubles digestifs de la première enfance (applica

tion de la diète hydrique, les laits modifiés, les régimes hydrocarboné et azoté).

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant par M. le docteur Hallopeau, à l'hôpital Trousseau, 158, rue du Général-Michel-Bizot.

CHAIRE DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. VAQUEZ.) — M. le docteur Antonin Clerc, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière, commencera le mercredi 11 avril 1923, une série de douze conférences, ayant pour objet les arythmies cardiaques et leur traitement.

Ces conférences auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, au petit amphithéâtre, à 17 heures.

Si le nombre des demandes est suffisant, des exercices pratiques (examen de malades, prises de tracés mécaniques et électro-cardiographiques) pourront être organisés à l'hôpital Lariboisière.

Droit d'inscription : 80 francs pour les exercices (les conférences sont gratuites).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — CIRCUITS AUTOMOBILES DANS LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — A partir du 1er avril et jusqu'au 2 novembre 1923, les services automobiles d'excursions dans la forêt de Fontainebleau, organisés par la Compagnie P.-L.-M., seront remis en marche. En correspondance avec les trains de et pour Paris, ces services comporteront :

1° Chaque jour : un circuit dans la matinée pour la visite de la partie Nord de la Forêt ; un circuit dans la soirée pour la visite de la partie Sud de la Forêt.

2° Les jeudis, dimanches et jours fériés, pendant toute la saison, plus les lundis et samedis pendant les mois de juillet, août et septembre : un troisième circuit comprenant la visite complète de la Forêt (avec arrêt à Barbizon pour le déjeuner).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONFÉRENCE DE M. J.-L. FAURE SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION DU TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.

Répondant à l'appel des amis de la Faculté, le professeur J.-L. Faure a fait, jeudi soir 29 courant, dans le grand amphithéâtre comble, une conférence sur l'état actuel de la question du traitement du cancer du col de l'utérus. Il a envisagé successivement les résultats donnés par la chirurgie, par le radium et par la chirurgie associée au radium. Il reste un partisan convaincu de l'opération précoce et surtout dans les bons cas, dans les cas du début, ceux auquels on serait tenté d'appliquer de préférence du radium; car, pour lui, les résultats éloignés du radium sont encore inconnus, alors que la chirurgie a fait ses preuves; si, en effet, la lecture des statistiques étrangères de traitement par le radium en montre de très belles (quelques-unes même à notre avis sont trop belles, puisqu'il y est question de 90 à 100 p. 100 de guérisons!), ces statistiques ne sont prises que depuis quelques années, alors que par le bistouri le professeur Faure a guéri des femmes qui restent guéries depuis 1896. Après ce rapide exposé de la question, M. Faure a fait passer un superbe film reproduisant dans les moindres détails la technique de l'opération qui lui est si chère et qu'il exécute avec une si grande maîtrise; — selon lui, pour avoir consécutivement à l'hystérectomie élargie, de beaux résultats, il faut la faire bien ou ne pas s'en mêler.

Les temps opératoires sont nets, on suit très bien les ligatures hypogastriques, la dissection des uretères, l'ablation des ganglions, enfin l'enlèvement en masse de l'utérus. L'abdomen ouvert, bien éclairé par en haut, est visible pour les spectateurs, comme au cours d'une véritable opération, et il nous a été agréable de constater, une fois de plus, quel puissant moyen d'instruction représente à l'heure actuelle le cinéma, et quelle fortune pour les générations futures de pouvoir dans l'avenir voir opérer des maîtres tels que J.-L. Faure.

R. DIDIER.

LIVRES NOUVEAUX

Index generalis 1922-1923. Annuaire général des Universités. The Yearbook of the Universities (1), publié sous la direction de R. DE MONTESSUS DE BALLORE, docteur ès sciences et lauréat de l'Institut, ouvrage honoré d'une souscription du ministère de l'Instruction publique.

L'*Index generalis*, qui paraît annuellement, indique l'organisation des Universités et des Ecoles supérieures du monde entier avec les noms des professeurs et l'indication des cours professés. Plus de 900 pages sont consacrées à ce chapitre.

Les informations concernant les Universités et les grandes Ecoles — ainsi que les autres notices (2) — sont rédigées dans la langue de ce pays et sont données sous une forme qui respecte l'organisation exacte de chaque institution.

Les termes techniques de chaque langue sont de ceux que chacun comprend sans difficulté, et de petits lexiques donnent, quand cela est nécessaire, la traduction.

Ce volume comprend 1.007 notices concernant les Universités et grandes Ecoles (France et colonies, 141 ; Empire britannique, 369; Allemagne, 71 ; Etats-Unis, 112; autres pays, 314), toutes mises à jour par les présidents, recteurs ou secrétaires.

On trouve d'autre part, dans l'*Index generalis* des introductions plus ou moins étendues sur l'organisation de l'Enseignement supérieur dans les principaux pays, des notices très développées atteignant parfois six pages, consacrées aux grandes Académies, aux musées, aux grands établissements scientifiques de recherches, aux principales Sociétés savantes (1.086 notices), aux Archives et aux bibliothèques.

L'*Index generalis* contient 6.358 notices et atteint 2.111 pages.

L'*Index generalis* se termine par une *liste d'échanges* sur laquelle peuvent se faire inscrire tous les savants, professeurs ou non, qui désirent échanger avec leurs confrères les mémoires originaux qu'ils ont publiés. La désignation du sujet qui les intéresse précède leur nom. Cette innovation ne peut manquer d'accroître les relations scientifiques internationales.

Une table alphabétique de plus de 40.000 noms, permet de « situer » immédiatement les universitaires ou savants dont on cherche les titres et les fonctions.

La plus grande clarté a présidé à la rédaction de l'*Index generalis* dont l'exécution typographique a été particulièrement soignée.

L'*Index generalis* est donc un instrument de travail et de recherches indispensables aux savants, professeurs ou non, aux étudiants de tous les pays et à tous ceux qui exercent des industries et commerces relatifs à l'activité intellectuelle mondiale.

(1) Un vol. in-16 double-couronne (18 × 11) de 2.111 pages. — Prix : broché, 50 fr.; relié, 55 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

(2) Qui sont datées.

REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE DE L'ANGLE DU PUBIS

ET DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

(OSTÉO ARTHRITE TUBERCULEUSE DE LA SYMPHYSE)

PAR MM.

SWYNGHEDAUW et DRUON

Chef de clinique chirurgicale. Interne des hôpitaux de Lille.

Malgré les quelques travaux publiés sur les ostéites tuberculeuses du pubis, il reste une confusion assez grande sur cette localisation qui n'a pas encore conquis sa place légitime dans nos traités classiques. D'abord confondue dans une même description avec les ostéites tuberculeuses du bassin, en général, dans la thèse de Gouilloud (1883), l'ostéite bacillaire du pubis a été isolée dans les thèses qui lui ont succédé, la thèse de Weitzel (Lyon, 1900) envisageant les ostéites du pubis dans leurs rapports avec la coxalgie, celle de Labeyrie (Paris, 1901), se rapportant, au contraire, aux ostéites de la symphyse proprement dite, puis vinrent les travaux de Robert (Bordeaux, 1903), celui de Dhéry (Paris, 1906), concernant la tuberculose du pubis chez l'enfant, de Moignet (Paris, 1911) et de Besset (Paris, 1916). Ce dernier ouvrage est le travail d'ensemble le plus récent sur cette question. Il comprend l'étude de 56 observations dont quelques-unes ne se rapportent guère, cependant, au sujet que nous nous proposons d'étudier.

Depuis cette date, plusieurs observations nouvelles ont vu le jour. Citons celles de J. M. Jorge, publiée en 1909 (*Revista de la Ass. medica Argentina*), de Rendu et Wertheimer (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, 28 avril 1920), puis les 6 observations de Sorrel et Chauveau (*Soc. anat.*, nov. 1921). Nous-mêmes en avons publié un cas recueilli dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Gaudier (*Réunion méd.-chir.*, Lille, 19 juin 1922).

Plus récemment encore, Rendu et Wertheimer, dans la *Revue d'orthopédie*, Tourneux et Cabanié, à la *Société anatomique* (Paris, 16 déc. 1922), en ont cité d'autres exemples.

Il semble donc que les observations de tuberculose du pubis qui étaient tout à fait exceptionnelles il y a quelques années, se soient multipliées et que les exemples en deviennent d'autant plus nombreux que les signes de cette affection sont mieux connus.

Cette localisation tuberculeuse a, en effet, comme caractère primordial une évolution particulièrement insidieuse, ne se révélant souvent que par la production de fistules à distance du foyer primitif.

Dans la plupart des observations, le diagnostic a erré longtemps et c'est bien souvent l'examen radiographique qui a permis de se rendre un compte exact de l'origine des lésions.

Dans l'état actuel de la question, les ostéites tuberculeuses du pubis sont décrites en commun, qu'elles siègent au voisinage de la symphyse, sur les branches horizontale ou descendante, ou sur le corps du pubis. Il existe même à ce sujet une confusion regrettable à propos de la terminologie anatomique de cet os, qu'il importe tout d'abord de faire disparaître. D'après Testut (*Anatomie descriptive*) et Testut-Jacob (*Anatomie topographique*), le pubis qui n'est, en réalité, que l'un des trois points d'ossification primitifs de l'os coxal, comprend : Un corps répondant à l'angle de réunion de la branche horizontale et de la branche descendante du pubis. Ce corps présente à considérer un bord externe ou surface angulaire, un bord interne ou surface articulaire du pubis, deux faces antérieure et postérieure. Robert et Weitzel, dans leur thèse, adoptent cette définition.

La description de Poirier est toute différente : le corps répond pour lui, non plus à l'union des branches horizontale et descendante, mais à la portion cotyloïdienne de l'os, la surface interne résultant de l'union des deux branches est décrite sous le nom d'*angle* ou *surface angulaire* du pubis. Cette désignation anatomique est celle qu'ont admise Dhéry, Labeyrie et Besset. Elle répond plus exactement aux données embryologiques qui nous montrent le pubis se développant aux dépens d'un point primitif cotyloïdien; c'est celle que nous adopterons, afin d'éviter toute confusion de mots.

Dès lors, les ostéites tuberculeuses du pubis auront une évolution clinique tout à fait différente, suivant qu'elles siégeront au niveau du corps, des branches ou de la surface angulaire.

Dans le premier cas, les lésions sont *juxta-cotyloïdiennes*, elles se propagent vers l'articulation, elles ne sont qu'un mode de début anormal de la coxalgie et sortent du cadre de cette étude.

Si elles siègent sur l'une des branches du pubis, elles ne sont qu'une variété d'ostéite du bassin.

Enfin, lorsqu'elles se développent au niveau de la surface angulaire, elles sont juxta-symphysaires, elles envahissent tôt ou tard la symphyse pubienne proprement dite. Il s'agit donc de *lésions ostéo-articulaires de la symphyse pubienne*. Or, celle-ci étant une diarthro-amphiarthrose dans laquelle existe une synoviale rudimentaire, le terme d'*ostéo-arthrite tuberculeuse de la symphyse pubienne*, par analogie aux lésions bacillaires des grandes articulations se trouve donc justifié.

C'est cette ostéo-arthrite tuberculeuse de la symphyse pubienne que nous nous proposons d'étudier. Parmi les 56 observations recueillies par Besset dans sa thèse, il en est un certain nombre qui ne répondent pas à cette définition. Par contre, les 9 observations récentes énumérées plus haut et notre observation personnelle sont des exemples typiques de tuberculose de la surface angulaire du pubis. C'est sur l'étude de ces dernières qu'est basée la description anatomo-clinique qui va suivre.

Étiologie. — Nous n'insisterons pas sur les facteurs habituels de la tuberculose, ni sur les causes favorisantes banales qui sont communes à toutes les affections bacillaires du squelette.

L'influence du *traumatisme* est peu admissible, le pubis étant peu exposé aux chocs violents; d'autre part, dans bon nombre d'observations, les lésions ont débuté à la face postérieure du pubis et y sont restées localisées, ce qui semble démontrer que le traumatisme est resté étranger à leur éclosion.

Quelques causes exceptionnelles ont été invoquées et restent bien peu vraisemblables : à titre d'exemple, signalons le cas de Leudet où la lésion pubienne aurait été la conséquence de la compression du pubis par un kyste.

La *grossesse*, par contre et surtout l'*accouchement* exercent une action indubitable, non pas sur la production de la tuberculose du pubis, mais sur

son évolution. Les observations dans lesquelles la lésion du pubis a été révélée par l'accouchement sont assez nombreuses. Rappelons celles de Dürhsen, de Wahl, de Kosslein et de Glenn. Besset, dans sa thèse, en relate 9 cas. Or, dans la plupart d'entre eux, la lésion pubienne était restée méconnue jusqu'au moment de l'accouchement.

Sous l'influence de celui-ci, une disjonction symphysaire s'est produite, en dehors de toute intervention obstétricale et les lésions prirent, dès lors, une allure aiguë qui amena, dans plusieurs cas, la mort de la malade. Labeyrie, qui a rassemblé plusieurs observations de ce genre, va même jusqu'à prétendre que toute disjonction symphysaire se produisant au cours d'un accouchement est symptomatique d'une lésion tuberculeuse du pubis.

L'accouchement est donc une cause aggravante manifeste, souvent même une cause révélatrice.

Faut-il en conclure avec Tarnier qu'il est le seul à agir et que la grossesse est sans influence sur l'évolution de cette affection ? Ce serait une erreur : si le rôle de la grossesse est moins évident, il est cependant indubitable. Elle prépare insidieusement les lésions destructives de la symphyse, que l'accouchement viendra brusquement mettre en évidence.

Le sexe paraît être sans grande influence sur le développement de la tuberculose du pubis qui est cependant un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

L'âge des malades est assez variable. On rencontre des ostéo-arthrites pubiennes depuis l'âge de six à huit ans jusqu'à l'âge de cinquante ans et même plus tard.

Il est classique, depuis la thèse de Gouilloud, de diviser les ostéites du bassin en *ostéites prépubertiques* et *ostéites postpubertiques*, les unes se développant avant l'âge de quinze ans, aux dépens des points d'ossification primitifs, les autres survenant après cet âge et se développant aux dépens des points d'ossification secondaires.

D'après cette théorie, qui est celle de l'école lyonnaise et que Weitzel a adoptée dans sa thèse, toutes les ostéites du pubis survenant avant l'âge de quinze ans, devraient intéresser le corps et les branches du pubis ; celles de l'angle, de l'épine du pubis et de la symphyse ne survenant qu'après cet âge. En réalité, comme nous l'avons dit précédemment, les lésions peuvent se rencontrer au niveau des points secondaires, même dans le jeune âge, mais cette conception pathogénique explique, dans une certaine mesure, pourquoi l'ostéite de la symphyse se rencontre plus fréquemment chez l'adulte que chez l'enfant. Les deux tiers environ des observations recueillies concernent, en effet, des sujets de plus de dix-huit ans. Chez les jeunes enfants, les lésions du pubis siègent le plus souvent au voisinage de l'articulation coxo-fémorale et se terminent d'ordinaire par l'infection de cette articulation.

Comparativement aux autres lésions de l'os iliaque, l'ostéite du pubis se montre assez exceptionnelle, ainsi qu'en fait foi, la statistique de Wisard citée par Labeyrie et qui la relève 6 fois sur 16 cas d'ostéite de l'os iliaque. L'ostéite de la symphyse, qui est une variété d'ostéite du pubis, est, par conséquent, plus exceptionnelle encore.

D'autres foyers tuberculeux peuvent précéder l'apparition du foyer pubien, mais ce fait est assez rare et, en dehors des observations de Sorrel et de la nôtre, l'ostéite du pubis est le plus souvent *primitive*.

Anatomie pathologique. — Les lésions d'ostéo-arthrite du pubis rappellent, d'une façon générale, celles que l'on rencontre au niveau des autres parties du squelette, cependant, il importe d'insister sur une particularité qu'elles présentent au point de vue de leur extension : les abcès froids qu'elles déterminent venant s'ouvrir à distance du foyer primitif. Leur forme anatomique est un peu spéciale également; les lésions tendent, en effet, à produire des *séquestres* assez volumineux, comme le ferait l'ostéomyélite. Ce n'est pas toujours une destruction progressive du tissu spongieux que l'on observe, mais la mortification d'emblée de tout un territoire osseux. Il y a donc plusieurs formes anatomiques à envisager : l'une peu fréquente, constituée par des *lésions diffuses*, déterminant un ramollissement progressif de l'os qui devient friable et fongueux. Les limites de cette zone sont mal définies et la production de séquestres ne se rencontre pas dans ce cas.

Dans d'autres cas, ce sont les *lésions circonscrites* de Kiener et Poulet ou tubercules de Lannelongue. Il s'agit ici de véritables cavernes osseuses nettement délimitées, dans lesquelles flotte, comme un grelot, le séquestre complètement mobile.

Enfin Labeyrie décrit une troisième variété qu'il considère comme assez fréquente et qui est constituée par une *périostite* de la région pubienne, caractérisée par l'épaississement et la *transformation caséeuse du périoste*. Cette forme périostique a une tendance à envahir les deux angles pubiens, les lésions décollant le périoste de proche en proche. Or, comme ce périoste passe d'un pubis à l'autre, en constituant une sorte de ligament supérieur et postérieur de la symphyse, la contamination de la symphyse se trouve grandement favorisée : Les lésions se propagent à la symphyse proprement dite dont le cartilage s'ulcère, se ramollit, puis se décolle; les fongosités se substituent bientôt au cartilage, les ligaments se résorbent et la symphyse dénuée de tout moyen de contention est destinée à se rompre au moindre effort.

Labeyrie a insisté, à juste titre, sur cette forme de tuberculose de la symphyse, évoluant sans phénomènes éclatants, et détruisant insidieusement l'un des moyens de contention les plus importants du bassin.

Les *abcès par congestion* prennent naissance à la partie postérieure de l'os. Ils se propagent, dans ce cas, vers la vessie qui peut se perforer et dans laquelle il a été possible de trouver un séquestre (observations d'Ollier et de Herberg).

L'abcès peut suivre, dans d'autres cas, la cavité de Retzius et remonter vers l'ombilic où il finit par se fistuliser (observations de Kirmisson). Enfin, la collection peut glisser sur le plancher uro-génital, s'infiltrer à travers l'espace pelvi-rectal et se fistuliser à la fesse (Ménard), dans le pli fessier (Lance) ou à la marge de l'anus (Pozzi).

Dans le cas de lésions siégeant à la face antérieure du pubis, le pus suit le muscle droit interne et vient s'ouvrir à la région antéro-interne de la cuisse (Ménard, Mory, Sorrel) ou dans le pli inguino-scrotal chez l'homme (Gouilloud), inguino-labial chez la femme (Sorrel). Il peut également fuser vers le triangle de Scarpa (Ménard, Estor) ou même vers la région inguinale (Terrillon). Le siège de ces

fistules et la réaction qu'elles engendrent au niveau de l'articulation coxo-fémorale en imposent au premier abord pour une coxalgie fistulisée et des erreurs de diagnostic ont été commises dans ces conditions.

Les abcès provenant de la symphyse pubienne proprement dite glissent sur le ligament arqué et, chez la femme sont divisés par le ligament clitoridien pour déterminer des abcès symétriques au niveau des grandes lèvres (Heurteaux, deux observations de Besset).

Dans quelques cas, plus exceptionnels, les fistules s'ouvrent à la région pubienne, traversant l'épais pannicule adipeux qui recouvre la symphyse (Derouville, Dollenger).

Symptomatologie. — La tuberculose de la symphyse pubienne a un début très souvent insidieux : ceci s'explique tout d'abord par le fait que la symphyse pubienne n'est douée que de mouvements insignifiants; or, la mobilité d'une articulation est la cause principale des phénomènes douloureux, lorsque celle-ci est le siège d'une inflammation chronique. En second lieu, les pressions subies par les surfaces articulaires sont, elles aussi, un facteur de la douleur. Or, les pressions subies par les cartilages de la symphyse sont très peu accentuées.

Labeyrie, se basant sur des données empruntées à l'art architectural, compare le pubis et la symphyse à une arcade et non à un pilier, comme l'est le membre inférieur. Les pressions au niveau d'une arcade agissent également sur toutes ses parties constituantes, de telle sorte que chacune d'elles n'a à subir qu'une pression modérée.

Il n'est donc pas surprenant que les *douleurs* soient à peu près inexistantes, aussi bien au début de cette affection qu'à sa période d'état. La plupart des observation notent, en effet, l'absence de symptômes subjectifs, les lésions pubiennes ne s'étant révélées dans la majorité des cas que par l'apparition d'une fistule.

Toutefois, ce n'est pas là une règle absolue, et certaines observations font mention de douleurs spontanées, au niveau de la symphyse. Dans d'autres cas, la douleur signalée par le malade a son siège à distance du foyer véritable. C'est ainsi que dans quelques cas, c'est par une douleur au niveau de la hanche que se traduit la lésion pubienne, et cette particularité contribue grandement à égarer le diagnostic.

Les *troubles de la marche* sont extrêmement rares. On note cependant chez quelques malades, l'apparition plus rapide de la fatigue. Chez les enfants, la claudication est moins exceptionnelle, ainsi que le signale Dhery, elle s'accompagne fréquemment de douleurs spontanées. Chez l'adulte, au contraire, l'évolution est très insidieuse et les phénomènes objectifs sont généralement nuls.

L'*attitude vicieuse* des membres inférieurs a été signalée dans quelques cas, en particulier chez notre malade, dont le membre inférieur gauche fixé en flexion et adduction, rappelait l'attitude de la coxalgie. Cette attitude vicieuse semble bien avoir été la conséquence d'une contracture musculaire engendrée par le voisinage de l'abcès, puisqu'elle cessa aussitôt après l'ouverture de celui-ci.

La présence de l'abcès ossifluent peut entraîner d'autres *troubles de compression* des organes voisins. Lorsque l'abcès siège à l'hypogastre, la compression de la vessie peut se traduire par des phénomènes de cystite qui attireront, seuls, l'attention du malade.

Les symptômes révélateurs de la tuberculose du pubis, peuvent, dans d'autres cas, se résumer en l'apparition d'une tumeur indolore siégeant, par exemple, à la région inguinale ou au niveau du triangle de Scarpa, tumeur qui n'est autre que l'abcès ossifluent tendant à s'ouvrir à la peau.

En résumé, il est donc de toute évidence que la tuberculose de la symphyse peut se révéler par des symptômes extrêmement différents les uns des autres et qu'il est à peu près impossible de décrire, pour cette affection, trois périodes distinctes et successives, comme il est classique de le faire pour les ostéo-arthrites tuberculeuses en général.

Symptômes objectifs. — La palpation méthodique permettra de déceler une *douleur à la pression* constamment localisée à l'interligne symphysaire ou à l'un des deux angles du pubis.

Cette douleur pourra être mise en évidence par des pressions ou tractions exercées à distance sur le bassin : La pression sur les deux épines iliaques antéro-supérieures, tendant à les rapprocher l'une de l'autre, pourra provoquer une douleur qui sera la conséquence de l'augmentation de pression à ce niveau. Les tentatives d'écartement, elles aussi, pourront éveiller la douleur par distension des ligaments de la symphyse.

Enfin, l'exploration méthodique de cette région mettra en évidence certains symptômes importants, tels que l'*augmentation de volume de l'os*, que l'on pourra évaluer en pinçant, entre les deux doigts, la symphyse, de façon à en apprécier les contours; chez la femme, cette exploration est facilitée par le toucher vaginal qui permettra de déceler, outre l'augmentation de volume de la symphyse, un point douloureux rétropubien, lorsque les lésions siègent à la partie postérieure de la symphyse.

La recherche de la dislocation de la symphyse et de la mobilité anormale par le procédé de Budin, est infidèle et n'est pas à conseiller.

Enfin, certains signes d'ostéo-arthrite n'existent qu'exceptionnellement au niveau de la symphyse, tels que la *tuméfaction des tissus périarticulaires* et l'*adénite inguinale secondaire*.

Lorsqu'il existe un *abcès*, celui-ci peut être le symptôme révélateur des lésions, bien que son siège, parfois très distant du foyer ostéo-articulaire, soit plutôt de nature à égarer le diagnostic. L'abcès siège, en effet, rarement au voisinage du pubis. Les insertions aponévrotiques et tendineuses qui se réunissent à son niveau, brident l'extension de l'abcès vers la surface et le canalisent dans des directions qui peuvent être très différentes. Il apparaîtra, le plus habituellement, soit dans la région du pli génito-crural proprement dite, soit dans les régions avoisinantes, telles que les bourses ou les grandes lèvres, ou encore la face interne et supérieure de la cuisse.

Dans ce cas, la collection purulente a suivi les gaines des adducteurs. Elle reste longtemps profonde et occulte et ne se manifeste à la palpation que par l'induration des masses musculaires de la face interne de la cuisse.

Plus rarement, le pus fuse vers le haut, suit la gaine des grands droits et vient s'ouvrir à l'hypogastre ou à l'ombilic (Kirmisson). Il peut aussi emprunter le trajet inguinal et venir soulever la peau de cette région, simulant une hernie inguinale.

Enfin, dans un assez grand nombre de cas, c'est vers le triangle de Scarpa que se fait la migration de l'abcès : le pus fuse sous les vaisseaux qu'il déborde en dedans, il soulève la région du pli de l'aine et vient le plus souvent se fistuliser vers l'angle inférieur du triangle. Parfois, la migration se fait dans deux directions divergentes et le pus envahit à la fois le triangle de Scarpa, et la fosse iliaque interne. L'abcès revêt alors une forme bilobée, dont l'étranglement correspond à l'arcade de Fallope, et il se traduit cliniquement par une double tuméfaction où la pression des mains peut renvoyer la fluctuation d'une poche à l'autre.

Un caractère important des abcès d'origine pubienne, consiste dans leur *bilatéralité* fréquente. Elle se rencontre dans quelques observations. Celle de Heurteaux décrivait deux abcès symétriques des grandes lèvres; celles de Demons et de Rouville, des fistules symétriques des plis génitaux cruraux. Cette particularité s'explique aisément par l'origine médiane de l'abcès et constitue un symptôme important en faveur de la tuberculose pubienne.

Des localisations exceptionnelles peuvent se rencontrer telles que les abcès de la fosse ischio-rectale, de la fesse et de la marge de l'anus. Ces abcès profondément situés, ne se révèlent tout d'abord que par de la douleur due à la compression des troncs nerveux voisins, ils restent dissimulés sous l'épaisse couche adipeuse et musculaire qui les recouvre et qui masque longtemps la fluctuation.

Tôt ou tard, la *fistulisation* se produit. Dès lors, l'exploration de la fistule donne des renseignements plus précis. La direction de trajet permet souvent de soupçonner l'origine pubienne, en l'absence de signes objectifs nets, et même lorsque l'orifice de la fistule n'est pas trop éloigné du foyer, de percevoir le contact spécial dû à la présence d'un séquestre. Dans plusieurs cas, ce mode d'exploration a permis d'affirmer le diagnostic, incertain jusque-là.

Enfin, le mode d'investigation le plus utile et le plus précis est, sans conteste, la *radiographie.* Grâce à elle, de nombreux cas d'ostéite tuberculeuse du pubis, méconnue, ont pu être identifiés. Les altérations osseuses sont telles qu'elles ne peuvent passer inaperçues. Elles seront plus évidentes encore lorsqu'il existe un séquestre, ou si l'on a pris la précaution d'injecter dans la fistule une substance opaque qui moulera son trajet et en indiquera nettement l'origine.

Complications. — Nous n'insisterons pas sur les complications communes aux ostéo-arthrites fistulisées et, en particulier, sur les poussées fébriles dues à l'infection secondaire des fistules, ni sur l'extension des lésions à l'articulation de la hanche, celle-ci étant exceptionnelle au cours de l'évolution de l'ostéite de l'angle du pubis.

Il n'en est pas de même des complications dues à l'envahissement de l'urètre ou de la vessie, et des complications obstétricales engendrées par les dislocations symphysaires.

Les *complications urétro-vaginales* peuvent consister, soit en une simple action de voisinage, déterminant une hyperexcitabilité vésicale ou de l'incontinence (Ménard, Pozzi); soit en une perforation de la vessie. Dans ces conditions, le pus venant se déverser dans la vessie, donne naissance à des phénomènes de cystite, se traduisant par des mictions plus fréquentes et de la pyurie.

L'infection reste le plus souvent localisée à ce organe, elle ne s'accompagne ni de fièvre, ni de propagation par voie ascendante à l'uretère et au rein. Ollier, Heigerg, ont signalé l'existence de séquestres dans la vessie. Ceux-ci se recouvrent de dépôts uratiques qui augmentent considérablement leur volume.

Dans certains cas, l'abcès s'étant fistulisé à la fois dans la vessie et à l'extérieur, il peut se produire une fistule urinaire, dont l'infection secondaire deviendra l'origine de complications nouvelles.

La *rupture de la symphyse* présente une gravité beaucoup plus grande, elle peut survenir exceptionnellement chez l'homme (observation de Dolliger), mais chez la femme, au cours de la grossesse et de l'accouchement, la rupture de la symphyse peut devenir le symptôme révélateur d'une tuberculose de la symphyse méconnue et donner lieu aux accidents les plus graves : sous l'influence de la poussée fœtale, la femme ressent une douleur vive, accompagnée d'un craquement : la région pubienne se tuméfie brusquement et l'accouchement, dès lors, rapidement terminé, laisse à sa suite des désordres importants : rupture de la paroi antérieure du vagin, déchirure de l'urètre, les deux angles pubiens sont séparés l'un de l'autre par un sillon profond, perceptible à la palpation, les deux cuisses sont éversées au dehors par éloignement des cavités cotyloïdes.

L'infection est la règle dans les observations anciennes (Kosslein, Glenne, Ulsamer). Dans d'autres cas, la guérison a pu être obtenue, grâce à la désinfection chirurgicale du foyer, mais les troubles fonctionnels qui lui succèdent sont des plus graves et la marche est le plus souvent compromise d'une façon définitive.

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose du pubis est généralement difficile en raison du peu de signes engendrés par cette affection à sa période initiale.

Le *début*, fréquemment insidieux, ne s'accompagne que de symptômes rares et obscurs : douleurs irradiées à l'aine ou à la fesse, parfois claudication après une longue marche, limitation inconstante et passagère des mouvements d'abduction de la cuisse.

Dans certains cas, le premier signe révélateur est l'*abcès froid* dont le siège est variable et qui peut se trouver très éloigné de la lésion initiale. L'examen clinique sera minutieux et comprendra la recherche méthodique des points douloureux; il sera utilement complété, chez la femme, par le toucher vaginal qui mettra parfois en évidence un point sensible à la région postérieure du pubis ou un abcès froid ayant migré dans cette direction.

La radiographie est d'une importance primordiale : elle permet de situer le siège exact de la lésion, et de rapporter à leur véritable cause les symptômes que nous avons énumérés et qui peuvent être communs à la plupart des affections bacillaires du bassin. Elle révèle souvent une ostéite pubienne insoupçonnée dont la découverte n'a pu être faite que grâce à elle.

Au stade de *fistulisation*, le diagnostic devient plus facile : Un stylet introduit dans le trajet fistuleux mène souvent, par un chemin sinueux, sur une surface osseuse dénudée, parfois friable. Il pourra mettre en évidence, dans certains cas, un séquestre bien délimité.

La radiographie, précédée ou non d'une injection iodoformée, dans le trajet fistuleux, telle que l'a conseillée Destot, donne des renseignements plus précis encore.

Diagnostic différentiel. — La tuberculose du pubis à son début se manifeste par des signes communs avec le *mal de Pott* et la coxalgie ; ce sont donc ces deux affections qu'il convient d'éliminer à cette période.

Dans la première, les douleurs ou l'abcès froid peuvent précéder l'apparition de la gibbosité et rendre le diagnostic délicat, mais leur siège est souvent différent et à ces signes s'ajoutent des symptômes de compression médullaires qui ne se rencontrent jamais dans les lésions pubiennes.

La *coxalgie* prête beaucoup plus à la confusion : la douleur initiale avec ses irridiations rappelle celle de la tuberculose pubienne, elle est cependant plus vive dans la plupart des cas et s'accompagne souvent de la gonalgie caractéristique. La douleur provoquée, par contre, a des caractères bien différents. L'abcès froid peut revêtir les mêmes caractères dans les deux affections.

C'est sur l'étude attentive des commémoratifs, de l'attitude vicieuse et des mouvements actifs ou passifs que se basera le diagnostic. En dernier ressort, la radiographie viendra lever tous les doutes.

A cette même période de début, la douleur peut faire penser à une *lésion rhumatismale*, ou à une *névralgie*. Le traitement salicylé d'une part, la recherche des points douloureux d'autre part, éviteront la confusion.

La *périostite* simple ou traumatique succède à un choc sur la région et n'a qu'une durée éphémère. L'*ostéomyélite*, dans sa forme subaiguë, peut présenter quelque ressemblance avec la tuberculose pubienne, elle s'en distingue cependant par une réaction périostée plus vive et par la formation plus rapide de séquestres. L'examen du pus et même son inoculation au cobaye peuvent être nécessaires dans les cas difficiles.

Lorsque l'*abcès froid* a fait son apparition, on se trouve en présence d'une tumeur dont il s'agit de connaître la nature et l'origine.

Lorsqu'elle siège *au-dessous* du pubis, il faudra la différencier de la *hernie crurale* reconnaissable à ces caractères de réductibilité et d'impulsion à la toux ; et des *tumeurs vasculaires*, telles que l'anévrisme de la fémorale et la dilatation variqueuse de la crosse de la saphène. L'*adénite bacillaire* du triangle de Scarpa se traduit par la présence d'une tumeur multilobulée et parfois fluctuante dont le diagnostic avec l'abcès froid d'origine pubienne peut être difficile : plusieurs cas d'ostéite du pubis ont été considérés comme de simples adénites bacillaires primitives. La recherche des points douloureux doit être faite avec soin pour éviter la confusion.

Lorsque l'abcès siège *au-dessus* du pubis, il peut être confondu avec le *phlegmon idiopathique de la cavité de Retzius* ou la *myosite infectieuse des droits de l'abdomen*. Ces deux affections s'accompagnent de phénomènes infectieux plus intenses et la myosite est toujours consécutive à une rupture musculaire ou à la fièvre typhoïde.

Si la tumeur siège *en arrière* du pubis, l'*exostose* de cet os se présentant parfois sous l'aspect de tumeurs multiples et peu volumineuses peut être confondue avec l'abcès froid. L'erreur a été commise plusieurs fois (cas de Cloquet-Bernard, Moreau). De même la confusion a pu être faite avec le *fibrome* (cas de Maygrier et de Schmith). Ces tumeurs sont reconnaissables cependant à leur dureté caractéristique.

En résumé, la tuberculose du pubis est une affection rare, il est vrai, mais trop souvent méconnue, en raison de sa symptomatologie obscure. Or, deux moyens permettent de la dépister à coup sûr : l'exploration du trajet dans les lésions anciennes et la radiographie à tous les stades de l'affection. Grâce à cette dernière, la tuberculose du pubis peut être diagnostiquée de bonne heure et convenablement traitée. C'est un moyen de diagnostic qu'il ne faudra pas négliger de mettre en œuvre, chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une lésion bacillaire de la région dont l'origine sera d'une détermination difficile.

Pronostic et traitement. — Le traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du pubis diffère sensiblement de celui des autres articulations pour des raisons d'ordre anatomique et pathologique. Tout d'abord, au point de vue anatomique, la symphyse pubienne étant superficielle, facilement accessible, il sera possible d'intervenir utilement sur le foyer osseux primitif dont elle est le siège et d'assurer la guérison des abcès bacillaires dont elle a été le point de départ. Alors que, dans le mal de Pott, par exemple, le traitement chirurgical des abcès ossifluents est irréalisable, puisqu'il n'atteint pas le foyer osseux du corps vertébral qui lui a donné naissance, dans la tuberculose symphysaire, au contraire, il est aisé de se porter directement sur les lésions initiales.

Une autre raison d'ordre pathologique, plaide en faveur d'un traitement chirurgical. Nous avons vu que dans cette forme d'ostéite bacillaire, la production de séquestres est très fréquente et que l'existence de ceux-ci rend les fistules intarissables et la guérison précaire. Quoi de plus simple, dès lors, puisque rien ne s'oppose à l'intervention au point de vue anatomique, que de procéder à l'ablation de ce séquestre et de curetter sa loge.

Est-ce à dire que toute tuberculose symphysaire devra être opérée dès le diagnostic posé ? Ce serait tomber dans une exagération néfaste : deux éventualités peuvent se présenter qui comporteront une technique différente.

Premier cas. — On se trouve en présence d'une tuberculose pubienne récente n'engendrant ni douleurs, ni suppuration. L'examen radiographique a révélé une érosion des surfaces articulaires, mais aucun séquestre n'est visible. L'intervention dans un cas semblable n'est aucunement justifiée et le traitement général des tuberculoses ostéo-articulaires sera le seul de mise. L'immobilisation sera réalisée par le décubitus dorsal pur et simple, sur un lit transportable et dur, type du lit de Lannelongue. Tout appareil plâtré serait inutile, sinon nuisible, et la gouttière de Bonnet elle-même est loin de constituer une nécessité. Le séjour au bord de la mer, la cure solaire trouvent ici leur indication formelle et seront utilement complétées par un traitement général commun à toutes les tuberculoses dites externes.

A ce stade, si une collection purulente fermée est en voie de formation, les ponctions évacuatrices suivies d'injections modificatrices ou sclérogènes

pourront trouver momentanément leur indication. Il faut savoir toutefois que ce n'est là qu'un traitement d'attente dont les résultats sont souvent médiocres et qui n'évite que rarement l'intervention opératoire proprement dite.

Celle-ci sera indiquée dès que la lésion sera assez vieille pour être opérée avec des chances de succès. « Nous pensons, dit Sorrel, que la grande règle de la non-intervention précoce dans la tuberculose osseuse doit être suivie ici comme ailleurs. » Il y a donc, au début de l'évolution de la tuberculose du pubis, une période de quelques mois où l'abstention opératoire doit être la règle et où le traitement se bornera à remplir les indications générales de la thérapeutique en matière de tuberculose ostéo-articulaire.

S'il s'agit d'une jeune femme, il ne faut pas oublier d'insister sur les dangers considérables que ferait courir à la malade une grossesse intercurrente qui aggraverait la lésion et pourrait être, au moment de l'accouchement, la cause de désordres irrémédiables.

Le *second cas* à envisager est celui d'une ostéo-arthrite du pubis arrivée à la période de fistulisation.

Ici, l'indication opératoire est d'autant plus formelle qu'il existe souvent des séquestres mis en évidence par la radiographie. Dans quelques cas, particulièrement favorables, la dilatation du trajet à l'aide d'une laminaire et l'introduction d'une pince a permis de saisir et d'extraire un séquestre. Cette éventualité est exceptionnelle et en règle générale c'est à l'intervention chirurgicale proprement dite qu'il faudra avoir recours.

Celle-ci consistera dans l'ouverture des trajets fistuleux, la découverte de l'interligne symphysaire, l'ablation des séquestres et le curettage des trajets, puis en une cautérisation au chlorure de zinc.

La technique est donc très variable, suivant la disposition des trajets fistuleux. Toutefois les orifices fistuleux peuvent être assez éloignés du foyer primitif pour qu'une incision spéciale soit nécessaire afin de découvrir celui-ci.

Plusieurs incisions peuvent être dès lors recommandées : Labeyrie propose une incision en V, à pointe émoussée, dont une branche suivrait la branche horizontale du pubis, et l'autre la branche descendante de cet os. Besset, puis Sorrel recommandent une incision basse, située dans le pli génito-crural, à la base des bourses ou des grandes lèvres, et qui mène directement sur les lésions. Chez l'homme, cette voie d'exploration doit être prudemment tracée, il faut écarter avec soin plusieurs organes essentiels : les corps caverneux qui prennent un contact assez intime avec le bord inférieur du pubis, le cordon spermatique qui traverse la région en diagonale, enfin l'artère honteuse interne dont la blessure ne présente pas cependant d'inconvénients majeurs.

Chez la femme, il y a intérêt à découvrir le pubis, à l'aide de l'incision préconisée par M. le professeur Gaudier et qui consiste en une section curviligne des téguments, en fer à cheval, dont la concavité dirigée en bas contourne la partie supérieure de la vulve. Le mont de Vénus et son épais pannicule adipeux sont réclinés en bas, et le retournement de ce lambeau découvre d'une façon parfaite la région explorée.

Le curettage du foyer, une fois effectué, il y aura tout avantage à suturer l'incision qui a été faite et à ne laisser ouverts que les trajets fistuleux qui se cicatriseront peu à peu par épidermisation secondaire.

Telles sont les directives du traitement opératoire. Les résultats sont généralement très satisfaisants. Sur 33 opérés que nous avons pu relever, nous trouvons : 19 guérisons relativement rapides, 5 améliorations. Dans 4 cas le résultat n'a pas été mentionné, enfin 4 fois le résultat a été médiocre ou négatif, et dans un cas la mort a été la conséquence de l'intervention. Celle-ci, il est vrai, aurait été tentée chez un malade déjà profondément cachectique.

BIBLIOGRAPHIE

ARNSPERGER. *Deut. z. klin. Chir.*, 1904, t. XLIII, p. 197.

BESSET. Contribution à l'étude de la tuberculose du pubis, *Th. de Paris*, 1916.

BROCA. *Chirurgie infantile*, p. 482.

BUNGNER. Ueber die Tuberkulose der symphysis ostium pubis, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd XXV, n° 891.

CHOLMOGOROW. Eitrige enrzundengen der symphysis ossium pubis, *Wrarsch*, 1898, n° 5 ; — *Centralbl. in Chir.*, 1897, s. 101.

CORONITAS. Tuberculose du pubis et salpingite douloureuse tuberculeuse, *Ann. de gyn.*, t. XLVI, p. 460.

DHÉRY. Tuberculose du pubis chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1906, n° 225 ; — *Revue mens. des mal. de l'enf.*

DUPLAY. Des pseudo-coxalgies, *Gaz. des hôpit.*, 1892.

DURET. Ostéite et nécrose du pubis, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1895.

HENNIES. 3 falle von symphysentuberculose, *Diss. greif. Klin.*, 1888.

HERZ. Die Tuberkulose der Schamleinsymphyse, *Deut. Zeit. f. Chir.*, Bd LXIV, s. 217.

HORGNE. Observation d'un cas de tuberculose du pubis avec abcès froid occupant la cavité de Retzius, *Montpellier méd.*, n° 15.

JELLET. A clinical lecture on pelvic tuberculosis (John Hopkins), *Hosp. Bull.*, Baltimore 1902, n° 13.

JORGE (J.-M.). *Rev. de la Assoc. méd. argentina*, fév.-mars 1919, vol. XXX, p. 171-172.

KIRMISSON. Sur un cas d'ostéite tuberculeuse du pubis, *Journ. des prat.*, 15 août 1898 ; — Fistule ombilicale symptomatique d'une tuberculose du pubis, *Presse méd.*, 3 juin 1914.

LABER. *Diss.*, Berlin 1906.

LABEYRIE. La tuberculose du pubis et de la symphyse pubienne, *Th. de Paris*, 1900-1901, n° 136.

LENDET. *Notes sur un cas de tumeur blanche de la symphyse pubienne* (*études de pathologie et de clinique médicale*), Paris 1891.

MÉNARD. Sur un cas de tuberculose du pubis, *Soc. de Paris*, 1900.

MOIGNET. Contribution à l'étude de l'ostéite tuberculeuse du pubis, *Th. de Paris*, 1910-1911, n° 116.

RENDU et WERTHEIMER. Ostéo-arthrite de la symphyse pubienne, *Soc. des sciences méd.*, 28 avril 1920 ; — *Presse méd.*, 5 mai 1920, p. 287 ; — Un cas de tuberculose du pubis et de la symphyse, *Revue d'orthop.*, 1922, n° 4.

ROBERT. La tuberculose du pubis, *Th. de Bordeaux*, 1903-1904, n° 38.

SORREL et CHAUVEAU. Six cas de tuberculose du pubis, *Soc. anat.*, 12 nov. 1921 ; — *Presse méd.*, 23 nov. 1921, p. 934.

SPEYER. Sur la carie de la symphyse et du pubis, *Arch. f. Gyn.*, Berlin 1920, CXIII, f. 2.

TILLMANNSS. Die Tuberkulose der symphysis osteum pubis, *Deut. Chir. Lief.*, LXII, s. 422, Stuttgard 1895.

TOURNEUX et CABANIÉ. *Soc. anat.*, 16 déc. 1922.

VIANNAY. Ostéite tuberculeuse du pubis avec envahissement de la symphyse pubienne, *Lyon méd.*, 1903, t. CL, p. 874.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 MARS 1923)

De la pyélotomie. — M. DESNOS reconnaît que la pyélotomie, ainsi que l'a indiqué M. Bazy, est en effet l'opération de choix contre les calculs du bassinet, mais quand ceux-ci sont très volumineux et ramifiés elle est insuffisante et oblige à pratiquer des incisions secondaires dans de mauvaises conditions; elle expose à abandonner des fragments de calculs dans les calices déformés et risque d'être incomplète. La néphrolithotomie reste indiquée dans ces cas et elle est obligatoire pour les reins infectés.

Au point de vue du diagnostic, la règle d'après laquelle toute ombre radiographique, distante de 5 centimètres et demi au plus de l'axe des vertèbres, indiquerait que le calcul siège dans le bassinet, comporte de nombreuses exceptions. Sans parler des anomalies de position qui sont fréquentes, ni des reins en fer à cheval, la position d'un calcul varie lorsque le rein est mobile ou flottant, après des périnéphrites suppurées ou non et surtout dans les hydro et pyonéphroses.

Pour obtenir un diagnostic certain, il faut cathétériser l'uretère avec une sonde opaque, radiographier ainsi la région rénale et observer les ombres respectives du calcul et de la sonde. Plus exacte encore est la pyélographie; après une première radiographie, on injecte dans le bassinet un liquide imperméable aux rayons X, et si le calcul disparaît au milieu de la masse liquide obscure, c'est qu'il siège bien dans le bassinet, en cas contraire on a deux ombres.

Démembrement de la neurasthénie. — M. Maurice DE FLEURY pense que la neuro-psychiatrie devra être conduite un jour ou l'autre à faire le démembrement de la neurasthénie comme on avait fait celui de l'hystérie. L'auteur, s'appuyant sur un très grand nombre de cas de petites psychoses observées au Service central psychiatrique du Val-de-Grâce, arrive à cette conclusion qu'il existe bien une neurasthénie, mais que c'est une maladie rare. On la confond habituellement avec la psychose émotive, avec la dépression hypocondriaque, plus fréquemment encore avec les cas bénins de dépression mélancolique.

Après avoir donné les signes qui permettent le diagnostic avec ces psychoses, M. de Fleury définit la neurasthénie une maladie accidentelle et non constitutionnelle, de nature toxi-infectieuse, dont le caractère dominant est la fatigue physique, objectivement constatable par l'hypotonie des muscles de la vie de relation et de la vie végétative et par le fonctionnement mineur des systèmes glandulaires. Primitivement somatique, elle ne devient que secondairement une psychopathie. Le traitement purement physique dans la première phase doit devenir physique et psychique quand s'est constitué l'état mental; son efficacité n'est pas niable. Telle est la neurasthénie vraie, qu'il importe, au point de vue pronostic et du traitement, de différencier des autres petites psychoses.

La psychothérapie : l'auto-suggestion et l'éducation de la volonté ou cure de direction. — M. LÉVI a, depuis longtemps, insisté sur l'importance capitale de la thérapeutique morale ou psychothérapie.

L'auto-suggestion ne peut se résumer en un simple appel à la confiance ou à l'imagination. Un même procédé ne peut convenir à tous les cas. Chez les uns, le raisonnement, la persuasion seront de mise. Chez d'autres, des procédés de distraction ou dérivation psychique, ou d'auto-suggestion par les actes réussiront là où la seule affirmation verbale serait impuissante. Dans d'autres cas, il sera nécessaire de régler l'émotivité. Enfin, tout hypnotique peut, et, par conséquent, doit être résolument écarté.

Même ainsi scientifiquement précisée, l'auto-suggestion ne constitue cependant qu'une étape incomplète de la psychothérapie. Car elle ne combat que les symptômes, et, par suite, ne conduit souvent qu'à des guérisons partielles ou toutes passagères. Depuis plusieurs années, l'auteur a montré que, tout en gardant son utilité propre, elle doit être englobée dans un traitement beaucoup plus large : éducation de la volonté ou encore cure de direction.

La psychothérapie, ainsi comprise, devient partie intégrante de la thérapeutique générale, dont l'objectif doit être l'homme tout entier, à la fois esprit et corps : elle doit, par conséquent, rester œuvre du médecin.

Les applications de cette cure d'éducation ou de direction psycho-physique sont très étendues : d'abord troubles du caractère; psychonévroses : hystérie, neurasthénie, angoisses, phobies, obsessions, certaines formes mentales; puis ce que l'auteur appelle les névroses monosymptomatiques : névralgies, migraines, insomnies, vertiges, palpitations nerveuses, pour n'en citer que quelques exemples; enfin, bon nombre de maladies dites organiques telles que dyspepsies, entérites, rhumatisme erratique, certaines formes d'asthme, d'hypertension artérielle, etc., où la participation de l'élément nerveux et émotionnel s'impose de toute évidence.

L'entraînement respiratoire des vieillards. — M. J. PESCHER. L'essoufflement des vieillards ne doit pas être considéré, selon l'opinion courante, comme un de ces méfaits inhérents à l'âge que le médecin est impuissant à guérir.

Occasionnée par l'inertie pulmonaire qui peut parfaitement être évitée, l'anhélation en question a sa prophylaxie : *a.* dans la conservation voulue et cherchée d'exercices musculaires appropriés réalisables à tout âge, susceptibles d'empêcher la respiration trachéo-bronchique, superficielle et inopérante, de se substituer insidieusement, comme il est d'usage, à la respiration alvéolaire profonde, seule efficace; *b.* dans les mouvements respiratoires lents et profonds devant être répétés plusieurs fois chaque jour; *c.* dans la mesure au spiroscope ou au spiromètre de la capacité vitale, mesure fréquente, car tel sujet, non essoufflé au repos et se croyant un bon respirateur, peut avoir perdu en quelques mois, sans s'en douter, la moitié de sa respiration.

L'inertie pulmonaire constituée, même étendue et ancienne, est aujourd'hui largement améliorée par les moyens nouveaux de la méthode spiroscopique particulièrement indiquée chez les personnes âgées.

La spiroscopie, en effet, en commençant par des exercices faibles qu'elle dose aussi rigoureusement qu'un médicament dans une potion, entraîne les malades sans les fatiguer; elle les intéresse en objectivant tous les phénomènes et les encourage en leur montrant leurs progrès au fur et à mesure de leur réalisation.

L'augmentation de la capacité vitale permet une reprise appropriée et parallèle de l'activité musculaire et dans de nombreux cas le médecin a la satisfaction de voir des malades, essoufflés au moindre effort, qui semblaient usés et finis, retrouver, dans une large mesure, leurs occupations, leur vitalité et leur santé.

L'extrait alcoolique de pancréas (l'insuline) chez les diabétiques. — MM. CHABANIER, LOBO-ONELL et LEBERT font sur ce sujet une importante communication d'où il résulterait que l'insuline appliquée au traitement des grands diabétiques aurait donné des résultats très remarquables au point de vue de l'abaissement du sucre.

M. DELEZENNE a fait de nombreuses expériences sur les lapins qui ont démontré que les résultats d'injections d'extrait pancréatique ont donné des résultats très variables, nuls chez les uns, très dangereux chez les autres, d'où le sage conseil aux médecins d'apporter la plus grande prudence dans l'emploi thérapeutique de ces extraits.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 MARS 1923)

A propos de la méthode de désensibilisation par des cuti-réactions répétées. — M. PASTEUR-VALLERY-RADOT, à propos de la communication de MM. Trabaud et R. Charpentier sur la désensibilisation par des cuti-réactions répétées dans un cas d'asthme d'origine ovine, rappelle que c'est en 1921 qu'il a proposé avec M. J. Haguenau cette méthode de désensibilisation. Il s'agissait d'un asthme d'origine équine qui présentait à la suite des cuti-réactions au poil de cheval, non seulement des phénomènes locaux, mais des phénomènes généraux. MM. Pasteur-Vallery-Radot et J. Haguenau se

demandèrent si l'action réitérée de petites quantités de la protéine nocive introduites par la voie cutanée ne serait pas capable d'amener la désensibilisation. Le résultat répondit pleinement à leur attente. A la suite de cuti-réactions maintes fois répétées avec du poil de cheval stérilisé, leur malade fut désensibilisé.

M. Pasteur-Vallery-Radot signale les succès et les échecs de cette méthode, beaucoup plus simple que la méthode américaine par injections sous-cutanées de doses progressivement croissantes de la substance spécifique.

Ictus laryngé par hypervagotonie. — MM. G. Paisseau et André Lambling présentent un malade atteint d'ictus laryngé chez lequel les quintes de toux s'accompagnent d'une disparition prolongée des pulsations radiales qui précède la perte de connaissance; le réflexe oculo-cardiaque et les autres épreuves révèlent une hypervagotonie très nette.

La bradycardie provoquée par la toux semble déterminer l'ictus par un mécanisme analogue à celui du vertige dans la maladie de Stokes-Adams.

Ectodermose érosive polyorificielle. — M. de Lavergne (du Val-de-Grâce) rapporte quatre observations d'ectodermose érosive polyorificielle recueillies depuis quelques années dans le service des contagieux du Val-de-Grâce.

Lymphosarcome cervico-médiastinal. (*Présentation de pièces.*) — MM. Blamoutier et Quignon rapportent l'observation d'une femme de trente-huit ans qui présentait une volumineuse tumeur cervico-médiastinale ayant occasionné des signes intenses de compression bronchique, pulmonaire et vasculaire. Les auteurs se demandent si la syphilis n'a pas joué un rôle de premier plan dans la genèse des accidents.

Arthrite blennorragique et arthrotomie. — MM. Besançon, M.-P. Weill et Weissmann insistent sur l'inconstance du sérum antigonococcique vis-à-vis de certaines formes d'arthrite blennorragique et sur la nécessité dans ces cas d'une arthrotomie précoce.

La prophylaxie de la rougeole par les injections de sérum de convalescent. — MM. S.-I. de Jong et Etienne Bernard apportent leur contribution statistique à cette question. Ayant eu à déplorer deux morts sur sept cas de rougeole parmi les nourrissons du personnel infirmier de l'hospice d'Ivry, ils ont pu, grâce à l'obligeance de MM. Debré et Gastinel, injecter, il y a un mois, du sérum de convalescent à seize enfants de la crèche du personnel. Il ne s'est plus produit qu'un seul cas, nettement modifié et très bénin, chez un enfant pourtant débile.

Aucun cas nouveau depuis seize jours.

Spina bifida occulta cervical révélé exclusivement par la radiographie. Troubles sensitifs et moteurs importants apparus seulement depuis l'âge de quarante ans. — M. André Léri présente une malade de quarante-sept ans qui a, depuis l'âge de quarante ans, une névralgie du grand nerf sous-occipital gauche, depuis quarante-trois ans une parésie du membre supérieur gauche et depuis quarante-cinq ans une parésie du membre supérieur droit : cette parésie accentuée porte sur les muscles du groupe de Duchenne-Erb, répondant aux Ve et VIe segments cervicaux. Les réflexes radiaux et cubito-pronateurs, répondant aux mêmes segments, sont abolis; les réflexes olécraniens et radio-fléchisseurs des doigts, répondant aux VIIe et VIIIe segments, sont conservés. Il existe une anesthésie avec dissociation syringomyélique dans les domaines des grands nerfs sous-occipitaux et des plexus cervicaux superficiels (quatre premiers segments cervicaux) et sur la partie externe des membres supérieurs (Ve et VIe segments).

Or, la radiographie décèle un large spina bifida de la IIIe vertèbre cervicale. Les troubles observés sont donc dus à une malformation médullaire congénitale dont l'ouverture anormale du rachis n'est qu'un indice.

Ce qui est remarquable, c'est qu'aucun des signes classiques ne révèle extérieurement ce spina bifida (ni tuméfaction, ni dépression, ni hypertrichose, ni pigmentation, ni télangiectasie), et surtout que cette malformation congénitale est restée absolument muette jusqu'à l'âge de quarante ans pour se manifester alors seulement par un syndrome sensitivo-moteur très important. Cette observation est, à ce double point de vue, très analogue à celle d'une malade précédemment signalée par MM. Pierre Marie et André Léri.

Encéphalite épidémique à type myoclonique consécutive à un zona. — MM. Morel et Tapie.

Epithélioma atypique de la vessie avec adénopathie cancéreuse sus-claviculaire. — MM. Morel et Ch. Tapie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 21 mars 1923)

Plaies du péricarde. — M. Sauvé fait un rapport sur trois observations, deux qui sont adressées par M. Vergès et la troisième par M. Ferrari : la première a trait à une plaie thoracique par coup de couteau; matité précordiale étendue, mauvais état général. M. Vergès intervient : il s'agissait d'une petite plaie du péricarde avec large diffusion sanguine intrapéricardique; la petite brèche est agrandie, évacuation de l'épanchement, suture du péricarde sans drainage, guérison, qui se maintient et qui est constatée plus tard par la radioscopie.

Deuxième observation : coup de couteau, hémothorax gauche, signes d'hémorragie interne, augmentation de la matité précordiale. M. Vergès intervient quelques heures après l'accident : il y a perforation de la mammaire interne, plaie péricardique, même traitement que chez le premier blessé, guérison. Dans la troisième observation, il s'agissait d'une plaie diaphragmatique, M. Ferrari agrandit la brèche, trouve un épanchement sanguin énorme, évacue et ferme la plaie. M. Sauvé ajoute à ces faits un cas personnel dans lequel il a suivi la même conduite avec le même succès.

Ulcération perforée de l'estomac. — M. Dehelly (du Havre) apporte l'observation d'un malade présentant tous les signes d'un ulcère gastrique perforé. Etat grave, une intervention d'urgence s'imposait. M. Dehelly la pratique dix-huit heures après la perforation, à l'ouverture de l'abdomen s'écoule un liquide jaunâtre; l'ulcération se trouve au niveau de la petite courbure. L'état grave du malade commandait un minimum d'intervention. M. Dehelly pratiqua l'excision de l'ulcère, sutura et referma sans faire de gastro-entérostomie complémentaire. Guérison.

M. Bréchot analyse quatre observations de M. Charrier et deux de M. Ferrari également relatives à des ulcères perforés de l'estomac : signes de perforation, laparotomie, liquide louche, perforation gastrique à 3 centimètres du pylore, suture, guérison simple. La seconde observation est calquée sur la première et se termine de même par la guérison. Dans la troisième, M. Charrier fit la suture et une gastro-entérostomie complémentaire, mort par congestion pulmonaire, dans la quatrième observation suture et gastro-entérostomie, mort.

Dans les deux observations de M. Ferrari, suture, sans gastro-entérostomie, guérison.

De ces cinq malades, un seul avait eu des vomissements. Dans les deux cas où M. Charrier a pratiqué la gastro-entérostomie qui d'ailleurs était indiquée, les malades ont succombé. On peut tout de même conclure de ces faits que c'est au minimum d'intervention qu'il est préférable de recourir et qu'il ne faut pratiquer la gastro-entérostomie que quand elle est formellement indiquée.

Fibrochondrome de l'estomac. — M. Bréchot fait un rapport sur un cas rare rapporté par M. Charrier. Il s'agissait d'une tumeur stomacale qui présentait tous les signes d'un cancer. Opération, résection de la tumeur. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrochondrome de l'estomac. Ce cas, jusqu'ici, est unique.

Le protoxyde d'azote. — M. Lapointe, à propos de l'observation de M. Anselme Schwartz, ne croit pas que les accidents relevés par M. Schwartz soient attribuables au protoxyde d'azote. En effet dans le cas de M. Schwartz il s'agissait d'un hépatique et l'intervention était grave. M. Lapointe rapproche de ce fait celui d'un hépatique qu'il a opéré sous l'anesthésie du protoxyde d'azote. La vésicule biliaire était pleine de pus, elle contenait trois calculs, le malade a suc-

combé cinq jours après l'opération. M. Lapointe n'a jamais songé à incriminer le protoxyde d'azote. Il pense que le protoxyde d'azote est bien moins toxique que le chloroforme et continuera à y recourir.

Ostéosarcome traumatique de l'humérus. — M. DEHELLY communique une intéressante observation : un ouvrier reçoit une balle de coton qui lui fracture l'extrémité supérieure de l'humérus. Consolidation. Il reprend son travail. Un médecin constate qu'il a un très gros cal. Peu à peu, ce malade se trouve de plus en plus gêné dans ses mouvements. Six mois après la fracture, M. Dehelly le voit et constate l'existence d'un ostéosarcome. Il pratique la désarticulation interscapulo-thoracique Il guérit bien et neuf ans après meurt de pleurésie hémorragique. A l'autopsie on trouve de nombreux ganglions cervicaux et médiastinaux, une grande épaisseur de la plèvre. L'examen de la pièce fait par Letulle, après la désarticulation, a montré qu'il s'agissait d'un sarcome bourgeonnant, sarcome à myeloplaxes.

M. Dehelly ne saurait admettre une relation de cause à effet entre le traumatisme et l'ostéosarcome.

Cette communication donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Hartmann, Lenormant, Tuffier, Thiéry, Chevassu et Dehelly.

M. HARTMANN se demande si la fracture n'a pas été le résultat du sarcome.

M. THIÉRY ne croit pas non plus à l'étiologie traumatique de l'ostéosarcome.

M. MATHIEU cite un travail allemand d'où il résulte qu'on n'a jamais pu déceler l'origine traumatique de l ostéosarcome.

M. CHEVASSU ne croit pas qu'on puisse établir une relation entre le traumatisme et l'ostéosarcome.

M. MOUCHET croit que M. Dehelly devrait changer le titre de son observation et lui donner, par exemple, le titre suivant : ostéosarcome consécutif à une fracture.

M. DEHELLY, s'appuyant sur les radiographies successives, croit pouvoir dire qu'il s'agissait d'un ostéosarcome développé dans un foyer de fracture.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 MARS 1923)

Sur le cardiogramme énergométrique. — MM. Ch. LAUBRY et A. MOUGEOT se proposent d'estimer approximativement la valeur contractile du ventricule gauche en prenant pour fonction d'une part la pression minima, d'autre part la durée de la période présphygmique de la contraction ventriculaire. Cette méthode a l'avantage d'être fondée sur un moment où le muscle cardiaque effectue un travail statique, et où, par conséquent le volume et la vitesse de projection de l'ondée n'ont pas à intervenir.

La pénétration du goudron dans le tissu sous-cutané de la souris blanche au cours de badigeonnage (*projections microphotographiques*). — MM. G. ROUSSY, R. LEROUX et Ed. PEYRE, comme suite à leurs recherches sur le cancer expérimental par le goudron, étudient la pénétration des particules de goudron dans le tissu sous-cutané de la souris blanche au cours du badigeonnage.

Le matériel qui a servi à cette étude porte sur 140 souris, présentant des lésions variables allant de l'alopécie simple au papillome et à l'épithélioma.

Les particules de goudron se rencontrent, soit libres dans les espaces interstitiels, soit dans l'intérieur des cellules où elles siègent dans les éléments les plus divers : fibroblastes, cellules fixes anastomotiques et éléments lympho-conjonctifs de différents types.

Ces particules se présentent sous forme de grains arrondis de tailles variables, leur couleur est tantôt franchement noire, tantôt jaune verdâtre, tantôt jaune pâle. Elles siègent non seulement en assez grande abondance dans le derme et l'hypoderme de la région goudronnée, mais également dans la peau des flancs de l'animal et dans des organes comme la rate et les ganglions.

Par leur aspect morphologique, leurs réactions tinctoriales et leur comparaison avec les éléments du goudron qui persistent au niveau de la surface goudronnée, au-dessus des lames cornées de l'épithélium, il est facile de distinguer les particules du goudron des granulations des mastocytes. Ces derniers éléments chargés de granulations métachromatiques et orthochromatiques apparaissent, comme on le sait, nombreux dans le derme et l'hypoderme des souris traitées par le goudron, ainsi que par tout autre irritant comme l'a bien montré Bierich.

Les microphotographies en couleurs présentées par les auteurs mettent bien en évidence la différence qui existe entre les macrophages du goudron et les mastocytes.

Leucopédèse gastrique et cristalloïdes. — MM. M. LOEPER et G. MARCHAL étudient la leucopédèse gastrique consécutive à l'ingestion de solutions de cristalloïdes Cette leucopédèse varie dans son intensité et dans sa précocité avec la nature, la quantité et la concentration de la solution ingérée.

Elle est plus marquée avec le glucose qu'avec le saccharose, avec le chlorure de calcium qu'avec le chlorure de sodium. Elle atteint des sommets d'autant plus élevés que la proportion de ces substances est plus considérable. Elle est précoce avec les solutions isotoniques. Elle est, au contraire, retardée avec les solutions hypertoniques. On peut donc admettre que le rétablissement de la concentration moléculaire précède la leucopédèse comme elle précède la sécrétion du suc gastrique.

Présence du phosphore dans le méconium, son absorption par la muqueuse intestinale fœtale. — M. PARAT, par la technique microchimique de Mac Callum contrôlée in vitro par les méthodes chimiques usuelles, met en évidence du phosphore minéral et organique dans le méconium, du troisième au huitième mois de la vie intra-utérine. Des dosages lui ont montré que la teneur en phosphore, relativement élevée dans les parties supérieures du tube digestif, diminue dans les parties terminales de l'intestin grêle où l'on constate histologiquement l'activité résorbante la plus considérable.

Immuabilité de la structure dans les récidives locales successives des cancers traités par les radiations. — MM. Cl. REGAUD et Ant. LACASSAGNE. Les radiations peuvent provoquer dans le protoplasma de certaines cellules des modifications n'entraînant pas leur destruction immédiate, mais se manifestant par des anomalies au cours des générations cellulaires ultérieures.

Ces modifications aboutissent plus ou moins tôt, soit à la mort, soit à la guérison de la lignée cellulaire malade. C'est ainsi que les récidives de cancers irradiés montrent toujours une structure identique à celle du cancer avant l'irradiation.

Il ne semble donc pas que les radiations puissent déterminer, dans la cellule normale ou cancéreuse, l'acquisition de caractères nouveaux transmissibles.

Sur l'adsorption de l'acide salicylique par les albumines du sérum in vivo. — MM. CHABANIER, LOBO-ONELL et Mlle LEBERT pensent que la grande différence qui existe entre la salicylémie réelle et le taux théorique auquel cet acide devrait se trouver dans le sang (si on le calcule en se basant sur les lois de l'élimination rénale (K. d'Ambard) plaide en faveur de son adsorption in vivo par les albumines. Ce fait viendrait corroborer les expériences faite in vitro par ces mêmes auteurs.

De l'adsorption de l'ion salicylique in vivo. Du mode de sécrétion de l'ion salicylique par le rein. — MM. H. CHABANIER, M. LEBERT et C. LOBO-ONELL, partant de ce fait général que les constantes de sécrétion des diverses substances que le rein élimine sont identiques, ont calculé la teneur en ion salicylique que devrait avoir le plasma de sujets éliminant cet ion. Ils ont trouvé que les chiffres ainsi calculés sont inférieurs de beaucoup aux chiffres trouvés par dosage (dans la proportion de 1 contre 7 à 8). Ils ont conclu que l'ion salicylique est absorbé par les colloïdes du plasma et que l'ion salicylique présente un mode spécial de sécrétion par le rein : il n'a pas de seuil de sécrétion, et en apparence il paraît en avoir un. En réalité, il n'y a là qu'une apparence dont l'adhérence aux colloïdes du plasma donne l'illusion.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de syphiligraphie pratique. La syphilis et le praticien, par H. DROUIN, chef de laboratoire à l'hôpital Broca. Préface de L. HUDELO, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-8 écu, 610 pages, cart. avec 101 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Vigot frères.

Causeries chirurgicales (*première série*), par le docteur DARTIGUES. Une élégante plaquette éditée par le *Concours médical*, 132, faubourg Saint-Denis. — Prix : 1 fr. 50.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Macaigne, Ravaut, Marfan, Nobécourt, Guinon, Wiart, Brocq, Guillemot, Thiroloix, de Massary, Dalché.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Jeannin, Rudaux, Mouchet, Lévy-Solal, Brindeau.

UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE. — La deuxième session d'études de médecine et de pharmacie coloniales commencera le lundi 9 avril et se terminera à la fin du mois de juin par les examens permettant d'obtenir le diplôme d'études médicales et de pharmacie coloniales de l'Université d'Aix-Marseille.

Des épreuves supplémentaires spéciales peuvent conférer en plus le titre de médecin sanitaire maritime.

En dehors des places de médecins de l'Assistance publique indigène disponibles dans les principales colonies, des places sont offertes par les grandes compagnies coloniales, telles que la Compagnie cotonnière en Afrique occidentale.

L'Ecole de médecine de Dakar a demandé un professeur d'obstétrique. La Chambre de Commerce vient de mettre à la disposition de l'Institut deux bourses d'études de 1.500 francs chaque.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole de médecine, palais du Pharo, de 11 heures à midi et de 15 à 17 heures, ou à l'Institut de médecine et de pharmacie coloniales, 40, allées Léon-Gambetta, ancienne Faculté des sciences, de 10 heures à 11 h. 30.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de 2e classe Maguin, Donnadieu, de Lauwereyns de Rosendaele, Regnier.

MM. les médecins-majors de 1re classe Landolt et Texier.

Au grade de chevalier. — M. le médecin principal de 2e classe Le Tanneur.

MM. les médecins-majors de 1re classe Chevalier, Thévenard, Bordier, Sonrel, Arrufat, Faure, Artin-Delteil, Mouneyrat, Job, Henriot, Lambert, Perrin, Favre, Guenon des Menards.

MM. les médecins-majors de 2e classe Richer, Lestra, Marty, Jourdanet, Sirieys, Cremazy, Lenoir, Cadol, Ullmann, Rivière, Dessort, Rouanet, Triger, Bertherand, de Larroude de Legusson, Froussard, Tainturier, Chaffal, Lepelletier, Batsère, Yon, Oberthur, Niel, Bousquet, Sassier, Thomin, Grandin, Saussol, Lévi-Valentin, Breger, Dupuy, Crouzet, Volle, Luige, Maillard, Laquerrière, Cormon, Moggi, Besse, Laffitte, Netter, Lafond, Bosvieux, Petitjean, Gasne, Veaudelle, de Fornel, Rocher, Mesmain, Leynia de la Jarrige, Barrau, Weigert, Lefeurre, Duclion, Mulle, Dennece, Coste, Philibert, Barroyer, Grozelier, Barbier, Ollier, Escoffier, Bozo, Perquis, Voisin, Leullier, Raspide, Carette, Boucheseiche, Boursier, Flamand, Percheval, Marcantoni, Houssin, Castan, Duperier, Sergent, Nel, Blum, Binet, Lubin, Guibourg, Perrin, Jacquot, Soumireu-Mourat, Pinchart, Gautier, Le Moal, Madre, Bernot, Lefebvre, Fabre, Chabbert, Desbouis, Mariel, Foliasson, Moriez, Richard, Girod.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Phalip, Mignon, Vaquier, Horel, Lafond, Trémolières, Girard, Haranchipy, Hébert, Bertrand, Heiser, Lejonne, Cabrol, Ravanier, Perraudin, Labat, Feit, Cocard, Bosche, Legrand, Lenoble, Sikora, Maréchal, Santi, Dausset, Dubois, Benasson, Roze, Molumar, Judet, Amado, Ferreyrolles, Abord, Voiturier, Godart, Faisnel, Debout, Chassagnard, Lantuéjoul, Margouliss, Mutel, Chaumet, Decourtieux, Guilluy, de Kernaffleu de Kergos, Dariau, Florentin, Hardouin, Hatry, Delolm de Lalaurie, Relu, Tonnot, Blanc, Jehanin, Gaudefroy, Guitton, Sebillotte, Cambessedès, Auxion, Bernardie, Leclère, Grezel, Girard, Jallet, Kemmel, Constantin, Danziger, Grégoire, Ruffin, Delhomme, Vallet, Richard, Turc, Marcade, Charier, Fagot, Le Coz.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe Sue, Maheu, Le Mat, Frey, Saint-Martin.

— Commerce et Industrie. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Picquechef-Leval (de Paris).

MÉDAILLE MILITAIRE. — La médaille militaire a été décernée aux médecins du Service de santé militaire dont les noms suivent :

MM. les médecins sous-aides-majors Menguy, Moutard, Lumière, Saulnier, Pointis, Ducoudre, Chassignolle, Peltier, Amsler, Champion, Gueneau de Mussy, Grimes, Biar.

MM. les médecins auxiliaires Langlet, Aucher, Allain, Marceau, Boucher, Delattre.

LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS. — Nous recevons le communiqué suivant :

« Les médecins soussignés, émus des récentes communications faites dans les grands quotidiens sur une méthode exclusive de diagnostic et de traitement de la syphilis, employée par l'Institut prophylactique, croient devoir appeler l'attention du public sur les points suivants :

1° La méthode de diagnostic, dite de « floculation », qui n'est pas une méthode nouvelle, n'est pas supérieure aux autres méthodes de séro-diagnostic de la syphilis et paraît même, dans nombre de cas, moins sensible et moins fidèle.

2° Il est classique de suivre l'évolution de la syphilis par l'étude des réactions sérologiques et d'apprécier par là les effets du traitement, mais croire que l'on peut mesurer numériquement l'infection syphilitique (syphilimétrie) est illusoire et dangereux.

3° Il est imprudent d'affirmer la guérison de la syphilis, parce que pendant huit mois, la méthode de « floculation » et d'autres contrôles de laboratoire sont restés négatifs.

L'Institut prophylactique n'applique ni un procédé nouveau de diagnostic, ni des modes de traitement supérieurs à ceux employés par les autres médecins.

Docteur L. FOURNIER, médecin chef de service de l'hôpital Cochin.

Docteur P. GASTOU, chef du Laboratoire général des hôpitaux de la rive droite, à l'hôpital Saint-Louis.

Docteur GOUGEROT, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Docteur L. HUDELO, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis.

Docteur E. JEANSELME, professeur des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis.

Docteur LEREDDE, membre de la Société de dermatologie et de syphiligraphie.

Docteur André LÉRI, professeur agrégé, médecin chef de service, à l'hôpital Cochin.

Docteur LEVADITI, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

Docteur L. LORTAT-JACOB, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis.

Docteur LOUSTE, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis.

Docteur MILIAN, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis.

Docteur Marcel PINARD, médecin des hôpitaux.

Docteur QUEYRAT, médecin honoraire de l'hôpital Cochin.

Docteur P. RAVAUT, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Louis. »

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris est heureuse de faire connaître la lettre suivante de M. le Recteur qui consacre la campagne menée par l'A. E. depuis trois mois :

« M. le Ministre a appelé la bienveillante attention de son collègue de la guerre sur un vœu émis par les externes des hôpitaux qui suivent la préparation militaire supérieure et tendant à ce que leur brevet, une fois acquis, soit déclaré valable jusqu'au jour où, reçu ou ayant renoncé au concours de l'internat, ils feront leur service militaire. »

M. le Ministre m'écrit à ce sujet (12 mars courant) :

« Mon collègue vient de me faire connaître qu'il envisage la possibilité de conserver aux étudiants en médecine, jusqu'en fin de scolarité et dans les limites d'âge fixées par la loi, la validité du brevet militaire supérieur acquis après deux années de préparation. Ces dispositions figureront dans l'instruction définitive sur le fonctionnement de la préparation militaire supérieure qui paraîtra aussitôt après le vote du projet de loi sur le recrutement de l'armée. »

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — SECTION DE MÉDECINE. — Les membres de la section de médecine de l'A. ont tenu leur réunion annuelle le vendredi 23 mars, 15, rue de la Bûcherie.

Le président fit un exposé de la situation intérieure et extérieure.

Un nombre considérable d'étudiants en médecine se sont inscrits pendant l'année 1922-1923. Des professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux ont apporté également leur appui. Le service des remplacements a particulièrement bien fonctionné. Plus de 60.000 francs ont été procurés aux médecins et étudiants en fin de scolarité. La bibliothèque s'est accrue aussi dans de fortes proportions.

En ce qui concerne les questions extérieures, la section de médecine adhère à la F. M. R. P. et au Syndicat des médecins de la Seine.

Enfin, la création d'une revue mensuelle a été fort utile, car elle a permis de faire connaître « encore mieux » les efforts de la section et les travaux entrepris au cours de l'année précédente.

Ces déclarations ayant été approuvées à l'unanimité, le nouveau bureau fut ainsi constitué : président, M. Jean Crouzat, président sortant; vice-présidents, MM. Lehmann et Taillard; secrétaires, MM. Boyer et Nigay; trésorier, M. Chamalet; bibliothécaires, MM. Davoigneau, Desprez et Rousseau.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

ACTE DE COMPLAISANCE. NON-APPLICATION DE LA LOI DU 9 AVRIL 1898

L'acte de complaisance peut prendre le caractère professionnel, et comme tel tomber sous l'application de la loi du 9 avril 1898, s'il a été accompli dans l'intérêt de l'industriel, ou avec son autorisation tacite. Mais, au contraire, s'il s'agit d'un acte de complaisance accompli hors du lieu du travail, sans intérêt pour le patron, la loi de 1898 ne reçoit pas son application. Ainsi en a décidé la Cour de cassation dans son arrêt du 23 octobre 1922.

« Attendu, dit-elle, que le 14 novembre 1914, D..., voiturier au service de la commune d'Ivry, avait été chargé par le maire de conduire R... chez l'entrepreneur S...; que, sa mission accomplie, il a, de sa propre initiative et par pure obligeance, reconduit R... à son domicile, au lieu de rentrer directement à la mairie; qu'au cours de ce trajet il a été renversé par une voiture fourragère et a succombé quelques instants après;

Attendu que l'arrêt déclare que « l'endroit où s'est produit « l'accident et la direction suivie par la voiture municipale « démontrent, d'une manière certaine, que D... a été blessé « au moment où, après avoir terminé le travail commandé, il « utilisait la voiture dont il était conducteur, pour rendre « service à R..., son ami, en le ramenant à son domicile »;

Attendu qu'en l'état de ces constatations souveraines, l'arrêt attaqué a refusé à bon droit au représentant de D... le bénéfice de la loi du 9 avril 1898; qu'en effet l'accident est survenu dans un lieu où D... s'était rendu sans ordre ni autorisation de son patron, et en dehors de tout intérêt pour l'entreprise; que, par suite, il était sans relation avec le travail ».

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

SYMPTOMES D'ALARME

DE LA

MÉNINGITE TUBERCULEUSE DE L'ADULTE

Par E. TERRIS,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il est classique d'opposer à l'évolution cyclique de la méningite tuberculeuse de l'enfant, l'évolution anormale de celle-ci chez l'adulte; il n'en reste pas moins nécessaire de préciser les « symptômes d'alarme » qui peuvent attirer précocement l'attention du médecin. Ces symptômes tantôt frustes, tantôt isolés, insuffisants pour confirmer le diagnostic si important de méningite tuberculeuse, doivent toujours être suivis par l'étude du liquide céphalo-rachidien, dans ses manifestations tant cytologiques et bactériologiques, qu'hypertensives.

Céphalée. — Nous nous rapporterons dans cette étude aux différentes observations (20) de méningite tuberculeuse constatée dans le service de notre maître le docteur Pissavy. Dans la plupart de ces observations l'apparition d'un symptôme a permis de poser le diagnostic qu'une ponction lombaire est venue confirmer. Dans les observations (II, III, V, IX, XII), *la céphalée* a été la première et parfois l'unique manifestation clinique de la réaction méningée. C'est là un signe important. Il s'agit rarement d'une céphalée violente, gravative, arrachant des cris au malade, laquelle a permis de décrire une forme toute particulière : forme céphalalgique de Gübler. C'est au contraire une céphalée parfois très légère sur laquelle le malade n'attire pas directement l'attention; aussi, bien souvent, nous est-il arrivé d'être mis sur la voie du diagnostic de la méningite tuberculeuse en interrogeant systématiquement les malades bacillaires pour rechercher cette céphalée. Nous avons pu alors noter que cette céphalée était tantôt diffuse, plus rarement localisée, à la région frontale ou pariéto-frontale, tantôt continue, le plus souvent passagère et à tendance vespérale. Cette céphalée ne semble pas être augmentée par les efforts de la toux, les mouvements, les changements de position; si parfois elle domine le tableau clinique, bien souvent elle est fruste et passe au second plan, les lésions pulmonaires attirant toute l'attention. Elle est importante à rechercher, car elle peut guider et faire changer un pronostic que des lésions pulmonaires plus ou moins étendues pouvaient reporter à une plus ou moins longue échéance.

Obnubilation. — Cette céphalée, quelquefois signe unique, s'accompagne parfois d'un état d'obnubilation très particulier qu'il est difficile de préciser. Cette obnubilation très légère, très discrète, frappe d'autant mieux, que le malade a été suivi plus longtemps. Tel malade, qui les jours précédents se levait, allait et venait, reste continuellement alité; tel autre qui jusqu'à ce jour s'intéressait à différentes lectures ne présente plus la capacité suffisante pour faire une lecture suivie; tel autre qui répondait facilement aux questions qui lui étaient posées, semble progressivement répondre plus difficilement, plus lentement, parfois même présenter un léger état de torpeur. Bien souvent, l'habitude aidant d'ailleurs, l'aspect « d'absence » du facies du malade, le regard un peu vague, ne pouvant se fixer, l'état d'immobilité du visage et du corps, une allure un peu « drôle » du sujet, sont autant de modalités tantôt frustes, tantôt plus accentuées qui doivent retenir l'attention du médecin. Cette obnubilation, comme on le voit, peut s'observer sous des modalités diverses s'échelonnant du facies particulier, bizarre, du malade par rapport aux jours précédents jusqu'à un certain degré de « tuphos » ou même de torpeur, dans quelques cas on peut voir apparaître un état comateux, soit progressif (IX), soit brutal (forme comateuse d'emblée) où le diagnostic peut être hésitant avec une méningite cérébro-spinale et surtout une encéphalite épidémique. On conçoit dans ces cas toute l'importance clinique, diagnostique et thérapeutique de l'emploi de la ponction lombaire.

Constipation. — Céphalée, obnubilation, sont parfois associées à de la constipation, et ce troisième signe prend une signification plus importante encore si l'on songe que la diarrhée de quelque origine qu'elle soit est un signe fréquent chez les tuberculeux avancés.

Ce sont là en réalité les seuls signes fonctionnels précoces qui ressortent de l'analyse détaillée de nos observations et sur lesquels nous attirons l'attention, car leur fréquence est grande, et leur intérêt ne le cède en rien à l'utilité de les dépister. Rappelons cependant la rareté chez l'adulte de l'existence du « trépied méningitique classique », la rareté aussi des phénomènes vertigineux ainsi que la position dite « en chien de fusil ». On retrouve parfois cette position chez l'adulte, mais elle est passagère, momentanée, et n'apparaît qu'à une phase avancée de la réaction méningée. On peut cependant voir apparaître des vomissements; en étudiant leur mode d'apparition, on note qu'ils n'ont point le caractère des vomissements du type cérébral, ils sont d'une nature toute différente; d'ailleurs la thérapeutique actuelle (chlorure de calcium, carbonate de bismuth, etc.) est une aide efficace dans le diagnostic de leur différenciation.

Ces troubles fonctionnels peuvent dans bien des cas être les seuls témoins cliniques d'une réaction méningée; aussi n'est-il pas inutile d'insister sur leur valeur, leur fréquence, et leur interprétation. Certes, leur présence est insuffisante à poser le redoutable diagnostic de méningite tuberculeuse qu'une ponction lombaire doit toujours venir confirmer, mais leur apparition au cours d'une évolution tuberculeuse viscérale et à fortiori séreuse caractérise le véritable « syndrome d'alarme » de la méningite tuberculeuse de l'adulte.

Réflexes. — Parmi nos observations quelques-unes nous permettent de signaler les variations cliniques multiples dans le mode de début parfois très fruste de cette affection, dans la symptomatologie parfois étrange que revêtent les différentes formes de méningite tuberculeuse. Comme nous le signalerons à la fin de cette étude pratique, tous ces faits tiennent à la nature disparate des lésions anatomo-pathologiques de leur localisation. Nous montrerons dans l'analyse de quelques-unes de nos observations les principaux symptômes physiques d'alarme qui au même titre que les symptômes fonctionnels d'alarme peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic précoce. Ces symptômes sont tous tributaires du système nerveux et parmi eux certains ont une fréquence

très nette : telles les observations (I, VI, XIII), où l'on relève comme premier signe une exagération des réflexes tendineux. Cette exagération des réflexes présente une valeur réelle quand elle est unilatérale et s'étend aux réflexes tendineux de tout un membre. Elle est d'ailleurs prédominante surtout aux membres inférieurs, intéressant exceptionnellement l'un ou l'autre des deux réflexes principaux rotulien ou achilléen. Cette exagération est variable dans son ampleur, tantôt légère, difficile à interpréter, tantôt au contraire très vive, elle s'accompagne souvent de clonus du pied, de mouvements épileptoïdes provoqués, soit de la rotule (rarement), soit du pied (assez fréquent comme signe isolé). Quelquefois un signe de Babinski unilatéral (obs. XIII) vient se surajouter, montrant une participation du faisceau pyramidal. Aussi n'est-il pas inutile, comme nous le montre la série de nos observations, de rappeler l'importance de l'examen systématique des réflexes chez les tuberculeux, permettant ainsi de déceler une réaction méningo-encéphalique latente, ou encore d'éclairer d'une manière plus nette des signes paraissant de prime abord insignifiants (céphalée légère intermittente; obnubilation spéciale; troubles psychiques légers, etc.).

Sensibilité. — Le syndrome sensitivo-sensoriel est assez fréquemment observé; il faut y penser comme symptôme d'alarme et nous-mêmes avons eu l'occasion de noter son existence comme premier signe, isolé dans un cas (obs. XIX) d'une méningite tuberculeuse. Les signes constitutifs de ce syndrome sont bien rarement nombreux et généralisés, le plus souvent ce sont des signes localisés, assez frustes, se caractérisant par de simples crampes, des phénomènes d'hyperesthésie, des fourmillements, de la cryesthésie, voire même d'anesthésie (obs. XI). On conçoit combien il faut être prudent dans le fait de poser un diagnostic sur des bases aussi fragiles. On devra alors procéder par voie d'élimination, par l'examen général du malade (sans oublier que ces signes peuvent être dus simplement à un syndrome d'irritation radiculaire, en particulier à un mal de Pott).

L'observation XIX est intéressante, car le seul signe qui nous permit d'établir le diagnostic fut une aphasie progressive mais rapide avec vérification par la ponction lombaire. Cette forme aphasique décrite par les auteurs n'est cependant pas fréquente, nous la relevons une seule fois dans le cours de nos observations.

Motricité. — Ce syndrome sensitivo-sensoriel ne reste pas toujours isolé dans son évolution et bien souvent on voit apparaître des signes de réaction du côté du système moteur. Ces lésions motrices sont multiples dans leur variété, et l'analyse résumée de nos observations permet de noter la prédominance plus marquée de quelques signes particuliers dont l'apparition plus ou moins rapide met sur la voie du diagnostic. Ainsi le malade qui fait le sujet de l'observation (VII) a présenté une hémiplégie droite qui a d'abord débuté par une monoplégie du membre inférieur droit avec parésie très marquée du membre supérieur du même côté: plus tardivement, ce malade présenta quatre à cinq jours avant sa mort de l'exagération des réflexes du côté opposé, puis une paraplégie des membres inférieurs avec parésie du membre supérieur droit. Cette observation montre l'extension progressive, l'envahissement, lent il est vrai, des méninges chez un tuberculeux (en cours de pneumothorax).

L'atteinte de la motricité est parfois moins diffuse, moins extensive, et porte sur un groupe de nerfs; nous relevons dans cet ordre d'idée les observations (IX, IV) où l'on constate la paralysie du nerf facial, du moteur oculaire commun, du moteur oculaire externe. Il semble d'ailleurs que, de toutes les altérations motrices, l'atteinte des nerfs de la base est assez fréquente, bien qu'il soit classique de signaler l'atteinte des méninges de la base comme rare chez l'adulte.

Tels sont les aspects les plus fréquents des symptômes d'alarme de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Il est tout à fait exceptionnel de constater, dès le début, soit des convulsions localisées, (obs. VIII), soit des contractures localisées à un muscle ou à un groupe musculaire; c'est le plus souvent à la période terminale de l'évolution de la méningite que l'on peut noter des convulsions ou des contractures généralisées, véritable forme éclamptique ou tétanique (obs. XVIII).

Hypertension du liquide céphalo-rachidien. — Certes, en présence de ces différents symptômes, et en particulier de ceux que nous appelons symptômes d'alarme (céphalée, obnubilation légère, exagération uni ou bilatérale des réflexes), il serait un peu prématuré de poser un diagnostic de méningite tuberculeuse. Il faut alors recourir à la ponction lombaire, non pas que, systématiquement, dès le début, on rencontre une réaction cytologique ou un examen bactériologique positif, mais bien plus souvent on trouve, comme premier signe de la réaction méningée, une hypertension cranienne très nette qui doit retenir l'attention du clinicien. Ce syndrome d'hypertension cranienne se présente dans la pratique courante sous des aspects variés :

a. L'hypertension du liquide céphalo-rachidien est pure et ne s'accompagne d'aucun autre signe d'hypertension cranienne (absence de céphalée, de vomissements, de convulsions, etc.). Cette hypertension peut alors être isolée comme signe clinique avec un liquide normal dans sa constitution chimique et leucocytaire, bien que l'autopsie, faite dans les vingt-quatre heures qui suivent la dite ponction, permette de constater la présence de petites granulations localisées surtout dans le voisinage des scissures et, en particulier, au niveau de la scissure de Sylvius et sur la pie-mère recouvrant le lobe de l'insula (obs. XIV). Cette hypertension peut, au contraire, s'accompagner de toute la gamme de la réaction du liquide céphalo-rachidien propre à la méningite tuberculeuse.

Hypertension + hyperalbuminose = deuxième signe le plus constant.

Hypertension + hyperalbuminose + lymphocytose. (Nous n'avons jamais constaté de dissociation entre la présence de l'albumine et de la lymphocytose.) Dans nos ponctions faites en série et dès le début, nous avons pu noter des poussées de polynucléose, classiquement décrites.

Hypertension + hyperalbuminose + lymphocytose + présence de bacilles de Koch. Nous n'avons jamais constaté de dissociation entre la présence de bacilles de Koch et une lymphocytose marquée. Petit point de détail, nécessité de faire une centrifugation très prolongée (une heure avec centrifugeuse tournant à 3 à 4.000 tours à la minute) pour mettre plus facilement en évidence les bacilles.

b. L'hypertension du liquide céphalo-rachidien n'est pas un signe isolé, mais s'accompagne souvent du signe le plus constant et le plus précoce : la céphalée. Si nous avons suffisamment insisté sur la céphalée, nous nous permettons d'attirer l'attention sur quelques faits particuliers de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Toutes nos recherches ont été faites, le malade dans la position couchée, tension normale en cette position, 15 à 20 centimètres cubes d'eau classiquement (des examens faits en série au début de rachianesthésies permettent d'élever légèrement ce chiffre normal de 20 à 25 centimètres cubes d'eau), avec le même appareil et au niveau du point d'élection entre la Ire et IIe vertèbre lombaire.

Dans douze de nos observations de tuberculose pulmonaire contrôlée cliniquement, radioscopiquement et bactériologiquement, nous avons trouvé :

Deux cas (obs. XVI, XVII) d'hypertension pure du liquide céphalo-rachidien, sans autres signes cliniques surajoutés.

Trois cas (obs. II, obs. V, obs. XIII) d'hypertension du liquide céphalo-rachidien avec céphalée.

Sept cas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien avec réaction lymphocytaire marquée et présence de bacilles de Koch (décelée in vivo ou au cours de prélèvement nécropsique).

Dans les cinq premiers cas, la vérification anatomique (semis de petites granulations typiques, plaques laiteuses méningées tuberculeuses, etc.) permet de rapporter à une méningite tuberculeuse les signes de réaction séreuse.

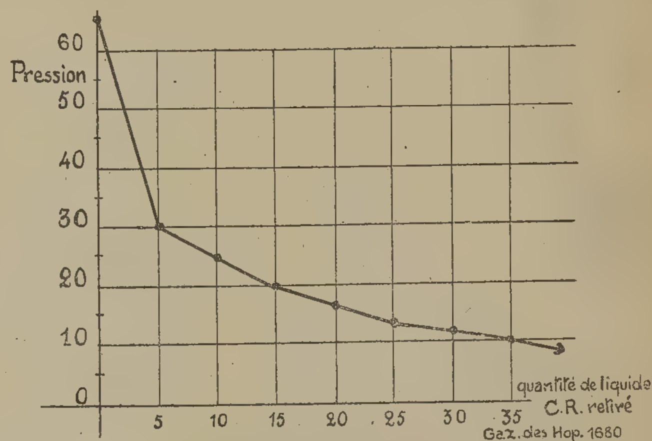
Cette hypertension oscille entre 45 et 70 de tension maxima; et, à ce propos, nous avons pu faire quelques constatations intéressantes :

1° La reproduction rapide du liquide céphalo-rachidien; dans trois cas, la ponction lombaire fut pratiquée dans les vingt-quatre heures qui suivirent la première ponction et donna des chiffres identiques à la première ponction.

2° La chute rapide de la pression après l'évacuation de 3 à 5 centimètres cubes de liquide; cette chute augmente lentement pour atteindre une pression moyenne comprise entre 20 et 30 centimètres cubes d'eau, pression à laquelle le liquide céphalo-rachidien se maintient jusqu'au moment où l'on retire 10 centimètres cubes. Elle tombe ensuite progressivement et très lentement pour tendre vers 0.

3° La rareté des signes de compression (en particulier, troubles du fond de l'œil, trois cas, trois examens négatifs), malgré la haute tension du liquide céphalo-rachidien.

4° L'intérêt clinique de l'emploi du manomètre de Claude dans le traitement, actuellement classique, de la méningite tuberculeuse par les ponctions lombaires répétées. Son emploi permet de suivre la décompression progressive de la tension intracranienne. Or, cette décompression n'est nullement en rapport avec la quantité du liquide soustrait. En d'autres termes, si pour un cas où nous avons retiré 12 centimètres cubes de liquide, nous obtenons une chute de 26 centimètres cubes d'eau; dans d'autres cas, nous avons dû retirer 25 centimètres cubes de liquide pour obtenir une chute de pression de 24; dans un autre cas, enfin, 7 centimètres cubes de liquide retiré nous ont amené une chute de 30 centimètres cubes d'eau. Si l'emploi de cet appareil permet de suivre la décompression, il donne, en outre, la possibilité de limiter et de ralentir la rapidité de la décompression.



Nous n'avons pas étudié dans quelle limite et jusqu'à quelle quantité, il était possible d'aller; mais il semble, et cela peut être d'un intérêt clinique dans certains cas de méningite tuberculeuse avec accidents d'hypertension rebelle (céphalée en particulier), que le point capital n'est pas la quantité de liquide à soustraire, mais la rapidité de la chute de la pression intracranienne, celle-ci entraînant des accidents, parfois graves, de décompression (céphalée rebelle, vertiges, éblouissements, syncopes, phénomènes parétiques surtout au niveau des membres inférieurs, etc.). Ce fait est corroboré par certains travaux d'auteurs anglais dans la méningite syphilitique et surtout le tabes et la paralysie générale, qui signalent le drainage filiforme de la cavité arachnoïde comme un excellent moyen thérapeutique; cette technique fut d'ailleurs employée dans le traitement de la méningite tuberculeuse. Nous opposerons cependant, à ces faits, l'opinion de Milian (in *Paris médical*, 1922) sur les suites et accidents consécutifs à la ponction lombaire.

5° Signalons comme corollaire l'effet curatif de cette décompression sur les signes surajoutés de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (céphalée, crises convulsives, régression des troubles moteurs, disparition de l'état de torpeur, etc.).

Chez trois de nos malades, nous avons pu suivre l'évolution de cette hypertension; si, parfois, elle a semblé constante et égale dans la plupart de nos observations, et dans les trois cas que nous signalons, cette hypertension au cours des différentes ponctions lombaires pratiquées, a évolué par poussées : 45-24-50; 60-40-50; 50-60-35. Les poussées peuvent s'expliquer, soit par de nouvelles localisations de l'injection méningée, soit par l'organisation de foyers de réaction méningée, soit par un ensemencement terminal de la pie-mère (obs. XVI), traduisant dans tous ces cas (suivant Brudzinski, 1916) de nouvelles poussées inflammatoires. Dans un cas cependant (obs. XVII), malgré l'hypertension 55, nous n'avons trouvé aucune lésion macroscopique des méninges, si ce n'est une distension ventriculaire énorme avec aspect lavé des parois, des plexus choroïdes congestionnés et volumineux ne présentant aucune altération de localisation tuberculeuse. (Nous rapprocherons cette observation des cas décrits par Luincke (1893), P. Merle (1910), qui relatent d'ailleurs les observations antérieures de Rilliet et Barthez, Billroth, Oppenheim, Hutinel).

En résumé, chez un bacillaire, l'apparition d'une

hypertension du liquide céphalo-rachidien avec ou sans signes surajoutés cliniques d'hypertension intracranienne doit toujours faire réserver le pronostic. Cette règle peut toutefois souffrir de nombreuses exceptions. Si elle a une valeur absolue dans le cas de méningite dite terminale chez un cavitaire avéré avec très mauvais état général, cette règle peut perdre de sa valeur chez un tuberculeux latent, torpide, surtout dans les formes fibreuses de tuberculose pulmonaire. Dans ces cas, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien peut être fonction, soit d'une hypertrophie, d'un épaississement méningé, soit de kystes sous-dure-mériens, de méningites séreuses enkystées, de gommes tuberculeuses ou de nodules calcifiés, tous aspects anatomo-pathologiques qui montrent des lésions anciennes, éteintes, susceptibles, il est vrai, d'être l'épine irritative de nouvelles poussées. Tous ces faits expliquent, d'une part, les poussées de réaction méningée, au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, et d'autre part, la fréquence de la méningite granulique terminale chez un malade ayant présenté, durant l'évolution de sa tuberculose pulmonaire, des poussées de réaction méningée améliorée ou non par la ponction lombaire.

Conclusions générales. — L'analyse de nos différentes observations nous permet de conclure que :

1° La méningite tuberculeuse de l'adulte est toujours secondaire à une lésion tuberculeuse. Tantôt cette lésion semble être éteinte ou latente, tel qu'au cours d'une tuberculose osseuse ou articulaire (obs. X), ou à la suite d'une castration pour tuberculose orchi-épididymaire (obs. IV), ou même d'une otite tuberculeuse; tantôt au contraire elle fait son apparition au cours d'une évolution tuberculeuse nettement constatée (tuberculose pulmonaire avérée en particulier, voire même pneumothorax artificiel (obs. IX); tantôt enfin elle apparaît comme un épiphénomène au milieu du tableau d'infection bacillaire généralisée, ce dernier cas ne présentant aucun intérêt clinique.

2° La méningite tuberculeuse de l'adulte paraît atteindre le plus souvent la corticalité, et dans celle-ci la convexité de l'encéphale. C'est ainsi que nous avons mentionné au cours de nos observations des lésions de la base du cerveau avec paralysies oculaires, troubles auditifs, etc., des signes de lésion profonde du cerveau auxquels nous pouvons rattacher les troubles psychiques si fréquents dans l'évolution de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Nous avons insisté tout particulièrement sur ces troubles psychiques, parfois très frustes, qui dénotent soit des phénomènes d'hypertension cranienne rétrocédant momentanément après les ponctions lombaires, soit bien souvent des phénomènes d'intoxication des centres nerveux ne rétrocédant pas après ponction lombaire même abondante et qui dans certains cas ont pu présenter un certain intérêt médico-légal.

3° La méningite tuberculeuse de l'adulte semble ne constituer que de petits foyers souvent nettement localisés, atteignant soit la méninge seule (pachyméningite en plaques), soit la méninge et l'écorce cérébrale (foyer de nécrose cérébro-méningé), soit enfin plus profondément le parenchyme cérébral, en particulier sous forme de lésions artérielles permettant alors de comprendre l'apparition brutale d'une hémorragie méningée ou d'un foyer de nécrose secondaire. Ces lésions localisées s'opposent aux lésions diffuses de la méningite tuberculeuse de l'enfance et déterminent au point de vue clinique la fréquence des formes monosymptomatiques que nous avons retrouvées dans le cours de nos observations.

4° La méningite tuberculeuse de l'adulte, enfin, en raison et de la possibilité de son apparition au cours d'une tuberculose torpide, latente, et de sa localisation en foyer sur la convexité du cortex, présente une évolution extrêmement variable où l'on voit des malades emportés en quelques heures au milieu d'accidents impressionnants de réaction méningée, ou au contraire des malades dont les signes de réaction méningée disparaissent pour reparaître plus tardivement et sous des aspects cliniques très variés.

En résumé, nous désirons attirer l'attention sur le fait que l'histoire clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte est essentiellement trompeuse en raison des multiples formes, parfois très frustes, que présente cette méningite. Il ne faut point perdre de vue qu'au cours d'une tuberculose appréciée comme très discrète tant par ses lésions articulaires, osseuses, que par ses lésions pulmonaires, il est possible de noter l'apparition de petits signes précoces de localisation méningée qu'il faut toujours systématiquement rechercher. Ces petits signes éclairent l'évolution et le pronostic d'une tuberculose et permettent en particulier, sauf quelques rares exceptions, d'en réserver le pronostic.

Ainsi au cours de l'évolution d'une tuberculose viscérale et surtout séreuse, l'examen local de la lésion doit toujours être suivi de l'examen des fonctions motrices, réflexes, sensitives, psychiques du malade; bien souvent le praticien sera lui-même étonné de découvrir parfois un signe très léger de réaction méningée qu'une ponction lombaire viendra confirmer soit par un signe à notre avis toujours constant, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, soit par la réaction classique de ce liquide dans la méningite tuberculeuse.

Résumé des observations. — OBSERVATION I. — Er... (Gabriel), salle Henouille, âgé de trente-quatre ans.

Bacillose nodulaire discrète, bilatérale, apyrétique.

Apparition de température, sans aucun signe de réactions méningées. Quatre jours après le début de la température, exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs, pas de Kernig, pas de raideur.

Ponction lombaire : liquide clair, hyperalbuminose, lymphocytose abondante, hypertension, pas de B. K., W. négatif.

Autopsie : petites granulations typiques le long de l'artère sylvienne.

OBS. II. — G..., salle Dujardin 2, âgé de trente-six ans.

Bacillose nodulaire bilatérale, très étendue, pyrétique.

Céphalée, vertiges, aucun autre signe de réactions méningées.

Ponction lombaire : liquide clair, hypertension marquée 50, hyperalbuminose, lymphocytose abondante, B. K., W. négatif.

Autopsie : petites plaques laiteuses diffuses, prédominantes sur les lobes frontaux, pas de granulations.

OBS. III. — Ch..., salle Dujardin 13, âgé de cinquante-six ans.

Bacillose nodulaire bilatérale, étendue, pyrétique, évoluant chez un bronchitique emphysémateux.

Céphalée : pas de signes de réactions méningées ou d'hypertension cranienne.

Ponction lombaire : liquide clair, hypertendu (non mesuré avec le manomètre), lymphocytose marquée : huit éléments

par bande à la cellule de Nageotte, pas de B. K., W. et benjoin colloïdal négatifs.
Autopsie : tuberculome.

Obs. IV. — Mad..., salle Strauss 10, âgé de quarante-trois ans.
Bacillose nodulaire bilatérale, très discrète, apyrétique, chez un malade castré pour orchi-épididymite tuberculeuse, présentant une double pyélonéphrite tuberculeuse.
Apparition d'une poussée de température 38-39 degrés, d'une durée de cinq jours au cours de laquelle céphalée, un vomissement, paralysie faciale du côté droit, exagération des réflexes tendineux. Examen oculaire, néant.
Ponction lombaire : liquide clair, hypertension 50-30, lymphocytose peu marquée (10 par champ), hyperalbuminose, B. K.
Le malade est sorti sur sa demande. Rémission d'un mois et demi. Malade meurt au service des voies urinaires. Pas d'autopsie des centres nerveux.

Obs. V. — Marcel..., Dujardin 6.
Bacillose nodulaire bilatérale, très étendue, pyrétique.
Céphalée, pas de signes de réaction méningée.
Ponction lombaire : liquide clair, hypertendu 50, lymphocytose très abondante, hyperalbuminose, pas de B. K.
Autopsie : tuberculome.

Obs. VI. — Ju..., Chauffard 13.
Bacillose nodulaire bilatérale, très étendue, pyrétique.
Pas de céphalée, exagération des réflexes tendineux du côté droit, clonus du pied de ce côté, pas de Babinski, pas d'autres signes de réaction méningée ou d'hypertension cranienne.
Ponction lombaire : liquide clair, hypertension 45-24-50 (pression de trois ponctions lombaires faites à trois jours et quatre jours d'intervalle), hyperalbuminose légère 0g40, lymphocytose peu marquée, présence de B. K.
Autopsie : aspect laiteux de la pie-mère en placards dans les régions fronto-pariétales, quelques granulations le long de la scissure de Sylvius, distension des ventricules latéraux, hypercongestion des plexus choroïdes.

Obs. VII. — Am..., Strauss 4.
Bacillose nodulaire étendue du poumon gauche (pneumothorax), réaction appendiculaire. Au cours du pneumothorax :
10 mai 1922. Hémiplégie droite : abolition de la motilité dans le membre inférieur droit, parésie dans le membre supérieur droit, trépidation épileptoïde du pied droit. Babinski positif, pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, pas de signes d'hypertension cranienne.
Ponction lombaire : liquide clair, très hypertendu, lymphocytose (30 par champ), W. négatif.

Obs. VIII. — Gr..., Wallez 8.
Bacillose nodulaire étendue des deux poumons. Réaction entéro-péritonéale.
Apparition d'un état d'excitation psychique sans autres signes de réaction méningée ; à cette phase d'excitation fait suite une longue période (vingt-cinq jours) d'un délire onirique tranquille. Aucun phénomène durant toute l'évolution de réactions méningées périphériques ; dans les vingt-quatre heures qui précédèrent la mort, petites crises épileptiformes dans le membre supérieur droit.
Ponction lombaire : liquide clair, hypertension 55 (le retrait de 27 centimètres cubes de liquide ramène lentement la pression à 30), hyperalbuminose, lymphocytose marquée, B. K., W. et benjoin colloïdal négatifs.
Autopsie : petites granulations le long de l'artère sylvienne, existence de petites suffusions sanguines dans les régions frontales et occipitales.

Obs. IX. — Pat..., Strauss 15.
Bacillose nodulaire unilatérale étendue (pneumothorax artificiel droit).
Apparition trois mois après le début du traitement de céphalée, de cauchemars, puis le malade tombe en état de torpeur de plus en plus profonde. Coma. Au cours de celui-ci on note paralysie des IIIe, VIe, VIIe paires craniennes. Ponction lombaire répétée, abondante. Malade sort du coma. Examen oculaire, néant.
Ponction lombaire : liquide clair, hypertension (première ponction, 57 ; deuxième ponction, cinq jours plus tard, 54), hyperalbuminose 2 grammes, culot de centrifugation, lymphocytose marquée, B. K. dans les deux ponctions, W. et benjoin colloïdal négatifs.

Obs. X. — Mich..., Dujardin 6.
Bacillose nodulaire bilatérale peu étendue. Tumeur blanche du coude.
Malade reçu à la consultation du service le 26 août pour des signes de bacillose pulmonaire, rien d'anormal. Dans la nuit du 26-27 août, phénomènes d'excitation avec délire non systématisé. Aspect de delirium tremens ayant nécessité des moyens énergiques de contention. Mort dans la nuit du 27-28 août.
Ponction lombaire : liquide clair, hypertension 60 (la ponction n'amène aucune rétrocession des phénomènes délirants), hyperalbuminose, lymphocytose peu marquée, quelques polynucléaires, B. K., W. dans le liquide négatif.
Autopsie : aspect gélatineux dans les régions scissurales, épaississement par plaques disséminées de la pie-mère, distension des ventricules latéraux, hypercongestion des plexus choroïdes.

Obs. XI. — Ob..., Dujardin 3.
Bacillose nodulaire bilatérale très étendue avec pyopneumothorax spontané à gauche.
Au cours de son hospitalisation, malade se plaint de crampes, de phénomènes douloureux dans les membres inférieurs prédominants à droite, hypoesthésie très marquée dans la région postérieure et externe de la jambe droite, pas de troubles réflexes, pas de Kernig, pas de signes d'une localisation vertébrale (confirmation faite par autopsie).
Ponction lombaire : liquide clair, hypertension 47, hyperalbuminose, lymphocytose légère, pas de B. K., W. et benjoin colloïdal négatifs.
Autopsie : petites plaques de sclérose méningée, petite formation kystique au niveau du deuxième lobe temporal, quatre à cinq granulations nettes le long de l'artère sylvienne droite.

Obs. XII. — Mitri..., Strauss 4.
Bacillose nodulaire bilatérale prédominante à droite.
Au cours de l'évolution, apparition d'une céphalée vive à prédominance vespérale non calmée par les antinervins habituels, pas de signes de réactions méningées périphériques (ni raideur de la nuque, ni Kernig), à noter très tardivement l'apparition d'une exagération très légère du réflexe rotulien droit, amélioration par des ponctions lombaires répétées. Examen oculaire, néant.
Ponction lombaire : liquide clair, hypertension 50-55-35 (tension de trois ponctions lombaires faites à trois et quatre jours d'intervalle), très légère hyperalbuminose 0g35, lymphocytose 8 à 10 par champ, un seul examen de B. K. positif.

Obs. XIII. — Lag..., Woillez 3.
Bacillose nodulaire bilatérale très étendue à évolution rapide.
Céphalée légère, quelques vertiges, exagération des réflexes prédominants du côté droit. Babinski à droite.
Ponction lombaire : liquide clair, hypertension 45-24, hyperalbuminose 0g40, lymphocytose importante 30 à 40 par champ, pas de B. K., W. négatif.
Autopsie : quelques fines granulations disséminées sur les lobes frontaux et pariétaux, épaississement de la pie-mère au niveau de la scissure de Sylvius droite, une tache de suffusion sanguine sur le lobe frontal droit (face externe).

Obs. XIV. — Opo..., Woillez 8.
Bacillose nodulaire bilatérale étendue.
Quelques vertiges, aspect obnubilé de la malade très différent de son aspect habituel, réflexes tendineux un peu vifs, raideur de la nuque apparaît dans les cinq derniers jours.
Ponction lombaire : liquide clair, hypertension 56, hyperalbuminose 0g25 (presque normale), lymphocytose 8, par bandes à la cellule de Nageotte, pas de B. K., W. négatif.
Autopsie : tension marquée de la dure-mère, aspect gélati-

niforme à l'ouverture de la dure-mère, plaques de pie-mérite diffuse, granulations nettes sur le lobe de l'insula.

Obs. XV. — Je..., Strauss 15.

Bacillose pulmonaire à forme granulique à évolution lente, cinq mois; lésions entéro-péritonéales.

Céphalée, exagération des réflexes du côté droit, clonus du pied droit, Babinski positif, quelques jours après l'apparition de ces signes, légère raideur de la nuque.

Tous ces signes persistent environ un mois, puis disparition; durant les quatre mois qui ont suivi on ne note aucun signe évident de réaction méningée.

Ponction lombaire pratiquée à la période des signes de réaction méningée montre : liquide clair, hypertendu, hyperalbuminose, lymphocytose très discrète 5 à 6 par bandes à la cellule de Nageotte, pas de B. K., W. négatif.

Autopsie : A l'ouverture de la dure-mère écoulement d'une grande quantité de liquide céphalo-rachidien, petites taches de suffusion sanguine, deux plaques de sclérose ancienne, l'une dans la scissure sylvienne droite, l'autre sur le lobe temporal gauche.

Obs. XVI. — Du..., Chauffard 10.

Bacillose nodulaire bilatérale très étendue chez un bronchitique emphysémateux.

Aucun signe de réaction méningée, obnubilation particulière du malade.

Ponction lombaire : liquide clair, hypertension (liquide sort en jet), pas d'hyperalbuminose, pas de lymphocytose, pas de B. K., W. négatif.

Autopsie : aspect laiteux diffus de la pie-mère, granulations nettes, petites, peu confluentes, localisées aux régions scissurales.

Obs. XVII. — Mal..., Woillez 8.

Bacillose nodulaire bilatérale très étendue.

Aucun signe de réaction méningée; malade qui se levait, reste alité, état d'obnubilation particulière du malade sans torpeur, ni somnolence.

Ponction lombaire : liquide clair, hypertendu 55, pas d'hyperalbuminose, pas de lymphocytose, pas de B. K., W. négatif dans le liquide C. R.

Autopsie : plaques de pie-mérite diffuse d'aspect sclérosé sans zone réactionnelle périphérique, distension des ventricules latéraux, plexus choroïdes fortement congestionnés présentant deux à trois petites granulations nettes.

Obs. XVIII. — Opl..., Dujardin 10.

Bacillose nodulaire bilatérale très étendue avec prédominance des lésions du côté droit.

Apparition de raideur de la nuque, de Kernig, d'exagération des réflexes des membres inférieurs. Dans les jours qui suivent la raideur se généralise, véritable aspect de contracture surtout prédominante aux membres inférieurs et à la colonne vertébrale. Réflexes des membres supérieurs sont vifs.

Ponction lombaire : liquide clair, très hypertendu, hyperalbuminose, lymphocytose marquée, B. K.

Pas d'autopsie.

Obs. XIX. — Berl..., dix-sept ans, salle Beau, 14.

Bacillose nodulaire bilatérale discrète, apparition d'une aphasie complète, aucun signe périphérique.

Ponction lombaire : liquide clair, hypertendu, hyperalbuminose, lymphocytose marquée, présence de B. K.

Pas d'autopsie.

Obs. XX. — Shi..., trente-quatre ans, salle Woillez, 13.

Bacillose à forme bronchitique avec infiltration des deux sommets.

Etat général médiocre, asthénie complète, pas de céphalée, somnolence marquée, pas de signes périphériques.

Puis apparition de vertiges, de céphalée, de vomissements, plus tardivement encore parésie du facial supérieur, inégalité pupillaire. Aucun autre signe périphérique.

Ponction lombaire : liquide clair, hypertendu, lymphocytose 5 à 6 par champ, B. K. courts.

ACTUALITÉS

LA QUESTION DU " CHOPART "

De même que la « question d'Orient » renaît périodiquement dans les conférences diplomatiques, la question du « Chopart » est l'objet de discussions périodiques dans les Sociétés médicales, en particulier à la Société de chirurgie de Paris. Les discussions de 1860, 1880, 1900 n'avaient pas fixé sur la valeur de l'opération et chopartistes et antichopartistes étaient restés sur leurs positions.

Vint la guerre. Le Chopart, opération facile, ou qui du moins paraît facile; opération bien connue des praticiens, souvent « demandée » aux examens de médecine opératoire, fut souvent pratiquée au front. Les résultats ont été si mauvais que, dès la fin de 1914, M. Tuffier jetait un cri d'alarme et déconseillait son emploi aux armées.

Les résultats obtenus par les chirurgiens de l'intérieur, opérant dans des conditions toutes différentes furent meilleurs, et quelques bons résultats furent présentés à la Société de chirurgie (Quénu, 3 cas, Phocas, Souligoux).

D'autre part, les chirurgiens des centres d'appareillage, pendant et depuis la guerre, constatèrent deux faits : 1° Le pourcentage élevé des Chopart ne pouvant marcher sans appareillage ; 2° la difficulté considérable, parfois l'impossibilité d'appareiller les mauvais Chopart, ce qui conduit à les réamputer plus loin.

Aussi les chirurgiens américains en vinrent-ils à déconseiller complètement le Chopart.

Les Belges en firent autant (Martin-Depage). C'est aussi l'opinion qui se dégage de la discussion du Ier Congrès de la Société française d'orthopédie (Des amputations, dans leurs rapports avec la prothèse. Rapporteur : Nové-Josserand; discussion : Trèves, Judet, Rœderer, Rendu, Broca, Kirmisson. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1919, 23-30 oct., n° 65). Si les résultats immédiats du Chopart paraissent bons aux chirurgiens, les orthopédistes constatent que les résultats éloignés sont le plus souvent mauvais.

La question de la valeur du Chopart a, de nouveau, été discutée à la Société de chirurgie pendant toute l'année 1922.

Ses détracteurs (Mouchet, Dujarier, Tuffier, Coullaud) se sont basés surtout sur les constatations faites dans les centres d'appareillage. Il n'est pas douteux que le nombre des Chopart fonctionnellement mauvais, y est très grand et que leur appareillage est très délicat : tantôt chaussure orthopédique avec tuteurs latéraux à mi-jambe, tantôt, le moignon ne pouvant servir d'appui, il faut un appareil à point d'appui tibial supérieur; aussi un certain nombre d'entre eux, enviant le sort des amputés de jambe, réclament une nouvelle opération.

Les partisans du Chopart, et ils furent de beaucoup les plus nombreux, objectent que dans les centres d'appareillage on ne voit que les mauvais cas, les bons marchent sans aucun appareil. Tels sont les beaux résultats publiés ou présentés au cours de l'année (Lapointe, Broca, Savariaud, 3 cas; Alglave, 2 cas; Girode, Tédenat [de Montpellier], 3 cas; L. Bérard [de Lyon], 15 cas, Bréchot); certains étaient des amputés doubles marchant bien, longtemps, sans douleur, sans autre appareillage que le rembourrage du bout de leur chaussure.

Mais, si on peut avoir un bon Chopart, pourquoi y en a-t-il tant de mauvais? Selon l'opinion de la grande majorité des chirurgiens, ils sont dus, soit à une erreur d'indication, soit à une erreur de technique, soit à une insuffisance des soins postopératoires.

En cherchant à définir les indications du Chopart, ses plus fervents défenseurs lui ont porté le coup le plus redoutable.

Ils ont démontré que ses indications étaient pour ainsi dire inexistantes (Broca, Tuffier, Dujarier, Potherat, Schwartz, Quénu). Pour faire un bon Chopart, il faut pouvoir disposer de presque toute la semelle plantaire, de manière à avoir un énorme lambeau couvrant le col de l'astragale (Tédenat) et à ce que la cicatrice soit nettement « jambière » (Schwartz). Il faut donc ne pas se fier aux données classiques de la médecine opératoire pour la taille des lambeaux, ce qui, soit dit en passant, excuse bien des lambeaux un peu courts. Le lambeau est donc à peu près aussi long que pour le Lisfranc. On ne fera donc le Chopart que dans les cas où le Lisfranc, opération excellente de l'avis unanime, est impossible, c'est-à-dire, si les os de l'avant-tarse sont malades. Le Chopart est donc une opération d'exception (Tuffier).

Pourquoi ce lambeau si grand? c'est parce que la cicatrice du Chopart n'est pas destinée à rester là où elle se trouve au début. Par suite de la bascule du calcanéum en équinisme qui se produit, à la longue, dans bien des cas, la cicatrice est entraînée du dos du pied vers la plante, tend à devenir terminale, ce qui rend la marche douloureuse.

Si l'étoffe est insuffisante pour tailler un tel lambeau, il ne faut pas faire le Chopart typique. On peut alors, s'il manque très peu d'étoffe, scier la tête de l'astragale, la grande apophyse du calcanéum, faire un *Chopart raccourci* ou opération de Roux-Fergusson (Schwartz, Savariaud, Léon Bérard). S'il manque beaucoup d'étoffe, il vaut mieux transformer le Chopart en un Ricard, c'est-à-dire en enlevant l'astragale, ou en un J.-L. Faure qui est un Ricard modifié (section de la poulie astragalienne et ostéosynthèse tibio-astragalienne).

Si, au contraire, l'état des téguments de la plante permet de faire un lambeau aussi long que l'on veut, et si on ne peut faire un Lisfranc, par suite de l'état des os (cuboïde, cunéiformes écrasés, enflammés, etc.). Si le scaphoïde est sain, il faut le conserver et faire le *Chopart allongé* ou la préscaphoïdienne, qui donne des résultats fonctionnels bien supérieurs au Chopart.

En médecine opératoire, la conservation du scaphoïde, erreur fréquente, est une faute grave. Cette faute a été souvent commise pendant la guerre, au grand avantage de l'amputé. On a été jusqu'à prétendre (Trèves) que tous les bons Chopart étaient des préscaphoïdiennes, opinion un peu exagérée.

Donc, premier point bien établi, il ne faut faire un Chopart typique que dans des conditions de possibilité de taille de lambeau bien déterminées et rarement réalisées.

Autre point, il ne faut pas faire le Chopart, s'il y a de la lymphangite, des lésions des gaines, de l'arthrite au-dessus de l'interligne médio-tarsien, dans la partie du pied que l'on conserve. Voici pourquoi. La désarticulation de Chopart laisse un pied raccourci, mais un pied. Or, un pied n'est pas un pilon. Le pilon n'a que la fonction de sustentation. Le pied en a en plus deux autres : 1° Il s'étend puis se fléchit pendant la marche ; 2° à la fin du pas, il propulse le corps en avant (poussée du triceps sural). Ces deux actions nécessitent la liberté articulaire et le jeu des tendons dans leurs gaines. Si le Chopart ne doit laisser qu'un pied ankylosé dans un angle plus ou moins favorable, le pied ne constituera qu'un obstacle à la marche, il sera inférieur au pilon laissé par le Syme, par exemple.

Pour la technique de l'opération, on a insisté sur certaines précautions destinées à prévenir la chute du pied en équinisme. Certains chirurgiens insistent sur la nécessité de suturer, avec soin, les tendons extenseurs aux muscles de la plante (Quénu, Alglave), d'autres considèrent cela comme peu important (L. Bérard). Pour prévenir aussi l'équinisme du moignon, on peut faire d'emblée la section du tendon d'Achille comme l'a préconisé Judet (L. Bérard).

Enfin, à la Société de chirurgie de Paris, comme à la Société belge de chirurgie, on a insisté sur ce point que la bascule du moignon du Chopart était due à un manque de soins postopératoires. C'est une variété de l'équinisme contre lequel nous avons eu à lutter, pendant la guerre, sur les blessés du membre inférieur, longtemps tenus au lit. La bascule est ici d'autant plus fréquente qu'elle passe inaperçue sur un pied réduit à un moignon (Paridaens).

On l'évitera en tenant longtemps le pied en flexion dorsale, dans un plâtre (Savariaud, Tédenat, L. Bérard), ce qui ne nous semble guère favorable à la conservation de l'intégrité des mouvements articulaires, ou par un appareil à tractions élastiques (Gernez).

Toutes ces précautions peuvent-elles empêcher la bascule du moignon?

Il semble que non. L'opinion actuelle (Quénu, Lapointe, Bréchot, A. Michel) c'est que le renversement du moignon, au bout d'un certain nombre de mois ou d'années, est constant. La radiographie le prouve. Ce renversement serait inévitable.

Le pied a la forme d'une voûte dont l'arche antérieure est formée par le métatarse, la clef de voûte par le cuboïde, l'arche postérieure par le calcanéum. L'amputation médio-tarsienne supprime l'arche antérieure et la clef de voûte; l'arche postérieure, non soutenue, s'effondre peu à peu et l'astragale poussé par le pilon tibial a tendance à glisser en avant (A. Michel).

Des observations récentes semblent prouver qu'un Chopart, absolument irréprochable au point de vue indications, technique, avec mobilité parfaite articulaire, peut ne pas pouvoir marcher à cause de la bascule du moignon.

Tel est le cas d'un opéré de Bréchot, chez lequel on fut obligé de transformer le Chopart en Syme. La dissection de la pièce ne montre, comme explication à l'impotence, que l'appui plantaire sur la grande apophyse du calcanéum. Telle encore l'observation d'Alph. Michel concernant un Chopart excellent au point de vue anatomique, et cependant, ne pouvant marcher sans appareil. Or, l'appareil (guêtre moulée sur la jambe et le moignon, empêchant ce dernier de piquer du nez), transforme le pied en un pilon, le résultat est inférieur à une amputation basse de jambe, à un Syme.

Donc, il y a de très bons Chopart qui ne peuvent marcher et, à côté de cela, il y a des Chopart qui marchent à merveille, même des amputés des deux pieds.

Pourquoi? Bréchot, A. Michel se demandent si, comme Farabeuf l'avait déjà supposé, il ne s'agit pas, dans ce dernier cas, de porteurs de pieds plats avant l'opération. Chez eux, en effet, après l'opération, le moignon ne se modifiera pas, l'appui au sol de l'arrière-pied reste le même, la marche sera bonne. Au contraire, un pied cambré est voué à la bascule en équinisme du calcanéum et l'appui au sol devient alors peu à peu douloureux. Si cette hypothèse se vérifiait par les faits, une nouvelle restriction s'imposerait aux indications du Chopart: ne pas faire la désarticulation médio-tarsienne aux pieds cambrés, la réserver aux pieds aplatis.

On voit que la question du Chopart est loin d'être close. Cependant, il reste acquis que c'est une opération d'exception.

Lorsque le Lisfranc ne peut être effectué, le plus souvent, il faudra effectuer, soit un Ricard, soit une amputation de l'arrière-pied. Sur la valeur fonctionnelle comparative des diverses amputations de l'arrière-pied, on discute encore beaucoup, mais comme dit Kipling, « ceci est une autre histoire ». Contentons-nous de dire que le Syme jouit actuellement et à bon droit, semble-t-il, de la faveur des chirurgiens et des orthopédistes. M. LANCE.

Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1921 : 25 oct., p. 1113; 1er nov., p. 1135; 1922 : 21 fév., p. 215; 7 mars, p. 306; 21 mars, p. 381 ; 28 mars, p. 426; 11 avril, p. 520; 20 juin, p. 846; 19 déc., p. 1421.

Congrès de la Soc. belge de chir., Liége, 17 juin 1922. Les amputations des membres en vue de la prothèse. Rapporteurs : Martin et Neuman. Discussion : Willems, Paridaens in *Journ. de chir. belge*, juin-juillet 1922.

L. HAYEM. Une observation d'amputation de Chopart, *Marseille méd.*, 1922, 15 oct., p. 987.

Alph. MICHEL. Amputation de Chopart, *Marseille méd.*, 1922, 15 oct., p. 987.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 MARS 1923)

A propos de la thérapeutique iodée — M. LAFAYE montre que la plus grande partie de l'iode dans les peptones iodées, parfois même la totalité s'y trouve à l'état d'acide iodhydrique ou d'iodures.

A propos de l'insuffisance vertébrale. — M. RŒDERER insiste à nouveau sur ce fait que l'insuffisance vertébrale n'est pas une entité définie. Il faut en extérioriser l'apophysite des adolescents et la maladie des couturières, la première relevant du décubitus, du repos et parfois du corset ; la seconde uniquement de la gymnastique, se rencontrant sur des dos à système musculaire déficient.

Malade traité par le collovaccin. — M. GRIMBERG présente un malade atteint d'une grosse adénite parotidienne fistulisée, guéri par vingt-deux piqûres de collovaccin antituberculeux.

Vaccinothérapie et sérothérapie dans le traitement de la blennorragie et de ses complications. — M. LE FUR, combattant la monospécificité du gonocoque dans la blennorragie et ses complications, montre la fréquence des associations microbiennes dans cette maladie. Il conclut que les vaccins et sérums, pour être efficaces, doivent être non mono, mais polymicrobiens.

Le sérum Stérian lui a donné d'excellents résultats. Il s'efforce de poser les indications respectives des vaccins et des sérums, les premiers doivent être employés dans la blennorragie aiguë à localisation urétrale, les seconds dans les cas graves, rebelles et compliqués.

Pronostic des cancers du sein d'après l'examen histologique. — MM. DUPONT et LEROUX apportent quinze cas de cancers du sein opérés et étudiés histologiquement : le pronostic a été favorable dans tous les cas à stroma, présentant une réaction lymphoconjonctive active. Dans les cas à stroma déficient, la récidive a été rapide, surtout quand il y a eu traitement par les rayons X. Il y a donc là un élément important de pronostic.

Les dangers de la transfusion du sang. — M. PAUCHET présente 150 cas de transfusion sanguine avec 2 accidents. Pour les éviter, il décrit la technique suivante : injecter 10 centimètres cubes de sang et observer l'aspect du sujet. S'il présente un des signes suivants : rougeur de la face, angoisse, douleurs des reins, il faut s'arrêter.

La pression bimanuelle bipolaire dans le traitement de certains fibromes utérins — M. L. NETTER apporte une statistique de 29 fibromes traités par sa méthode de pression bipolaire bimanuelle; il a obtenu 6 régressions totales, 20 améliorations et 3 échecs. Durée du traitement, quatre à dix mois. Cette méthode s'adresse surtout aux femmes jeunes, atteintes de fibromes purs, sessiles ou largement pédiculés, sous-séreux ou interstitiels ou d'utérus fibromateux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1923)

Maladie de Madelung sans incurvation radiale. — MM. MASSABUAU, MILHAUD et MARICAN. A propos d'un cas de maladie de Madelung, caractérisé anatomiquement par la seule projection en arrière du cubital, les auteurs défendent cette opinion que la maladie de Madelung doit être considérée comme un syndrome exprimant des lésions anatomiques variables. Aucune des théories pathogéniques n'est suffisante pour expliquer la déformation. Il faut être éclectique.

Inondation ventriculaire chez un adolescent. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et SIMÉON.

Torsion spasmodique du type décérébré du membre supérieur au cours des réactivations tardives des encéphalites de l'enfance. — MM. VEDEL et G. GIRAUD.

Endopéricardite rhumatismale subaiguë. — M. LEENHARDT, Mlle SENTIS et M. SICARD.

A propos d'accidents graves survenus à la suite d'injection de certains sérums glucosés. — MM. CARRIEU, CHRISTOL et SOLLIER. De l'étude de deux observations (escarre et choc mortel), les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Il est survenu des accidents graves après injections de certains sérums glucosés obtenus par interversion du saccharose;

2° Ces accidents paraissent devoir être mis sous la dépendance de l'arsenic;

3° Des doses même faibles du toxique peuvent causer des accidents par suite d'abord du mauvais état (en particulier des reins) des sujets à qui l'on pratique ces injections, et, peut-être aussi, de l'acidité très grande de la solution;

4° Enfin, les résultats de nos dosages, qui n'ont pu être pratiqués que sur une seule ampoule, sont peut-être inférieurs à ce que renfermaient d'autres solutions préparées avec d'autres lots de mêmes produits.

Discussion. — M. ASTRUC ne croit pas que les doses minimes d'arsenic contenues dans les ampoules incriminées puissent être rendues responsables des accidents tant locaux que généraux. Il est plus vraisemblable d'accuser l'acidité excessive des sérums injectés, l'intervention du saccharose étant obtenue par l'acide phosphorique et nécessitant une exacte neutralisation consécutive. Or, les dosages ont montré l'insuffisance de cette neutralisation dans le lot des ampoules qui ont causé des accidents.

Recherche de biochimie végétale. Essai sur l'action photodynamique des substances fluorescentes. — MM. GALAVIELLE et PORTES.

Décollement mixte de l'extrémité inférieure du fémur. — MM. FORGUE et ROUX présentent les radiographies d'un

décollement mixte de l'extrémité inférieure du fémur, fragment détaché de la diaphyse fémorale survenu chez une jeune fille de quinze ans, le genou étant en flexion forcée, la malade étant baissée pour ramasser une balle. Le déplacement des fragments est uniquement latéral (en genre valgum) et nul dans le sens antéro-postérieur. L'absence de déplacement antéro-postérieur, déplacement qui est la règle, serait due à la position hyperfléchie du genou au moment du traumatisme, l'enfant réalisant ainsi la position de correction de Hutchinson et Bernard. Le genou valgum, l'indolence des mouvements provoqués, la sensation de frottement ouaté caractéristique et une énorme hémartrose caractérisaient le tableau clinique.

La réduction sous anesthésie fut faite et le résultat immédiat satisfaisant.

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1923)

Un nouveau cas de mal de Pott chez le vieillard. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et SIMÉON. C'est le deuxième cas observé par les auteurs en quelques mois. Il s'agit ici d'un homme de soixante-seize ans, sans passé pathologique. Le début remonte à six mois, il a été brutal (douleur dorso-lombaire) et a imposé l'alitement. La paraplégie avec troubles sphinctériens s'est installée peu après. Il existe une gibbosité très nette et douloureuse à la pression dans la région de D VIII et D X. Pas de douleurs radiculaires, ni de néoplasie appréciable.

Formule liquidienne de compression. Le sujet, infecté urinaire et porteur d'escarres, a été emporté en six mois.

Glaucome aigu et infections. — M. ICCARRÈRE.

A propos de la recherche de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien. Dosages de l'alcool dans des échantillons de liquide céphalo-rachidien, de sang et d'urine recueillis simultanément. — MM. CRISTOL, BLOUQUIER DE CLARET et NIKOLITCH.

Quelques notes sur les dérivés de la chlorophylle. — MM. PORTES et ROCHE.

NOTES POUR L'INTERNAT

CORPS THYROÏDE

DÉFINITION. — Glande vasculaire sanguine, impaire et médiane, située dans la région sous-hyoïdienne, en avant et sur les côtés du conduit laryngo-trachéal.

CONFIGURATION. — Forme irrégulière, souvent un peu asymétrique. Présente deux portions latérales ou *lobes latéraux* réunis par une partie médiane, ou *isthme* rappelant un H majuscule.

Isthme. — Bandelette aplatie d'avant en arrière, réunissant la partie inférieure des lobes : on peut lui décrire deux faces, antérieure et postérieure, et deux bords, supérieur et inférieur. Du bord supérieur se détache, un peu à gauche de la ligne médiane, un prolongement vertical : la pyramide de Lalouette, très inégalement développée.

Lobes latéraux. — Masses volumineuses, larges et épaisses que l'on peut comparer à deux pyramides triangulaires à grand axe vertical. On peut leur décrire trois faces : antéro-externe, convexe, postérieure et interne, excavées; trois bords : un sommet ou corne supérieure; une extrémité inférieure plus large ou corne inférieure.

ASPECT EXTERIEUR. — Lisse, uni, quelques sillons.

COULEUR. — Gris rosé, tirant sur le jaune. Varie avec l'état de la circulation.

CONSISTANCE. — Assez molle.

VOLUME. — Variations assez grandes suivant les individus, l'âge, le sexe (un peu plus gros chez la femme), avec certains états : augmente pendant les règles, la grossesse.

DIMENSIONS. — Transversale : 60 millimètres. Verticale : 30 millimètres (lobes), 10 millimètres (isthme). Antéro-postérieure : 20 millimètres (lobes), 6 millimètres (isthme).

POIDS. — 25 grammes environ chez l'adulte.

ASPECT A LA COUPE. — Laisse couler substance colloïde.

SITUATION. — A la partie antérieure du cou, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs.

EXPLORATION. — Visible quelquefois; se reconnaît surtout par la palpation (se mobilise avec les mouvements de déglutition).

THYROIDES ACCESSOIRES. — Prolongements de la glande, soit réunis à elle par pédicules grêles, soit débris aberrants : ils sont situés plus ou moins loin de la glande, mais essentiellement au-dessus d'elle au niveau de l'os hyoïde, du cartilage thyroïde, au bord supérieur de l'isthme.

MOYENS DE FIXITÉ. — La glande possède une capsule fibreuse propre ; ainsi limitée elle est contenue dans une *gaine* aponévrotique fermée de toutes parts, renforcée elle-même par des épaississements ou *ligaments*.

Gaine. — Sébileau a montré que cette gaine est formée par l'aponévrose transversale du cou, elle-même venue de l'aponévrose cervicale profonde. Cette aponévrose transverse se dirige de dehors en dedans, se dédouble en atteignant la jugulaire interne en deux feuillets en constituant la gaine vasculaire, le postérieur passe derrière le conduit pharyngo-œsophagien, l'antérieur atteignant le bord externe des lobes latéraux se dédouble à son tour; un feuillet passe devant la glande, l'autre passe derrière elle.

Pour Charpy, la glande est dans une gaine qui lui est commune avec la trachée et l'œsophage.

Quoi qu'il en soit il existe autour de la glande un épais fascia péri-thyroïdien : le doigt une fois introduit dans l'espace que limite ce feuillet peut faire le tour de la glande, sauf en arrière où il est arrêté par les adhérences qui unissent la glande à la trachée. De plus, pour Cunéo le muscle sterno-thyroïdien est contenu dans cette gaine.

Ligaments. — Grüber avait décrit : un ligament MÉDIAN allant du bord inférieur du cartilage cricoïde vers l'isthme; deux LATÉRAUX partis du cricoïde et du cartilage thyroïde et allant à la moitié inférieure du bord postérieur du lobe; ces derniers sont appelés par Sébileau ligaments latéraux internes.

Il faut y ajouter les expansions vasculaires (ligaments latéraux externes de Sébileau) qui suivent les pédicules vasculaires : supérieur, inférieur surtout, moyen quand il existe. De plus, un ligament descend quelquefois de l'os hyoïde vers la pyramide de Lalouette ou la face antérieure de l'isthme.

RAPPORTS. — **Face antérieure de l'isthme et face antéro-externe des lobes latéraux.** — Etudions ces rapports par dissection. On trouve successivement :

La PEAU : fine, mince, mobile.

Le TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ, dans lequel descendent parallèlement de chaque côté de la ligne médiane les deux veines jugulaires antérieures.

L'APONÉVROSE CERVICALE SUPERFICIELLE. — Sur la ligne médiane elle est unie à l'APONÉVROSE CERVICALE MOYENNE en constituant la ligne blanche du cou. A distance de la ligne médiane ces aponévroses sont séparées; l'aponévrose superficielle se dédouble au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien pour engainer ce muscle (au-dessous d'elle se trouve un premier espace décollable *sterno-mastoïdien*). L'aponévrose cervicale moyenne engaine de même le sterno-cléido-hyoïdien et plus en dehors l'omo-hyoïdien (au-dessous de ce plan musculo-aponévrotique est un deuxième espace décollable *sterno-hyoïdien*).

ON TOMBE ALORS SUR LE FASCIA PÉRITHYROÏDIEN. — Celui-ci incisé on trouve un troisième espace décollable, *viscéral*, contenant la glande devant laquelle monte le muscle sterno-thyroïdien. Notons que tandis que les deux sterno-cléido-hyoïdiens convergent en montant, les deux sterno-thyroïdiens s'écartent plutôt : ces quatre muscles limitant ainsi le losange de la trachéotomie.

On *voit enfin* la face antérieure de l'isthme et la face antéro-externe des lobes latéraux dont nous pouvons maintenant étudier les autres rapports. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

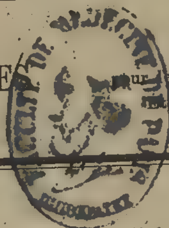
Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Jeannin, Rudaux, Mouchet, Lévy-Solal, Brindeau.

Hopitaux de province. — Oran. — Le concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination du docteur Saugues, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Écoles de médecine. — Nantes. — Sont nommés :

M. le docteur Picard, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le docteur Ballet, professeur suppléant de médecine expérimentale, physiologie et bactériologie.

M. le docteur Leroux, professeur suppléant à la chaire d'accouchements.

M. Veillon, professeur suppléant de chimie.

M. Letourneur, préparateur de médecine légale.

Mlle Barreau, préparateur de la chaire de physiologie.

— Un concours pour une place de préparateur de bactériologie s'ouvrira à l'Ecole de médecine de Nantes, le lundi 7 mai 1923.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat jusqu'au 20 avril 1923.

Sont admis à prendre part au concours, les étudiants en médecine et en pharmacie, régulièrement inscrits sur les registres de l'Ecole.

Collège de France. — Le cours complémentaire d'« études coloniales, — protistologie pathologique » (fondation Guynet, Fondère et Tréchot), au Collège de France, est transformé en chaire magistrale à dater du 1er janvier 1923.

M. Nattan-Larrier, chargé d'un cours complémentaire au Collège de France, est nommé professeur de la chaire d'« études coloniales, — protistologie pathologique » (chaire nouvelle).

Service de santé de la marine. — Le prix de médecine navale pour l'année 1922 a été attribué au médecin en chef de 2e classe Brunet, médecin de l'escadre de la Méditerranée, pour ses mémoires sur l'éducation et l'hygiène du personnel de la marine militaire.

Ministère de l'hygiène. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Bourbon-l'Archambault est vacant.

Le traitement alloué est fixé à 500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter du 29 mars, pour adresser au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes.

Médaille des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en vermeil a été décernée à M. le docteur Rousseau (d'El-Kelea, Maroc).

Congrès pour l'étude du cancer. — Le bureau de l'Association française pour l'étude du cancer a décidé qu'un Congrès pour l'étude du cancer se réunira à Strasbourg les 23 et 25 juillet prochain.

Les rapports porteront sur les trois questions suivantes :

1° *Production expérimentale du cancer.* — Rapporteurs : MM. Borrel, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Fibiger, professeur à la Faculté de Copenhague; Ichikawa, professeur à la Faculté de médecine de Sapporo (Japon); Murray, directeur de « l'Imperial cancer Research Fund », à Londres; Pentimalli, de l'Institut de pathologie générale de Naples.

2° *Les réactions locales et générales de l'organisme à l'égard du cancer.* — Rapporteurs : MM. Rubens-Duval, de Paris; Woglom, du « Crocker Institute of cancer Research », à New-York.

3° *Le traitement, par le radium et les rayons X, des épithéliomas spino-cellulaires de la peau et de la cavité buccale.* — Rapporteurs : MM. Bayet, directeur de l'Institut du radium, à Bruxelles; Regaud, directeur du Laboratoire de biologie de l'Institut du radium, Université de Paris.

Renseignements généraux. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents (docteurs en médecine) qui auront à verser une cotisation de 60 francs.

2° Des membres associés (étudiants en médecine, dames et toutes personnes s'intéressant au cancer) qui auront à verser une cotisation de 40 francs. Les membres associés ont droit à tous les avantages du Congrès, sauf les publications.

Les cotisations seront adressées au secrétaire général, en francs français, par mandats-poste ou mandats internationaux. Il ne sera pas envoyé de reçu spécial ; le récépissé de la poste sera échangé contre la carte des membres à l'arrivée des congressistes.

Les communications individuelles des membres du Congrès ne porteront que sur l'une des trois questions ci-dessus, mises à l'ordre du jour.

Le titre de ces communications devra parvenir au secrétaire général, M. le docteur Gustave Roussy, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e, avant le 1er mai 1923.

Les langues acceptées par le bureau pour les rapports et les discussions sont le français et l'anglais.

Un ordre du jour des séances sera établi et envoyé aux membres du Congrès par les soins du bureau.

La lutte contre le cancer. — Une nouvelle organisation de lutte anticancéreuse vient de se créer à Nice, sous le titre de « Ligue départementale anticancéreuse des Alpes-Maritimes ».

Le Conseil d'administration est composé de la façon suivante :

MM. les docteurs Th. Gasiglia, président conseil ; J. Stefani, président effectif ; Barbary, Béri, Castelli, vice-présidents ; Robert Julien, secrétaire-général ; de Giovanni, secrétaire général adjoint ; M. Maurice Debenedetti, trésorier ; Me Gassin, conseiller juridique.

Comme l'indique le titre de la nouvelle ligue, elle aura surtout une action départementale, mais ne craindra pas d'étendre ses bienfaits aux régions voisines du Var, des Basses-Alpes et de la Corse, tendant ainsi à créer un véritable centre régional anticancéreux autonome.

Le siège social est 5, rue Longchamp, où doivent être adressées toutes correspondances, adhésions et souscriptions.

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie. — Le Congrès français d'oto-rhino-laryngologie aura lieu les 7, 8, 9 mai 1923, à Paris, à l'Hôtel de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, sous la présidence du professeur Jacques (de Nancy).

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° « Les fibromes naso-pharyngiens. » (Rapporteurs : MM. Sebileau, Moure, Georges Laurens.

2° « La radiographie en oto-rhino-laryngologie. » (Rapporteurs : MM. Reverchon et Worms.)

Le programme détaillé des communications sera publié ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Georges Liébault, secrétaire général de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, 216, boulev. Saint-Germain, Paris (VIIe).

Association amicale des anciens médecins des corps combattants. — Le prochain dîner de l'Association aura lieu le samedi 14 avril, à 20 heures, à l'hôtel Lutétia. Les inscriptions sont reçues chez le docteur G. Forestier, 12, rue d'Anjou, Paris (VIIIe).

Société de pathologie comparée. — La prochaine séance aura lieu le mardi 10 avril, à 16 h. 3/4, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Toubin, doyen des médecins de France, décédé à Salins-du-Jura, à l'âge de quatre-vingt-dix-sept ans ; ancien interne des hôpitaux de Paris, promotion de 1849, le défunt obtint la médaille des épidémies, lors des ravages provoqués par le choléra à Dôle, en 1851 ; — Philippe Boullé (de Paris) ; Ferdinand Lelongt (de Chaumont-en-Vexin, Oise) ; Petiteau (de Nantes).

Faculté de médecine de Paris. — Cours libre d'électrologie. — La Société des médecins chefs des laboratoires d'électroradiologie des hôpitaux de Paris organise, à partir du 23 avril 1923, une série de conférences d'électrologie et de démonstrations pratiques d'électroradiologie.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris.

Des démonstrations pratiques auront lieu le matin dans les laboratoires de radiologie et d'électroradiothérapie des hôpitaux de Paris.

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser au docteur Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (XIIe).

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Liste des laboratoires ouverts aux démonstrations et exercices pratiques :

Electrologie. — Docteur Belot (hôpital Saint-Louis) : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2.

Docteur Bourguignon (hospice de la Salpêtrière) : tous les matins, à 9 h. 1/2.

Docteur Delherm (hôpital de la Pitié) : lundi, consultations pour hommes ; mardi, consultations pour femmes ; mercredi, électrodiagnostic ; jeudi, prises de mesures en radiothérapie ; vendredi ; chronaximétrie ; samedi, technique électro-radiothérapique ; tous les jours, traitements d'électro-radiothérapie, thermoluminothérapie.

Docteur Laquerrière (hôpital Hérold) : jeudi, à 10 heures.

Docteur Lobligeois (hôpital Bretonneau) : lundi, vendredi, à 10 h. 1/2.

Docteur Mahar (hôpital Trousseau) : samedi, à 9 h. 1/2.

NOTE DE PRATIQUE

ALBUMINURIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Régime lacto-végétarien hypochloruré.

Restriction des liquides (1.200 g. par 24 heures).

Deux à trois fois par jour, un cachet de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée, pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.

Si le cœur fléchit, digitale à petites doses ou employer la Théosalvose digitalique (2 à 3 cachets de 0g50 par jour).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 10 avril. — Jury : MM. Teissier, président ; Bezançon, P. Duval et Lecène. — M. Chabrol. La contracture latente des convalescents de tétanos. — M. Zissu (Moïse). Les myélites pneumococciques. — M. Rondy. Contribution à l'étude des catarrhes et bronchites. — M. Chermezon (Paul). A quel moment faut-il trépaner ? — M. Paturet (Georges). La gaine urinaire.

Mercredi 11 avril. — Jury : MM. Roger, président ; Couvelaire, Gosset et Le Lorier. — M. Marino. Diagnostic de quelques douleurs de la fosse iliaque. — M. Savary (Jacques). La maternité cantonale de Saint-Maurice. — Mlle Vabois (Marguerite). Indications et résultats de l'application de forceps. — M. Malassis (Jean). Les lavements nutritifs dans l'alimentation extrabuccale.



REVUE GÉNÉRALE

PHYSIOLOGIE DU CORPS JAUNE

Par le Dr JEAN-ROBERT HENRY,
Interne des hôpitaux de Marseille.

L'étude des fonctions du corps jaune est de date relativement récente. Prenant, le premier, assimila le corps jaune à une glande à sécrétion interne (1898). Depuis les travaux sur le corps jaune prirent de l'importance.

Les fonctions physiologiques du corps jaune se séparent difficilement de celles de l'ovaire en général considéré comme glande à sécrétion interne. De plus les fonctions du corps jaune et des autres éléments de l'ovaire agissent synergiquement les uns avec les autres; aussi ferons-nous une étude d'ensemble des fonctions de l'ovaire en essayant de mettre en relief celles qui appartiennent plus spécialement au corps jaune.

Les fonctions de l'ovaire peuvent se diviser en deux groupes principaux :

Les unes, externes si l'on peut dire sont destinées directement à la reproduction de l'espèce, c'est l'ovogénèse;

Les autres, sécrétions internes, agissent directement sur l'individu qui porte l'ovaire.

Mais ces deux groupes de fonctions ont un lien commun puisque le corps jaune qui joue un rôle prépondérant dans la sécrétion interne est le produit anatomique de la première fonction, l'ovulation.

Pour étudier les diverses fonctions de sécrétion interne, nous suivrons la classification que M. le professeur Gley employa dans ses leçons sur les corrélations fonctionnelles (1908).

Les fonctions de sécrétion interne comprennent quatre grands groupes :

1° Action morphogène agissant sur l'habitus extérieur de l'individu et le développement de certains de ses organes;

2° Action nutritive ayant action sur la fixation de certains éléments et régularisant certains échanges nutritifs;

3° Action fonctionnelle se faisant sentir sur le fonctionnement d'autres organes de l'économie;

4° Actions toxiques des extraits de la glande ovarienne et du corps jaune, action antitoxique et action pathologique de l'ovaire et du corps jaune.

Méthodes expérimentales. — Les principaux moyens d'investigation employés par les physiologistes sont :

1° La castration expérimentale soit à l'aide des rayons X ou du radium, soit chirurgicale;

2° L'injection hypodermique d'extraits d'ovaires provenant de femelles castrées;

3° Les greffes ovariennes qui suppriment toute connexion nerveuse de l'organe en lui conservant son intégrité anatomique prouvant ainsi que l'ovaire agit non par le système nerveux, mais par une hormone ou hormazone. Des physiologistes ont bien essayé de supprimer les connexions nerveuses de l'ovaire tout en le laissant en place, mais c'est un travail délicat et dont le résultat paraît bien incertain.

Moriss en 1895 fit le premier une greffe de l'ovaire chez une femme. Quantité de physiologistes et de chirurgiens ont depuis pratiqué cette opération, mais c'est surtout à Limon Hertlitzka et Higuchi, Parkow, Sauvé, de Rouvillet et Tuffier, Vignes et Gery que nous devons d'excellentes études de greffes. H. Vignes a résumé leurs travaux dans sa thèse et en donne la technique :

« Pour réussir, il faut agir aseptiquement, se dispenser d'anesthésie générale (Foa), ne pas contusionner l'ovaire (Knauer), ni faire de greffes fragmentaires (Ribbert, Guthrie), il faut que le nid soit très vasculaire et que le greffon soit jeune, que le greffé soit de même sexe, de même race et castré de préférence. »

Les ovaires greffés se fusionnent intimement avec le tissu du nid, il y a échange très important de cellules, de fibres et de vaisseaux. Pourtant à la longue ces ovaires dégénèrent; est-ce par absence d'éléments nerveux? par processus cicatriciel?

Après la greffe ovarienne sur un individu castré, il y a généralement retour des règles. Vignes signale même des grossesses dans des cas de greffes dans la loge ovarienne. Avant que la menstruation s'établisse, on observe généralement quelques troubles de la ménopause.

I. **Action morphogène.** — Cette action se montre dans quatre groupes de faits :

1° **Action sur le développement des caractères sexuels.** — Pendant la vie embryonnaire, le corps de Wolff en se différenciant donne soit le type mâle, soit le type femelle, l'individu possède ainsi les « caractères sexuels primitifs. »

A une époque plus lointaine de la vie, lors de la puberté, la femelle acquiert ce que Hunter appelle les « caractères sexuels secondaires » comprenant surtout le développement de poils au niveau du pubis et des aisselles, l'élargissement du bassin, le développement des seins, des masses fessières et de la base du cou et un timbre de voix spécial.

Ces faits ont été démontrés par Robert qui en 1843, près de Bombay a pu observer des « Hedjas » (femmes castrées dans leur jeune âge) qui ne possédaient pas les caractères sexuels ordinaires. On retrouve aussi des relations de ce genre dans l'antiquité au sujet des eunuques femmes des rois de Lydie.

L'ovariotomie pratiquée sur des femmes adultes amène très rarement une atrophie des seins (Percival Pott).

Fraenkel et Mac Illroy se basant sur ce que l'absence ou l'atrophie des ovaires s'accompagne d'infantilisme définitif et sur ce que la menstruation serait contemporaine des autres signes de la puberté, croient que l'apparition des caractères sexuels secondaires est due à l'action du corps janne.

Pierre Delbet a montré que les caractères morphologiques secondaires de l'un ou de l'autre sexe sont sous la dépendance de l'une ou de l'autre glande génitale. Il croit que la formation du corps jaune et la puberté sont conditionnées par une même cause et il conclut : « Tout démontre que le soma n'a point de sexe et que ses caractères morphologiques sont sous la dépendance du germen. »

Se basant sur des remarques de Mac Illroy, de Ch. Walter et de James Oliver, sur les expériences de greffes ovariennes de Foa, Cl. Mulon croit que l'apparition des caractères sexuels secondaires est due à l'action d'un certain nombre de facteurs qui entraîneraient la formation du corps jaune après l'ovulation, lequel corps jaune aurait ensuite sa part dans le développement de la puberté.

2° Action sur le développement du tractus génital.

— Les physiologistes d'une part, les vétérinaires d'autre part, qui ont pratiqué la castration sur des femelles jeunes ont noté une régression rapide du tractus génital.

C'est Terrier qui, en 1885 signala le premier ce fait. Depuis cette époque, soit expérimentalement, soit chirurgicalement, d'autres auteurs par des castrations suivies de greffes, obtinrent des résultats confirmant l'action de l'ovaire sur le tractus génital.

Fraenkel attribua au corps jaune seul l'action sur la trophicité de l'utérus en obtenant une régression utérine par cautérisation des corps jaunes. Ancel, Bouin et Villemin eurent des résultats identiques en stérilisant les ovaires par les rayons X.

Regaud et Dubreuil, Magnus, Bucura obtinrent des résultats différents. Cl. Mulon croit qu'après la castration, l'atrophie utérine est due au repos que subit l'utérus de ce fait. L'arrêt de régression après la greffe ne serait-il pas la restauration spontanée (bien décrite par Weymeersch) se produisant au bout d'un temps variable après la castration simple et qui est peut-être due à la suppléance des autres glandes à sécrétion interne.

Iscovesco a montré que le corps jaune contient un lipoïde qui provoquerait l'hypertrophie du tractus génital chez la lapine. Fellner a observé des phénomènes identiques chez la femme.

3° **Action sur la glande mammaire.** — La glande mammaire se développe à la puberté, augmente de volume lors de chaque menstruation chez la femme, lors du rut chez les animaux et s'hypertrophie dès que commence une gestation. (Signalons pourtant que, en dehors de la gestation, la mamelle peut donner du lait et même chez les vierges : Loisel, W. Heape, 1906). La sécrétion lactée ne varie pas si on isole la glande mammaire au point de vue nerveux avant la gestation (Eckard 1855) ou pendant celle-ci (de Sinéty 1879); si la section porte sur le système périphérique, sur la moelle dorsale (Golz et Ewald, 1873), si l'on fait une greffe de la mamelle.

Fraenkel, Ancel et Bouin, ainsi que d'autres auteurs, ont émis l'hypothèse que l'agent causal du développement de la mamelle était le corps jaune. Ancel et Bouin en 1911 ont montré que la cautérisation des corps jaunes dans les jours qui suivent leur apparition, empêche le développement de la glande mammaire ou l'arrête s'il est déjà commencé.

Sembach et Athias ne considèrent que la glande interstitielle de l'ovaire comme facteur agissant sur la mamelle.

Tous les physiologistes n'admettent pas cette action de l'ovaire sur la glande mammaire et nombreuses ont été les théories émises pour expliquer le développement de celle-ci.

La théorie de Fage et celle d'Ancel et Bouin résument les diverses théories : il y aurait deux sécrétions indépendantes, l'une entraînant l'hypertrophie mammaire et venue du corps jaune, l'autre venue d'une glande myométriale de l'utérus et provoquant la sécrétion lactée.

4° **Action sur le développement du tissu osseux.** — Brian en 1901, Richon et Jeandelize en 1907, Parnon et Golstein en 1909 ont montré que les os des femelles castrées dans leur jeune âge acquièrent un développement plus grand que ceux d'animaux témoins non castrés et on note en outre un retard de l'ossification des cartilages de conjugaison.

II. **Action nutritive.** — Cette action se manifeste sur :

1° **L'engraissement.** — L'adiposité qui suit la castration a été maintes fois signalée; ce phénomène affirmé par Martin et la plupart des classiques a été contesté par Pinesse et par Jayle. Delbet considère cette adiposité comme assez fréquente et comme indice d'une amélioration de l'état général.

2° **Les échanges respiratoires.** — Lœwy et Richter en 1899 sur des animaux, Zunz en 1906 par des expériences moins nettes sur des femmes ont constaté que la quantité d'oxygène consommée par l'organisme est moindre après la castration.

3° **Le métabolisme azoté.** — Les résultats des expériences entreprises à ce sujet sont très contradictoires : les uns admettent une diminution de l'azote total et de l'urée éliminés après la castration (Pinzani 1899); d'autres notent une augmentation, d'autres enfin nient toute action de l'ovariotomie sur le métabolisme azoté.

4° **Les échanges minéraux.** — Là encore les résultats sont contradictoires : Curatulo et Tarulli (1895), Pinzani (1899), Lambert (1903) chez la chienne, Pachon et Goldstein, Pachon et Papinian chez la femme ont trouvé une quantité d'acide phosphorique éliminé diminuée de près de moitié après la castration. Massé (1899), Schultz et Falk (1899) sont arrivés à des résultats contraires.

Se basant sur la première série d'expériences d'une part et sur le fait que l'excrétion du calcium et de l'acide phosphorique est augmentée chez les ostéomalaciques; certains auteurs ont préconisé le traitement de l'ostéomalacie par la castration. Malgré de nombreux insuccès, de bons résultats furent observés.

III. **Action fonctionnelle.** — 1° **Action cardio-vasculaire.** — Fedoroff en 1897, après l'injection d'extraits d'ovaires, Lambert en 1907 avec des extraits de corps jaunes constatèrent de l'hypertension avec ralentissement du rythme cardiaque. En 1898, Ch. Livon avec de l'extrait d'ovaire, et Patta après la section des vagues et des injections d'extrait d'ovaire obtinrent de l'hypotension. Hallion obtint le même résultat et constatait en outre une diminution de volume de tous les organes sauf du corps thyroïde qui s'hypertrophiait. Villemin en 1910 puis Ancel et Bouin obtinrent de l'hypotension avec l'extrait de corps jaune seul alors que Pachon et Busquet ne l'obtinrent qu'une fois sur trois avec l'extrait de corps jaune tandis qu'ils l'obtinrent toujours avec de l'extrait d'ovaire sans corps jaune.

Gley et Champy, en 1912, obtinrent les résultats suivants : les extraits de corps jaune sont plus hypotenseurs que les extraits d'ovaires; les corps jaunes gravides sont plus actifs que les corps jaunes périodiques.

Enfin Bieloff, en 1912, aurait trouvé de l'hypotension avec les corps jaunes seuls et de l'hypertension avec l'ovaire seul.

On voit combien il est difficile d'avoir une idée nette sur cette question, les résultats étant les plus diversement opposés.

2° **Action dynamogène.** — Brown Séquard en 1890 a attribué à l'ovaire une action dynamogène identique à celle qu'il décrivit en 1889 pour le testicule : l'extrait d'ovaire provoquerait le relèvement des forces chez les femelles affaiblies.

3° **Action sur le rut l'ovulation, la nidation de l'œuf dans l'utérus et la menstruation.** — *a.* Sur le rut. — La castration pratiquée après la naissance, rend la femelle indifférente aux approches du mâle et supprime les désirs périodiques; la castration pratiquée à l'âge adulte à des effets inconstants.

Chez les femmes dont la castration a été prépubérale, il n'y a jamais ni règles, ni désirs sexuels; chez les femmes castrées à l'âge adulte, les règles subsistent quelquefois; on admet que les désirs sexuels, quand ils persistent sont d'origine cérébrale, le souvenir du plaisir provoqué par les rapports sexuels passés étant assez vif pour faire naître de nouveaux désirs.

Le premier, Martin Barry constata que le follicule se rompt neuf à dix heures après le coït; Bischoff, Raciborsky, Coste arrivèrent aux mêmes résultats; Fraenkel, Ancel, Bouin, Villemin assimilèrent le rut et la menstruation et leur donnèrent le corps jaune comme cause; pour ces auteurs l'ovulation précéderait d'un certain temps le rut.

Regaud et Dubreuil montrèrent que chez la lapine, le follicule se transforme trente-deux heures environ après le coït et que le corps jaune n'est formé que quatre jours après. De plus, le voisinage du mâle sans coït provoque le rut, mais non la déhiscence des follicules.

Cependant il existe quantité d'animaux dont l'ovulation se fait spontanément, la chienne et la chatte par exemple; chez la femme l'ovulation est aussi spontanée (elle se produit même chez la vierge).

Saintmont a observé le phénomène du rut chez des chattes ovariotomisées.

Enfin Lœb (1910) est d'avis que le corps jaune est l'agent du calme sexuel qui suit le rut, continue pendant la gestation et dure jusqu'à l'ovulation suivante (toutes périodes pendant lesquelles, il existe un corps jaune en état).

b. Sur l'ovulation. — Quelle est la cause de l'ovulation? Ce n'est pas le système nerveux, car la destruction des connexions ovariennes ou la greffe des ovaires ne gêne pas l'ovulation. L'utérus ne peut être mis en cause car l'ovulation se produit après hystérectomie (Bischoff, Abel). Beard (1897) croit que l'ovaire a une action inhibitrice sur l'ovulation pendant la grossesse et entre les menstruations. Lœb émet, en 1911, la même hypothèse que celle émise par Prenant en 1898 et il la confirme en extirpant les corps jaunes ce qui rapproche les ovulations.

Cl. Mulon en se reportant aux enseignements de la physiologie comparée nie toute action du corps jaune sur l'ovulation.

c. Sur la nidation de l'œuf. — Fraenkel et Cohn puis Magnus pratiquant l'ovariotomie sur des femelles ayant eu le contact du mâle six jours auparavant, trouvèrent au quatorzième jour l'utérus vide. Fraenkel montra ensuite que la castration n'a d'effet certain que si elle a lieu avant le quatorzième jour qui suit le coït.

Ancel et Bouin, en 1909, indiquèrent que le développement des modifications utérines en vue de la nidation est parallèle à l'évolution du corps jaune. Maudl, de Vienne, réfuta ces résultats. Lœb a constaté l'évolution normale de grossesses chez des lapines castrées sept jours après l'accouplement. Skobansky (1904) n'eut pas d'avortement lors d'ovariotomie double au douzième jour alors qu'il en eut par ignipuncture des corps jaunes. Kleinhaus et Scheick en 1908 obtinrent des proportions identiques d'avortement et de continuation de grossesse soit après ovariotomie, soit après simple laparotomie. Dans tous les cas d'avortements, il est bien difficile de faire la part qui revient au shock opératoire et celle qui revient à l'extirpation des ovaires.

Enfin signalons les cas d'ovariotomies doubles pratiquées chez des femmes gravides et qui accouchèrent 269 jours après (Essen, Meller), 276 jours après (Laptorn, Smith).

Cl. Mulon dans sa thèse cite des observations voulant prouver que le corps jaune n'a aucune action sur la nidation.

d. Sur la menstruation. — C'est Duguès qui, le premier en 1833 assigna un rôle à l'action de l'ovaire dans la production des phénomènes menstruels. Raciborsky en 1868 disait que « la menstruation est la cause de l'ovulation spontanée. » Pouchet en 1847 émit la théorie du réflexe utéro-ovarien, théorie que Pflüger accapara et fit sienne en 1865. Cette théorie ne résiste pas aux critiques d'Halban (1901) et de Rein qui détruisant les connexions nerveuses ovariennes n'entravent pas la menstruation, ni aux expériences de greffes ovariennes faites chez des femmes castrées et non réglées et qui déterminèrent le retour des règles. Lowenthal rapporta les phénomènes congestifs menstruels à l'arrivée de l'œuf sur la muqueuse utérine.

Les expériences de Fraenkel en 1903, confirmées par Lindenthal la même année, reprises et confirmées par Ancel et Villemin en 1907 établissent un parallélisme entre l'apparition des règles et l'évolution du corps jaune. Pour ces auteurs le follicule de de Graaf a maturité se rompt douze à quatorze jours avant le début de l'écoulement sanguin; celui-ci se produit deux à quatre jours après le début de la période d'état du corps jaune, et cesse peu après que le corps jaune est entré en régression (in thèse Villemin, Lyon 1908).

Cependant de très nombreux auteurs ont donné des dates extrêmement différentes les unes des autres pour l'apparition de l'ovulation par rapport aux règles.

En 1909, Regaud et Dubreuil à la suite d'une série d'études sur la lapine nient l'action du corps jaune sur le rut (l'ovulation suit le coït de sept à dix heures, or la femelle est en rut au moment du coït puisqu'elle l'accepte à ce moment-là seulement) et par assimilation ces auteurs nient l'action du corps jaune sur la menstruation.

En 1921, Schikelé reprenant les travaux de Fraenkel fait la critique des résultats obtenus par l'auteur allemand. Etudiant seize observations cet auteur a souvent trouvé à la veille de la menstruation un corps jaune, mais ce corps jaune n'est pas toujours dans la même phase d'évolution. De plus il est certain que la menstruation peut se produire en l'absence de corps jaune.

Nos recherches personnelles qui ont porté sur vingt-trois femmes normalement réglées et ayant subi l'ovariectomie (avec hystérectomie) à des moments variés de la période menstruelle ou au début des règles nous ont donné des résultats très variables.

La théorie de Fraenkel ne s'est trouvée vérifiée que quatre fois. Dans les autres cas nous avons trouvé des corps jaunes dont le stade d'évolution n'était pas en rapport avec la date des règles, des corps jaunes d'âges différents sur un ovaire ou sur

les deux ovaires d'une même femme. Enfin des cas où il n'y avait pas de corps jaune.

On ne saurait nier l'action du corps jaune et des cellules à lutéine qui ont un rôle incontestable sur la menstruation et les pertes sanguines utérines comme l'ont montré l'Ecole Montpellieraine avec Forgue, Massabuau, de Rouville et Sappey à propos de certaines hémorragies utérines et les recherches de Chauffard, Guy Laroche et Grigault sur l'hypercholestérinémie prémenstruelle. Il nous paraît impossible de poser des règles immuables dans les relations chronologiques de l'ovulation et de la menstruation. Les plus grandes variations tant au point de vue « temps » qu'au point de vue « nombre » et « évolution de corps jaune » se rencontrant chez des sujets normalement réglés.

D'après des recherches récentes, l'ovaire traité par des dissolvants divers abandonnerait des substances de propriétés différentes : Parmi celles-ci, l'une, soluble dans l'eau et l'alcool, provoquerait l'hyperémie utérine et annexielle, c'est la lutéamine encore appelée lipamine ou agomensine ; l'autre, liposoluble, désignée aussi sous le nom de lutéovar, lutéolipoïde, sistomensine aurait une action opposée. Ces corps de constitution, extrêmement complexe, ne sont pas encore nettement définis au point de vue chimique.

4° Action hématopoiétique — Les chiennes castrées perdraient 40 p. 100 de leur hémoglobine et leur formule sanguine serait notablement abaissée (Breuer, von Seiller).

Rokitansky a émis la théorie ovarienne de la chlorose. Elle serait due soit à un hypofonctionnement ovarien (Hayem), soit à une toxémie provenant de l'hyperfonctionnement du corps jaune (Villemin). Enfin Cl. Mulon émet l'hypothèse que la chlorose est une toxémie; le corps jaune par son rôle antitoxique fixerait les poisons et s'hypertrophierait.

5° Action du corps jaune sur les autres glandes vasculaires sanguines. — Les corrélations de l'ovaire avec les autres glandes à sécrétion interne font partie de la loi générale qui lie toutes les glandes vasculaires sanguines.

a. Ovaire et corps thyroïde. — L'ovaire a une action sur la thyroïde. Lors de la puberté et lors des règles, on peut noter une hypertrophie thyroïdienne. D'après Muller, l'apparition des goitres chez la femme se ferait très souvent lors des premières règles.

L'hypothyroïdie (myxœdème) s'accompagne de ménorragies et de dysménorrées, dues à une hémophilie générale dysthyroïdienne (Roume). L'opothérapie thyroïdienne à dose appropriée entrave la menstruation (Blandel, Jouin).

Holmeister (1892), puis Otto Lanz et Ceni (1904) montrèrent que les caractères sexuels secondaires, la menstruation et l'instinct sexuel n'apparaissaient pas chez les femmes thyroïdectomisées dans leur jeune âge. Les études sur le développement des follicules thyroïdiens après la castration ou la ménopause sont assez contradictoires (Cecca, Parhan et Golstein).

Les injections d'extrait d'ovaire produiraient de l'hypertrophie thyroïdienne (Hallien, 1907).

b. Ovaire et hypophyse. — L'hypophyse des femelles augmenterait après la castration (Fichera, 1905). Cecca le nie. On peut rapprocher le développement osseux qui se produit après la castration précoce de celui du gigantisme et de l'acromégalie où il existe une hypertrophie hypophysaire.

c. Ovaire et thymus. — Le thymus s'atrophie au fur et à mesure que l'ovaire se développe (Schedel et Flemming). Le poids du thymus des femelles castrées serait plus grand que celui des femelles nullipares. Ce dernier étant lui-même plus grand que celui des femelles multipares (Ugo Soli).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 20 MARS 1923)

Greffe osseuse pour pseudarthrose de l'avant-bras. — M. P. Hallopeau présente un enfant atteint de fracture infectée de l'avant-bras suivie d'élimination de un tiers du radius et du cubitus, de paralysie du médian et du radial. Il y a quatorze mois, greffe d'un fragment de péroné de 5 centimètres et d'un copeau ostéo-périostique pris sur le tibia, consolidation rapide. Les radios permettent de suivre la soudure du transplant et son augmentation de volume. Grâce à quelques interventions secondaires sur les tendons, la main a retrouvé des mouvements d'extension et de flexion et quelques mouvements des doigts, si bien que le malade peut s'en servir et saisir un objet entre le pouce et les autres doigts.

Rapports de la sacralisation et de la douleur. — M. Pr. Merklen insiste sur les rapports qui existent chez les porteurs de la sacralisation entre les douleurs et l'humidité. Des sacralisations deviennent douloureuses par le séjour dans les climats humides, à la mer, ou durant les saisons pluvieuses. Les douleurs disparaissent par le séjour dans un pays ensoleillé. La sacralisation se rapproche par là du rhumatisme chronique.

La déformation de la selle turcique par l'hypertension intracranienne chez l'enfant. — M. Salvadore E. Burglie (de Montevideo). Contrairement à l'adulte, on observe chez l'enfant atteint d'hypertension intracranienne une déformation secondaire de la selle turcique que révèle la radiographie.

Appendicite aiguë chez un enfant de dix-huit mois, opération, guérison. Rétention d'urine due à une rétention des matières. — Mme Nageotte-Wilboutchewitch rapporte l'observation d'un enfant qui dans le décours d'une bronchopneumonie présenta des coliques, l'abolition du réflexe cutané à droite, un peu de contracture abdominale. Sur ces symptômes le diagnostic d'appendicite fut porté. L'opération confirma le diagnostic. Guérison. Pendant la convalescence rétention d'urine par amas de matières stercorales.

Discussion. — M. Veau rappelle la grande difficulté du diagnostic de l'appendicite chez le tout petit enfant. Il montre par des exemples combien les symptômes peuvent être frustes, la défense localisée de la paroi, la douleur à la pression étant les seuls signes. Il faut donc y songer. Par contre l'erreur inverse peut être commise, le ventre dur d'une méningite, avec vomissements a pu être pris pour une appendicite aiguë.

Quelques cas d'encéphalite épidémique dans le tout jeune âge. — MM. Apert, Robert Broca et Chabanier, présentent deux enfants de deux et cinq ans qui à la suite d'encéphalite léthargique ont conservé un état mental particulier : facies figé, sourire niais, irritabilité, réclamations, cris contre les autres enfants. La petite de deux ans a entre les périodes de somnolence de l'agitation bruyante avec, semble-t-il, des hallucinations.

Les auteurs rapportent encore huit autres observations d'encéphalite léthargique chez des enfants au-dessous de cinq ans. On note fréquemment la perte transitoire de la parole et même de l'expression par gestes; parfois des troubles de la marche, quelquefois de la déglutition; chez les tout

petits on observe des formes à la fois syncopales et hyperthermiques. L'arsenic et le bismuth soit par voie buccale (dermatol) soit en injections sous-cutanées (iodoquinate de bismuth) ont paru dans certains cas avoir aidé à la guérison. Elle semble avoir été complète dans la moitié des cas; dans d'autres cas l'état intellectuel et affectif est resté modifié, trois cas, hyperthermiques d'emblée, se sont terminés par la mort.

M. Schreiber signale les bons résultats qu'il a obtenus dans un cas par l'emploi de la liqueur de Boudin.

Méningo-épendymite à streptocoques apparemment primitive chez un nourrisson de trois semaines. — MM. Lesné et Marquézy. L'affection débuta par des crises convulsives généralisées à forme tétanique; la tension de la fontanelle qui attira l'attention dès la période initiale, fut bientôt le seul signe méningé. Chez cet enfant nourri au sein, l'évolution fut absolument apyrétique et la courbe de poids fut tout à fait normale malgré la présence dans le sang et dans le liquide céphalorachidien d'un streptocoque virulent pour le cobaye, la souris et le lapin. Le cloisonnement des méninges fut particulièrement rapide puisque dès la première ponction lombaire, il fut très difficile d'obtenir quelques centimètres cubes de liquide céphalorachidien; par contre, la ponction ventriculaire par la fontanelle antérieure permit d'en retirer en vingt ponctions 15 centimètres cubes. Les ponctions évacuatrices répétées et l'emploi d'un autovaccin, furent chez cet enfant, la base du traitement; nous ne savons quel avenir lui est réservé, mais il n'a actuellement aucune complication oculaire ou auriculaire et son affection évolue depuis deux mois.

La ponction ventriculaire est un procédé de diagnostic précieux: mais c'est aussi un moyen thérapeutique, car en décomprimant la substance cérébrale, elle peut prévenir les séquelles intellectuelles et sensorielles et permet au besoin, l'introduction *in situ* d'un sérum thérapeutique.

Syphilis héréditaire tardive et tuberculoses chirurgicales. — M. A. Trèves montre que, si les symptômes classiques de l'hérédosyphilis tardive, sont bien connus, ils manquent très souvent et il faut une grande habitude des signes secondaires pour faire le diagnostic. C'est souvent une simple anomalie d'évolution d'une soi-disant tuberculose, qui permet d'éviter une erreur (hydarthroses à rechutes, lésions articulaires peu marquées à la radiographie, après une évolution prolongée, etc.).

Dans bien des cas, le diagnostic clinique est impossible et seul le Wassermann montre la syphilis. L'auteur le fait de parti pris pour toutes les tuberculoses chirurgicales et les surprises sont fréquentes.

D'ailleurs, un Wassermann négatif ne prouve pas toujours l'absence de syphilis et, pendant un certain temps, l'auteur a mis au 914 intraveineux toute cette catégorie de malades, sans le moindre accident.

Chez les hérédosyphilitiques purs, la guérison est rapide.

Dans les lésions mixtes, où la tuberculose s'ajoute à la syphilis, on voit souvent une régression partielle des lésions, puis un arrêt, comme si la syphilis seule était influencée.

Chez les tuberculeux purs, le 914 intraveineux n'agit le plus souvent que sur l'état général, comme eutrophique, mais dans quelques cas, Trèves a vu, dans des tuberculoses ouvertes, des guérisons extraordinairement rapides, alors que la syphilis n'était sûrement pas en question.

Au point de vue chirurgical, l'abstention doit être la règle dans les hérédosyphilis pseudo-tuberculeuses, mais l'immobilisation est souvent nécessaire, en attendant l'effet du traitement spécifique.

Résultats d'un essai de sérothérapie préventive antimorbilleuse. — MM. Harvier, de Brun et Decourt rapportent les résultats d'un essai, fait par eux, dans une petite collectivité d'enfants.

L'un de ces enfants présente une éruption de rougeole, le 9 février, treize enfants ont été en contact avec lui dès la période d'invasion, onze d'entre eux reçoivent, en injection sous-cutanée, 2cm5 de sérum de convalescent, le deuxième ou le troisième jour après la constatation du cas initial, par conséquent, six ou huit jours après la date probable de la contamination.

Deux enfants, non vaccinés par suite du refus des parents, ont eu leur éruption morbilleuse quatorze jours après celle du cas initial. Huit des vaccinés ont présenté leur éruption le même jour que ces deux témoins. Les trois derniers vaccinés ont eu leur éruption plus tardivement, treize et quatorze jours après les précédents.

Toutes les rougeoles des vaccinés ont été légères et fugaces.

Le fait que la sérothérapie n'a conféré aux enfants qu'une immunité partielle et non totale est dû, vraisemblablement, à la dose insuffisante de sérum injecté. Cependant, les auteurs insistent sur la nécessité d'observer de très près et de façon prolongée, au delà des délais habituels de l'incubation, les enfants vaccinés, pour ne pas laisser passer une éruption fugace ou tardive et ne pas conclure prématurément à une action préventive absolue de la sérothérapie.

Discussion. — M. Debré pense que cette vaccination est efficace : dans quelques cas elle empêche l'affection, dans d'autres il se produit des rougeoles modifiées, quelquefois il y a des échecs complets et des rougeoles graves, sur 200 cas il a observé deux morts. Les résultats sont variables parce que l'on ne peut savoir si le donneur est un bon ou un mauvais donneur de sérum. Il faut donc donner des doses fortes. Au début M. Debré donnait 2 à 3 centimètres cubes; il injecte bien plus maintenant. Il ne croit pas que la période d'incubation soit prolongée audelà de dix-sept à dix-huit jours par le sérum, les cas observés plus tardivement sont des infections tardives.

Il ne croit pas que la méthode puisse immuniser contre la rougeole. C'est une immunité passive très courte. Mais en déterminant des rougeoles bénignes, on arrive ainsi probablement à l'immunité durable.

MM. Weil-Hallé, Lesné pensent aussi que les cas à apparition tardive de M. Harvier ne sont pas des incubations très retardées, mais des cas secondairement infectés. Ils citent des cas analogues.

M. Terrien a injecté 15 centimètres cubes du sérum du premier enfant atteint dans une famille de huit enfants et n'a observé que de la rougeole bénigne.

M. Aviragnet, sur 9 enfants inoculés, a eu 7 cas de rougeole bénigne, et 2 rougeoles graves avec mort. A l'heure actuelle on n'enraye pas la rougeole, on l'atténue (absence d'énanthèmes), c'est déjà beaucoup.

M. Papillon. Les résultats de cette vaccination ont été excellents à la crèche de Trousseau. Toutes les fois qu'il entrait, par erreur, un rougeoleux à la crèche, il en résultait une épidémie de 5, 6, 7 cas avec 50 p. 100 de morts.

Depuis octobre dernier, il est entré deux fois un cas de rougeole, l'inoculation a été faite aussitôt, le jour même (3 centimètres cubes de sérum mélangé), il n'y a eu aucun cas de contagion.

Sur 30 cas d'inoculations faites au dehors, un seul échec, chez un enfant atteint de fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 MARS 1923)

La polyurie tubérienne après énervation des reins. — MM. Jean Camus et J.-J. Gournay. L'ensemble de leurs recherches montrent que l'énervation complète des reins, faite avant ou après la lésion de la base cérébrale, n'empêche pas la polyurie consécutive à cette dernière lésion.

Parfois l'énervation rénale est suivie d'une élévation du taux de l'urine, phénomène qui est distinct de celui qui est provoqué par la lésion cérébrale.

L'expérimentation établit donc que la polyurie et le diabète insipide d'origine tubérienne ne sont pas dus à une action transmise directement au rein par voie nerveuse.

La lésion tubérienne entraîne, selon toute vraisemblance, une modification humorale cause elle-même de la polyurie.

Le bactériophage du bacille pyocyanique. — MM. P. Hauduroy et E. Peyre décrivent l'aspect particulier de deux souches de bacilles pyocyaniques isolées de l'organisme.

Les cultures donnent, d'une part des colonies d'apparence

normale et des plages de différentes grandeurs, de couleur verte, brillantes et à reflets métalliques.

Ils ont pu obtenir un bactériophage dont la température d'inhibition est de 80 degrés détruisant des bacilles pyocyaniques de collection.

Variations digestives du taux leucocytaire. Rapports avec l'insuffisance hépatique et le tonus vago-sympathique. — MM. H. CLAUDE, D. SANTENOISE et P. SCHIFF ont étudié parallèlement chez un grand nombre de malades les variations digestives du taux leucocytaire, l'état fonctionnel du foie et le réflexe oculo-cardiaque.

Chez les sujets à foie normal, ils ont trouvé des variations en rapport avec le tonus neuro-végétatif :

a. Leucopénie rapide et brève chez les sujets à réflexe oculo-cardiaque fortement positif;

b. Leucocytose chez les sujets à réflexe oculo-cardiaque inversé.

Chez les hépatiques, l'insuffisance protéopexique du foie modifie ces réactions. On observe presque toujours une leucopénie rapide et prolongée chez les sujets à réflexe oculo-cardiaque positif, tardive chez les sujets à réflexe oculo-cardiaque inversé. Toutefois, dans trois cas d'insuffisance légère et passagère, les auteurs ont observé de la leucocytose chez des sujets à réflexe oculo-cardiaque fortement inversé.

Les auteurs pensent que l'épreuve de l'hémoclasie digestive peut être utilisée, non seulement comme test hépatique, mais encore comme test vago-sympathique, à condition de connaître un des deux éléments.

La réaction de Kahn et le diagnostic de la syphilis. — MM. BABONNEIX, BOUCHER et CHOAY, après avoir modifié cette méthode dans la préparation de son antigène et dans les quantités à employer, ont étudié comparativement le sérum de 100 malades. Ils arrivent aux conclusions suivantes :

1° Dans 26 cas positifs au Wassermann, 24 ont été positifs au Kahn et 2 négatifs. Ils ne peuvent expliquer l'une de ces divergences.

2° Avec des Wassermann négatifs, le Kahn a été très faiblement positif dans des cas discutables, et nettement positif dans des cas de syphilis méconnue.

3° Sur 20 malades où toutes les réactions étaient positives, le Kahn s'est montré plus sensible dans 7 cas.

Aucune conclusion possible sur ce que vaut la réaction sur le sérum non chauffé et le liquide céphalo-rachidien.

Le phosphène normal dans l'étude de l'orientation. — M. C.-J. KŒNIG appelle phosphène normal — pour le différencier du phosphène par compression oculaire — l'impression précise obtenue sur la macula quand le regard s'est fixé pendant quelques secondes sur une plage lumineuse. Les yeux étant fermés, si on tourne la tête autour de l'un quelconque de ses trois axes, on voit le phosphène suivre d'un angle égal les mouvements de la tête. Il faut donc admettre que, chez l'homme, le globe oculaire reste immobile dans l'orbite pendant ces mouvements. Cette question était encore discutée : elle se trouve ainsi résolue.

Ce sont les organes vestibulaires du sens de l'orientation qui, en agissant sur le tonus des muscles oculaires, agonistes et antagonistes, interviennent pour maintenir le globe oculaire immobile dans l'orbite.

(SÉANCE DU 23 MARS 1923)

L'hypercalcémie du rhumatisme chronique. — MM. Mathieu-Pierre WEIL, Ch.-O. GUILLAUMIN et R. WEISMANN-NETTER montrent que chez les rhumatisants chroniques il est fréquent d'observer une teneur excessive du sérum sanguin en Ca, témoin d'un trouble du métabolisme de la chaux que prouve l'examen radiographique. Cette hypercalcémie est surtout marquée dans les formes avancées de la maladie, allant fréquemment de pair avec une augmentation du magnésium sérique et de l'acide urique combiné du sang. Cependant l'hypercalcémie peut faire totalement défaut alors que la radiographie décèle de graves altérations osseuses avec épaississement des os, disparition des espaces articulaires et formation d'ostéophytes.

MM. BOIGEY, CARPENTIER et BRIGAUDET. L'acide urique joue un rôle empêchant à l'égard de la réaction de Meyer, révélatrice de la présence de sang dans une solution, dans les limites de 0g50 d'acide urique et en présence d'environ 0g15 de sang frais.

M. BRIDEL. Il faut avoir soin d'agiter l'urine avec de l'éther pour éliminer les causes d'erreur.

Le calcium et le magnésium sériques chez l'adulte normal, hypertendu ou athéromateux. — MM. Mathieu-Pierre WEIL, Ch.-O. GUILLAUMIN et R. WEISMANN-NETTER montrent que, à l'état normal, la teneur du sérum en calcium et en magnésium n'oscillent que dans des limites étroites (100 à 120 milligrammes au litre pour Ca, 15 à 20 pour Mg). Chez les hypertendus non athéromateux, Ca reste normal, Mg étant susceptible de s'élever légèrement. Chez les athéromateux Ca et Mg sont fréquemment augmentés; cependant, même dans des formes très avancées, alors que les parois artérielles sont profondément infiltrées de sels calcaires, Ca et Mg sériques peuvent être normaux; la précipitation et l'incrustation de Ca dans les parois vasculaires peuvent donc ne se manifester par aucune augmentation de la teneur du sang en ce corps.

Election. — M. BINET est nommé membre titulaire.

— Société de biologie de Lyon (séance du 19 mars 1923) :

Amplification électrique des mouvements vibratoires et des pulsations de la radiale. — M. NOGIER montre l'intérêt que présente en biologie, dans un but de recherche ou d'enseignement, l'amplification des bruits de l'organisme par les nouveaux appareils créés pour la télégraphie sans fil. Le bruit d'un diapason de 100 VD à la seconde, bruit directement à peine perceptible à quelque distance, devient avec un diffuseur haut parleur, aussi intense qu'une sirène d'automobile.

On peut amplifier ainsi les pulsations de la radiale avec un sphygmophone électrique haut parleur. Grâce à un relai microphonique polarisé avec un amplificateur basse fréquence à trois étages, on peut rendre les pulsations perceptibles dans une grande salle.

Le métabolisme basal des tuberculeux. Sa valeur dans le pronostic des poussées évolutives et le dépistage des hyperthyroïdies frustes et aggravantes. — M. V. CORDIER étudiant, chez dix-neuf malades, le métabolisme basal au cours des poussées évolutives de tuberculose pulmonaire est frappé par les discordances entre les poussées fatales et les évolutions favorables que rien ne différencie cliniquement. Chez les premiers, le métabolisme basal est exagéré (en éliminant les causes d'erreur d'origine fébrile). Chez les autres, le métabolisme basal est peu ou pas modifié [Parallèlement, l'auteur observe que les évolutifs graves sont des hyperthyroïdiens passagers ou définitifs avec hypersympathicotonie. Sur les dix-neuf malades, treize obéissent à cette règle d'opposition, six autres échappent partiellement (causes d'erreur du métabolisme basal chez des fébricitants).

L'exagération du métabolisme basal au cours des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire est d'un pronostic grave.

Ce symptôme est en corrélation avec l'hyperthyroïdie, satellite ou cause de la poussée évolutive.

Unicité de la toxine diphtérique. — Les bacilles diphtériques ayant été divisés en plusieurs types distincts par l'agglutinabilité et le pouvoir fermentatif sur les hydrates de carbone, il fallait se demander si la toxine soluble, sécrétée par les différents types de bacilles diphtériques était toujours la même. MM. DURAND et SÉDALLIAN, après avoir immunisé des chevaux avec des différentes toxines diphtériques, montrent que les titrages en unités antitoxiques de n'importe quel de ces sérums vis-à-vis de n'importe quelle toxine diphtérique sont les mêmes, et que, par conséquent, il n'y a pas de différences essentielles entre les toxines sécrétées par les différents types de bacilles et, d'autre part, entre les antitoxines correspondantes.

Classification sérologique des streptocoques hémolytiques. — MM. Paul DURAND et Paul SÉDALLIAN étudient les propriétés d'agglutination et le pouvoir d'absorber les agglu-

tinines d'une centaine de streptocoques d'origine très diverses. Ils concluent qu'une classification basée sur les caractères précédents est possible, mais n'est valable, si l'on s'adresse à des sérums expérimentaux de lapins, que si les épreuves d'agglutination sont contrôlées par la saturation des agglutinines. En opérant ainsi, ils établissent l'existence d'un certain nombre de groupes sérologiquement distincts, avec, pour chacun d'eux, un nombre de représentants très variable. Environ la moitié des streptocoques ne rentrent pas dans les groupes établis qui sont d'ailleurs des groupes d'attente.

En étudiant les streptocoques isolés au cours d'une épidémie d'infection puerpérale développée dans un service d'accouchement, ils identifient un type qu'ils retrouvent, seulement, chez les femmes infectées dans le service, jamais chez celles qui sont arrivées en état d'infection, ni chez celles qui, sans état fébrile, présentent du streptocoque dans leurs lochies.

Ils en concluent à l'infection des premières malades par le service (matériel ou plutôt personnel) et non par d'autres malades ; ils se demandent si, vis-à-vis d'un streptocoque virulent, toute femme récemment accouchée n'est pas toujours réceptive.

Action des bacilles dysentériques sur les sucres. — MM. Courmont et Rochaix, étudiant les variations *in vitro* de la fermentation des « sucres » par les bacilles du groupe dysentérique, montrent que le simple entraînement par repiquages successifs sur un milieu sucré non fermentescible normalement, est capable d'amener, au bout d'un certain temps (quatre à cinq mois en moyenne), ces bacilles à acquérir des propriétés fermentatives nouvelles et paraissant définitives. MM. Courmont et Rochaix étudient, en outre, les variations de la fermentation des « sucres » par les bacilles dysentériques sous l'influence du « co-entraînement ». Les bacilles de ce groupe provenant d'un milieu sucré, fermenté normalement par eux, provoquent, ensemencés dans un milieu sucré sur lequel ils sont normalement sans action, une fermentation de ce dernier milieu. Mais, si le phénomène est très général, il est très fugace. Il ne se produit, dans la très grande majorité des cas, qu'à la première génération. Dans quelques cas, il persiste pendant deux à trois générations.

Phases vagotoniques et sympathicotoniques du choc anaphylactique expérimental chez le cobaye et chez le lapin. — MM. F. Arloing et L. Langeron, à la suite des travaux de Tinel, Santenoise et Laurent sur l'hypervagosympathicotonie dans les phénomènes cliniques éruptifs, ont recherché la part du parasympathique et du sympathique dans le choc expérimental.

Chez le cobaye, l'hypervagotonie paraît la règle au début du choc ; ses manifestations convulsives, toux, éternuements, évacuations des réservoirs, énophtalmie sont supprimées à peu près complètement par l'atropine, tandis que la compression oculaire les ramène en partie. De même, l'adrénaline et la compression solaire tendent à les faire disparaître.

La sympathicotonie (prurit, réflexes pilo-moteurs, exophtalmie), s'observent plus tardivement et en général chez les cobayes qui ne succombent pas au choc. Ses phases para et sympathiques procèdent par vagues successives. Chez le lapin hypovagotonique, les phénomènes sont moins nets.

Effets de l'atropinisation sur les phénomènes de carence chez les pigeons soumis au régime du riz décortiqué. — MM. F. Arloing et A. Dufourt ont vu que des injections répétées de sulfate d'atropine à la dose totale de 3 à 6 milligrammes non mortelle, facilitent et précipitent l'apparition des phénomènes de carence chez les pigeons soumis en même temps au régime du riz décortiqué.

Les pigeons carencés, malgré la continuation de l'atropinisation, guérissent rapidement leurs phénomènes de carence si on les remet à un régime normal.

L'atropinisation préalable n'exerce aucune action favorisante sur l'apparition des phénomènes de carence que l'on cherche à provoquer ultérieurement.

Action de la pilocarpine sur la carence expérimentale du pigeon. — MM. F. Arloing et A. Dufourt ont constaté que la pilocarpine, à la dose de 3 milligrammes 1/2 précipite, comme l'atropine, et à peu près au même degré qu'elle, l'apparition des signes de carence chez les pigeons soumis au régime du riz décortiqué.

La continuation de l'intoxication par la pilocarpine n'empêche pas la guérison rapide du pigeon carencé que l'on remet à un régime normal.

L'administration préalable de pilocarpine n'a aucun effet favorisant sur l'apparition des signes de carence.

Les effets favorisants de la pilocarpine et de l'atropine sur l'apparition et l'évolution de la carence du pigeon sont peut-être dus à un déséquilibre du système nerveux organo-végétatif vago-sympathique provoqué par ces poisons.

Sur le galvanotropisme des microbes. — A la suite de l'étude ultramicroscopique d'un très grand nombre d'émulsions microbiennes en eau distillée et stérilisée, traversées par un courant continu de 40 à 60 volts et 5 à 10 milliampères, MM. Cluzet, Rochaix et Kofman concluent : 1° le signe électrique des microbes peut être différent suivant les espèces ; 2° le signe électrique peut être envisagé comme un caractère spécifique pour certaines familles (bacilles dysentériques, paratyphiques B) ; 3° pour certains microbes, il existe des variations dans le signe électrique suivant l'âge de la culture d'où provient le microbe considéré ; 4° il existerait un certain parallélisme dans les paratyphiques B entre la réaction d'agglutination et le signe électrique.

Effets bactéricides dus à l'action combinée du galvanotropisme et des rayons X. — En irradiant un creuset électrode de nickel contenant une émulsion microbienne et sur lequel les microbes sont précipités par galvanotropisme, MM. Cluzet, Rochaix et Kofman réduisent considérablement la dose bactéricide d'irradiations. C'est ainsi que l'on stérilise avec 120 H environ une émulsion en eau distillée de bacille d'Eberth (électropositif) ou de bacille de Flexner (électronégatif), provenant de cultures de vingt-quatre ou quarante-huit heures, lorsque le creuset de nickel, servant de radiateur, est respectivement relié au pôle négatif ou au pôle positif d'une source de courant continu à 60 volts.

Recherches expérimentales sur les antagonismes microbiens. — MM. J. Gaté et G. Papacostas montrent qu'expérimentalement, le staphylocoque, soit par lui-même, soit par ses produits de sécrétion, ne paraît pas, pour les auteurs, avoir d'action sur la virulence du bacille diphtérique. L'antagonisme entre le bacille diphtérique et le pneumobacille est unilatéral : le Friedlander atténue le Löffler, le diphtérique n'agit pas sur le pneumobacille. Expérimentalement, le pneumobacille non virulent ne paraît pas recouvrer sa virulence, même chez un animal profondément intoxiqué par la toxine diphtérique.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1923)

Homéopathie et physique moderne. — MM. Lazard et Brissemoret font une critique visant le dosage, en principes actifs, de médicaments tels qu'ils sont définis dans la pharmacopée homœopatique française. Partant de ces principes que, d'une part, la molécule-gramme d'un corps contient un nombre représenté approximativement par la constante d'Avogrado n° 7, 10^{23}, et, d'autre part, que l'hypothèse moléculaire est désormais admise comme réelle par tous les physiciens modernes, les auteurs étudient la teneur en molécules des atténuations des substances médicamenteuses. Or, ils arrivent aux conclusions suivantes : Que ce soit par dilutions successives ou par triturations successives, le calcul des probabilités démontre que vers la douzième ou treizième dilution ou trituration, il y a 9 999 chances sur 10.000 pour ne jamais plus trouver de trace de la dose de médicament introduite dans la première préparation (et il y a 30 atténuations). Par contre, les auteurs ne nient pas la possibilité d'action de doses thérapeutiques faibles, mais ceci est une étude à faire entièrement, étude qui apportera de grosses difficultés. On doit, du reste, admettre que pour qu'une réaction chimique ait lieu entre molécules, il faut qu'un choc effi-

cace suive leur rencontre ; il faut, en outre, que la molécule agissante, soit à l'état de molécule active. D'où la nécessité pour qu'une dose de médicament agisse, de contenir non seulement un nombre de molécules suffisant, mais encore, malgré un nombre de molécules immense, que cette dose très faible contienne des unités actives, car parmi cette masse, si certaines molécules sont prêtes à agir, les autres ne le sont pas.

Ethyl et méthylphosphate de quinine. Acide éthyl et méthylphosphosalicylique. — M. D. DROUET partant de ce fait que les groupements chimiques acide-éther ou éther sel acide existent dans tous les aliments et rendent assimilables les acides gras inassimilables par eux-mêmes, a conclu que ces formes chimiques rendaient l'assimilation possible de corps par eux-mêmes inassimilables.

D'autre part, l'acide phosphorique étant le seul acide physiologique avec l'acide carbonique qui ne coagulait pas les albumines a amené l'auteur à la conception que les acides-éthers éthyl et méthyl phosphoriques devaient être plus diffusibles, moins toxiques et mieux tolérés que l'acide phosphorique minéral ; que cette propriété devait s'étendre aux sels et qu'en conséquence, l'éthyl et le méthyl phosphate de quinine, de fer, de manganèse, etc. devaient être supérieurs aux autres sels actuellement utilisés et dont les acides sont étrangers à l'organisme et coagulent les albumines. L'auteur, à la suite de cette conception, a recherché un procédé industriel d'éthérification de l'acide phosphorique qui lui permit de préparer les sels en question. L'éthylphosphate de quinine contient 66 p. 100 de quinine basique, c'est un sel blanc cristallisé en longues aiguilles primatiques de saveur très amère ; soluble dans l'eau en toutes proportions.

Le méthylphosphate de quinine contient 63,7 p. 100 de quinine anhydre, mêmes propriétés que l'éthylphosphate.

Ces deux sels jouissent d'une extrême diffusibilité, sans causticité, ne coagulant pas les albumines sont les premiers et seuls sels quiniques aptes aux injections.

Acide-monoéthylorthophosphosalicylique est un dérivé analogue à l'acide acétyl-salicylique, peu soluble dans l'eau, saveur non désagréable ; ce sel correspond à 63,5 p. 100 d'acide salicylique.

Acide-monométhylorthophosphosalicylique, mêmes propriétés que le précédent sel.

En comparant ces sels à l'acide acétyl-salicylique, on constate :

1° Une action sédative, plus rapide et plus marquée que l'acide acétyl-salicylique.

2° Qu'ils sont trois fois moins toxiques.

3° Qu'ils sont mieux supportés par l'estomac.

4° Qu'ils ne provoquent pas de troubles neuro-cardiaques.

A noter que les deux nouveaux sels salicylés sont saponifiés en milieu alcalin et que le thérapeute devra conseiller leur association avec des acides et jamais avec un alcalin.

Traitement de la métrite hémorragique par les crayons intra-utérins au thorium. — M. P. GALLOIS rapporte une observation de métrite hémorragique datant de dix ans et aggravée à la suite d'un accouchement malheureux et qui céda en tant qu'hémorragique à cinq applications de crayons au thorium. Ces applications eurent lieu à peu près tous les deux jours.

M. Schmitt confirme cette action antihémorragique du thorium et cite à l'appui un cas d'hémorragie de cancer du corps utérin. Mais comme le thorium X perd rapidement son énergie, il faut tenir compte de la date de préparation des crayons employés.

Un cas d'intoxication par l'hydrate d'amylène. — M. Robert DUBOIS (de Saujon) rapporte l'observation d'une malade atteinte d'une crise de mélancolie anxieuse qui était calmée par l'hydrate d'amylène, produit dont elle faisait un usage constant. Dans la suite, elle eut une intoxication sérieuse, qui peut être ainsi résumé :

De l'usage de 2 à 4 grammes d'hydrate d'amylène, il peut résulter, au bout de quelques mois, des phénomènes d'intoxication sérieux caractérisés par de l'amaigrissement, de l'inappétence, un état saburral des voies digestives, de l'insomnie, un fort embarras de la parole qui devient bredouillante et empâtée, de la fatigabilité pour tout effort intellectuel, puis une diminution de la mémoire et finalement un état d'obnubilation marqué avec incontinence des sphincters.

Si l'on supprime brusquement le médicament ; il y a une crise passagère de confusion mentale, avec délire onirique où l'anxiété et la peur semblent être dominantes (sans être cependant affirmatif sur ce dernier point, en raison de la forme anxieuse de la malade).

En somme, l'intoxication par l'hydrate d'amylène rappelle l'intoxication alcoolique.

Un cas d'apoplexie cérébrale à la suite d'une anesthésie par le protoxyde d'azote. — M. Etienne CHABROL donne l'observation d'une malade de cinquante ans, chez laquelle il a vu évoluer les symptômes d'une hémorragie cérébro-méningée dans les heures qui ont suivi l'anesthésie chirurgicale au protoxyde d'azote. L'examen de tous les appareils et en particulier de l'appareil cardio-vasculaire n'avait révélé aucune tare pouvant expliquer cette apoplexie. Cet accident justifie pleinement le fait qu'avaient souligné MM. Chevassu et Rathery au Congrès d'urologie d'octobre 1921 que le protoxyde d'azote faisait courir certains dangers aux malades hypertendus.

C'est un toxique qu'il faut manier avec prudence, en tenant compte à la fois de la durée présumée de l'opération et de l'âge du malade. L'âge, en effet, rappellera la notion des scléroses vasculaires partielles que la sphygmomanométrie ne peut guère prévoir.

Des vérités et des erreurs sur le drainage biliaire par la méthode du tubage du duodénum (8 nov. 1922). — M. John C. HEMMETER (de Baltimore), correspondant étranger, *honoris causa*, présente toute une série d'expériences précises sur le drainage biliaire par tubage du duodénum et en particulier pour rechercher l'action pharmacologique du $MgSO^4$ sur la sécrétion biliaire. Le problème à résoudre étant celui-ci : le $MgSO^4$ est-il principalemnt un stimulant de l'excrétion de la bile déjà formée ou est-ce principalement un vrai cholagogue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 MARS 1923)

A propos du traitement des fibromes. — M. NATIER pense qu'on a avantage à recourir au jeûne thérapeutique dans le traitement des fibromes, jeûne susceptible, sinon de guérir ou d'enrayer et de faire rétrocéder la tumeur, tout ou moins de préparer excellemment le terrain pour tous traitements médicaux ou chirurgicaux.

A propos de la vaccinothérapie et de la sérothérapie dans le traitement de la blennorragie. — M. LE FUR indique la conduite pratique à suivre en cas d'urétrite blennorragique sans complications (soit aiguë à gonocoques, soit chronique à microbes associés), employer un vaccin correspondant associé au traitement local ; en cas d'urétrite compliquée, utiliser soit un vaccin, soit plutôt un sérum polymicrobien. Ces vaccins et ces sérums ont en plus une action préventive contre les complications.

A propos de la transfusion sanguine. — M. V. PAUCHET. Les indications en sont multiples : toutes les hémorragies médicales, chirurgicales ou obstétricales, les anémies aiguës ou chroniques (de toutes origines), les infections, les intoxications, etc. La transfusion ne fait courir aucun danger, on doit néanmoins établir les groupements sanguins, injecter 20 centimètres cubes et attendre trois minutes avant d'injecter 500 à 600 grammes sans inconvénient.

A propos du traitement du cancer du sein. — M. PROUST a montré que, dans la radiothérapie du cancer du sein, lorsque les champs d'irradiation étaient trop limités, il y avait à craindre qu'un ensemencement existant déjà ne reçût une dose d'excitation et aggrave ainsi l'état de la malade, ce qui explique les résultats paradoxaux publiés, surtout à l'étranger. Au contraire, avec une technique anatomique et une irradiation à dose suffisante dans toutes les zones sus-

ceptibles de renfermer de la graine de cancer, on ne favorise pas la récidive et on complète très heureusement la guérison opératoire.

Spondylothérapie dans la constipation chronique. — MM. Aubourg et Lebon ont observé aux rayons X des contractions de tout le gros intestin par percussion des trois premières vertèbres lombaires. Après quelques séances de percussion, la constipation est vaincue ou très diminuée. La percussion de la VIIe vertèbre cervicale provoque la contracture violente de l'estomac qui se vide en quinze à trente minutes.

Présentation d'ouvrages. — M. Laignel-Lavastine offre à la Société, au nom du bureau de la Société internationale d'histoire de la médecine un exemplaire des comptes rendus du IIe Congrès international d'histoire de la médecine (Paris, juillet 1921), édité chez Arnette.

Gommes ulcérées des jambes guéries par injection de collo-vaccin. — M. Grimberg présente une malade atteinte de gommes tuberculeuses ulcérées des deux jambes et guérie par injection de collo-vaccin antituberculeux.

Quelques formes de sténoses graves de l'œsophage soignées et guéries par l'œsophagoscopie. — M. Guisez présente plusieurs malades atteints de sténoses non cancéreuses, mais graves de l'œsophage, gastrotomisés depuis plus ou moins longtemps : sténoses cicatricielles et inflammatoires. L'endoscopie a permis de voir le petit pertuis, de recalibrer ces malades et de les guérir ; la bouche stomacale a été refermée et l'alimentation est redevenue normale.

L'urologie du rhumatisme déformant. — M. Lematte étudie l'élimination de l'azote, du phosphore, de la chaux et de la magnésie. Dans le rhumatisme déformant, les composés azotés ne sont pas retenus. L'élimination de la chaux et de la

Diabète sucré et syphilis. — M. Stillmunkes en rapporte une intéressante observation.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1923)

Deux néphrectomies faites sur les indications de la constante d'Ambard. — M. Jeanbrau.

Ostéochondrite et arthrite déformante juvénile de l'articulation de la hanche. — MM. Massabuau et Milhaud présentent deux observations de fausse coxalgie. Dans l'une il s'agit d'une arthrite déformante juvénile typique qui se caractérise cliniquement par des craquements articulaires, radiologiquement par une déformation en champignon du noyau épiphysaire de la tête avec irrégularité du cotyle. L'autre présente radiologiquement l'aspect de l'ostéochondrite à une période avancée de son évolution; aplatissement en galette du noyau épiphysaire de la tête; on y constate en même temps de la coxa vara et des hyperproductions osseuses au niveau du toit du cotyle et du col du fémur dans la zone d'insertion capsulaire. Cette observation tendrait à démontrer qu'il ne convient pas de faire de ces deux affections des entités morbides strictement distinctes, mais que leurs lésions peuvent se combiner et qu'il peut exister entre elles des formes de transition avec des lésions associées variables.

Enchondrome des os de la main. Polyadénie généralisée. — MM. Forgues, Roux et Olivier. Présentation de malades et de clichés radiographiques. Formule sanguine lymphocytaire : 15.000 globules blancs et 40 p. 100 de lymphocytes. Il ne paraît pas exister de relation de cause à effet entre l'enchondrome et la polyadénie, comme le prouvent par ailleurs les examens anatomiques de l'enchondrome non dégénéré et des ganglions.

Cancer de l'ampoule de Vater. Blocage des voies biliaires. (*Présentation de pièces.*) — MM. Vedel, Giraud et Puech. Le tableau clinique, observé chez une femme de soixante-trois ans sans antécédents pathologiques, était celui d'un ictère chronique avec rétention complète et amaigrissement progressif. Evolution en quatre mois. La malade fut observée les derniers jours de son affection; la teinte jaune des téguments et des muqueuses était très accusée, mais les matières colorées, la cachexie intense; diarrhée profuse et fièvre. A l'examen, gros foie, vésicule non perceptible.

A l'autopsie, le foie est gros et présente un noyau unique en tache de bougie, la vésicule est volumineuse, les voies biliaires très dilatées, il existe de gros ganglions périduodénaux et mésocoliques. A l'ouverture du duodénum on constate au niveau de la région vatérienne un petit noyau néoplasique en saillie de la grosseur d'un pois oblitérant complètement le cholédoque.

Les fèces contiennent de la stercobiline, malgré le blocage hermétique constaté du cholédoque. Les sécrétions intestinales, comme toutes les humeurs, étaient imprégnées de pigments.

Corps étranger intraoculaire méconnu pendant quatre ans. — M. L. Carrère.

Modification technique à la méthode de Sicard pour le traitement des varices. — M. Clottens. Dans le traitement des varices du membre inférieur, l'auteur pratique la ligature de la veine à l'extrémité distale de la varice et injecte le carbonate de soude dans le segment centripète sectionné.

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1923)

Kyste du parovaire pédiculé. (*Présentation de pièces.*) — MM. de Rouville et Madon.

Démence précoce et encéphalite épidémique. — MM. Euzière, Blouquier de Claret, Bonnet et Pagès.

Quelques expériences sur l'action photodynamique de hématoporphyrine. — M. F. Portes.

Sur les modifications cytologiques des cellules de la région ciliaire de la rétine au cours de l'élaboration de l'humeur aqueuse. — M. L. Carrère.

LIVRES NOUVEAUX

L'Année médicale pratique (1), publiée sous la direction de C. Lian, médecin des hôpitaux. Préface du professeur E. Sergent.

L'*Année médicale pratique* de 1923 (2e année) possède toutes les qualités de son aînée.

Elle expose en 300 articles courts les acquisitions cliniques et thérapeutiques de l'année dans toutes les branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités, sans oublier les intérêts professionnels).

Il suffit de chercher dans l'ordre alphabétique un mot, asthme, bismuth, encéphalite léthargique, etc., pour trouver aussitôt les notions nouvelles d'intérêt pratique concernant ces diverses questions.

Au point de vue professionnel, l'*Année médicale pratique* renseigne sur l'état actuel des grandes questions médico-sociales et sur les nouveaux décrets ou textes de loi. Ainsi elle renferme le récent décret et le tarif concernant les soins aux mutilés.

Enfin, elle contient la liste des nouveaux médicaments, appareils et livres de l'année.

L'*Année médicale pratique* doit donc être sur le bureau de tous les médecins à portée de la main car elle est pour eux un auxiliaire précieux et indispensable. L. G.

(1) In-16 de 484 pages. — Prix : 18 francs. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Encéphalite hyperthermique guérie à Lourdes, le 8 septembre 1922. Observation médicale par les docteurs H. et J. Bon. Une brochure gr. in-8 de 24 p., avec 2 pl. en photogravure et courbe de température complète (17 mois). — Prix : 3 fr. — Paris, A. Maloine.

N° 29. — MARDI 10 & JEUDI 12 AVRIL 1923. 96e ANNÉE. MARDI 10 & JEUDI 12 AVRIL 1923. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 14 mai 1923, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 16 avril au samedi 28 avril inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 7 mai 1923, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, guichet n° 2, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au 28 avril inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1923.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin directeur à l'asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône) est vacant à dater du 1er juin 1923.

— Sont nommés membres de la Commission instituée au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, à l'effet d'étudier les moyens d'assurer la déclaration des causes de décès :

MM. les docteurs Paul Boudin, Decourt, Faivre, Alfred Fillassier, Guilhaud, Pacaud, Quivy, Jules Renault, Sainton.

— Ont été attribuées, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique, les récompenses ci-après :

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Ginestous et Philip (de Bordeaux).

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Le *Journal officiel* du 5 avril 1923 publie une circulaire relative à l'organisation d'un concours pour l'admission à l'emploi d'infirmières des hôpitaux militaires en 1923 (cadre permanent). Le concours sera ouvert le 14 mai 1923, et le nombre d'emplois à attribuer sera déterminé d'après le nombre de candidates et la valeur du concours.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France aura lieu le dimanche 29 avril, à 2 heures, à la Faculté de médecine. Le soir, banquet au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Les confrères désireux d'assister au banquet doivent envoyer leur adhésion à l'Association générale, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe).

SECTION DE MÉDECINE DE L'A. G. — Les membres de la section de médecine de l'Association générale des étudiants, 13, rue de la Bûcherie, organisent pour le jeudi 12 avril, à 20 h. 30, une grande soirée artistique en l'honneur des professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux et des étudiants écossais actuellement à Paris. Cette fête qui sera présidée par M. le Doyen doit être cette année particulièrement brillante.

Tous les étudiants en médecine, membres ou non de l'A., y sont invités. Les premiers entreront sur présentation de leur carte, les seconds devront se munir d'une pièce d'identité.

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, soucieuse de faciliter le travail des étudiants et de permettre aux médecins installés de suivre les progrès de la science médicale, fait sténographier un certain nombre de cours professés à la Faculté.

Dès maintenant, chacun pourra se procurer à l'A. C. (8, rue Dante) les cours de :

M. le professeur Roger : Pathologie expérimentale, l'appareil respiratoire.

M. Garnier, agrégé : Les glandes à sécrétion interne.

M. Villaret, agrégé : Maladies du foie et des voies biliaires.

M. Lemierre, agrégé : Les maladies du rein.

Une réduction de 20 p. 100 sur le prix de ces cours est accordée aux membres de l'Association corporative.

HOTEL-DIEU. — Gynécologie médicale. — M. Paul Dalché commencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, le jeudi 12 avril, à 10 heures, et les continuera les jeudis suivants (salle Sainte-Marie).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 15 DÉCEMBRE 1922 ÉTENDANT AUX EXPLOITATIONS AGRICOLES LA LÉGISLATION SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Les médecins praticiens de la campagne nous sauront gré de leur signaler cette nouvelle loi.

1. Sous réserve de certaines dispositions qui vont être indiquées, l'article 1er de la loi du 15 décembre 1922 décide que la législation concernant la responsabilité des accidents du travail est applicable aux ouvriers, aux employés et aux domestiques autres que ceux exclusivement attachés à la personne, occupés dans les exploitations agricoles de quelque nature qu'elles soient, ainsi que dans les exploitatisns d'élevage, de dressage, d'entraînement, les haras, les entreprises de toute nature, les dépôts ou magasins de vente se rattachant à des syndicats ou exploitations agricoles, lorsque l'exploitation agricole constitue le principal établissement.

Mais la loi exclut de son application les exploitants qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille, ascendants, descendants, conjoints, frères, sœurs ou alliés au même degré, même s'ils emploient occasionnellement un ou plusieurs collaborateurs salariés ou non.

La loi assimile aux ouvriers agricoles, au point de vue de son application, ceux qui, n'étant pas petits patrons sont occupés par des entrepreneurs ou par des particuliers à l'entretien et à la mise en état des jardins (art. 2).

Il se peut qu'une des personnes auxquelles s'applique la loi, ouvriers, employés, domestiques, soit employée par un même exploitant assujetti à la loi, principalement à un travail visé par celle-ci, mais occasionnellement à une autre occupation non visée par la législation des accidents du travail. En ce cas, l'article 3 décide que la loi s'appliquera également aux accidents qui surviendraient au cours de cette autre occupation.

2. Si, dans les quatre jours qui suivent l'accident, la victime n'a pu reprendre son travail et si le lieu de l'accident se trouve hors de la commune où l'exploitant a son domicile, l'accident doit être porté à la connaissance de l'exploitant, par lettre recommandée, avec accusé de réception, soit par la victime, soit par un représentant ou ayant droit.

Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré par l'exploitant ou ses préposés à la mairie du lieu où il s'est produit, dans les conditions spécifiées à l'article 11 de la loi du 9 avril 1898. Le délai qui est imparti par cette loi partira, dans le cas où l'exploitant n'est pas domicilié dans la commune où se trouve le lieu de l'accident, du jour de la réception par lui de la lettre recommandée.

Un certificat médical doit être joint à la déclaration.

Le délai dans lequel le juge de paix doit procéder à l'enquête prévue au deuxième paragraphe de l'article 12 de la loi du 9 avril 1898 est porté à trois jours et le délai de clôture de ladite enquête est porté à quinze jours.

3. Si le propriétaire n'exploite pas lui-même, c'est le fermier, le métayer ou tout autre exploitant qui est seul responsable des indemnités vis-à-vis des victimes d'accidents ou de leurs ayants-droit.

La loi prévoit des dispositions spéciales en cas de métayage. S'il n'y a pas eu assurance, le *métayer* ou, en son lieu et place, la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, dans le cas prévu par l'article 26 de la loi du 9 avril 1898, a un recours contre le bailleur jusqu'à concurrence de la moitié des indemnités, nonobstant conventions contraires. Ce recours ne pourra être exercé lorsque le métayer aura été dûment assuré contre l'intégralité du risque, soit par lui-même, soit par les soins du bailleur qui, nonobstant convention contraire, devra supporter la moitié au moins de la charge de la prime d'assurance.

Aucun recours ne pourra non plus être exercé contre le propriétaire si le risque ayant été assuré comme il vient d'être dit, le métayer s'est adjoint des ouvriers supplémentaires non assurés, sans que le propriétaire ait été prévenu par lettre recommandée expédiée huit jours avant par le métayer.

Enfin, au sujet de la responsabilité, l'article 7 prévoit que, quand l'accident survient à une personne occupée, soit à la garde d'animaux appartenant à plusieurs exploitants, soit à toutes opérations ou travaux agricoles entrepris en commun, la responsabilité incombe solidairement aux exploitants propriétaires des animaux ou aux personnes ayant entrepris en commun les opérations ou travaux agricoles, sauf recours contre eux d'après les règles du droit commun. Si l'ensemble du risque a été dûment assuré par un des co-exploitants ou par un tiers, celui qui a payé les primes a un recours contre les co-exploitants qui ne restent plus alors tenus solidairement que vis-à-vis de lui et jusqu'à concurrence du montant des primes.

4. L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire. En cas de salaire variable, cette indemnité journalière est égale à la moitié du salaire que touchait la victime au moment de l'accident, et ce, pendant tout le temps qu'aurait duré dans l'exploitation le travail auquel elle était occupée. A l'expiration de cette période, cette indemnité journalière est calculée sur le taux arrêté, tous les deux ans, pour chaque département, par le préfet, après avis de la Commission départementale du travail, ou, à son défaut, du Conseil général et, après enquête suivie, notamment auprès des chambres syndicales, des offices départementaux agricoles et des syndicats agricoles ouvriers et patronaux, d'après le salaire moyen annuel des travailleurs agricoles.

S'il y a rémunération en nature, elle est calculée à moins de stipulation contraire élevant le chiffre de sa quotité, sur le taux arrêté, comme il vient d'être dit, d'après la valeur moyenne de cette rémunération dans le département.

Si la victime n'est pas salariée, l'indemnité journalière est calculée sur le taux prévu en cas de salaire variable.

Si la victime n'est pas salariée ou si elle reçoit un salaire variable ou un salaire en nature, les rentes prévues par la loi du 9 avril 1898 seront calculées d'après un salaire annuel moyen fixé comme en cas de salaire variable.

En aucun cas, dispose l'article 9, le salaire servant de base à la fixation des rentes ne pourra être inférieur à un salaire minimum fixé pour chaque département, conformément à ce qu'il est dit pour le salaire variable. C'est sur le salaire minimum que sera calculée la rente due à un ouvrier de moins de seize ans s'il n'est établi que cet ouvrier gagnait davantage.

Aux termes de l'article 15 de la loi, les médecins experts désignés par les tribunaux pour fournir un rapport concernant un accident du travail doivent déposer leurs conclusions dans un délai maximum d'un mois.

5. La loi nouvelle n'est pas immédiatement applicable. L'article 16 prévoit, en effet, qu'elle ne sera applicable qu'un an après la publication officielle des décrets qui doivent en régler l'exécution; et ces décrets devront être rendus dans les six mois suivant la promulgation de la loi.

Telles sont les principales dispositions de la loi du 15 décembre 1922 qui contient une extension très importante de la loi du 9 avril 1898.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

REMPLACEMENTS. — Les médecins, chirurgiens et spécialistes trouveront immédiatement à l'Association corporative des remplaçants sérieux, docteurs, internes ou étudiants ayant déjà fait des remplacements et remplissant toutes les conditions légales.

S'adresser de 10 heures à 23 h. 30 à l'Association corporative des étudiants en médecine, 8, rue Dante, Paris (Ve). Tél. : Gobelins 58-90.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OBSTÉTRIQUE -- GYNÉCOLOGIE

Sous la direction de M. le Dr ECALLE.

OBSTÉTRIQUE

Opération césarienne. Indications et technique. (MAGALHAES [de Rio-de-Janeiro]. *Gynécologie et obstétrique*, t. V, 1922, p. 345.) — L'auteur donne des indications de plus en plus étendues à l'opération césarienne. Il compare les résultats de la césarienne, faite après son temps d'élection, aux résultats donnés dans les mêmes conditions par les applications de forceps au détroit supérieur, la version ou les embryotomies. Les statistiques qu'il donne montrent la supériorité de la césarienne. Il en étend ensuite les indications aux cas de dystocie par rigidité du col, de procidence du cordon et au placenta prævia.

Cependant, si le contenu de l'utérus n'est pas certainement aseptique, il faut modifier, en certains points, la technique habituelle de la césarienne.

Voici quelle est la technique de Magalhaes.

Après extériorisation, l'utérus est enveloppé, dans sa partie inférieure par une toile de caoutchouc. La cavité abdominale est fermée provisoirement par une pince et protégée par des champs. Sur l'utérus même on étale deux toiles de caoutchouc, maintenues par un anneau élastique. Ces toiles caoutchoutées sont écartées sur la ligne médiane pour permettre de pratiquer la césarienne. Après la délivrance, la cavité utérine est désinfectée à la teinture d'iode et remplie d'une grande compresse qui sera attirée par le canal cervical, l'opération terminée. Dans la première suture utérine, les fils ne traversent que la musculeuse, sans toucher ni à la muqueuse, ni à la séreuse. Une deuxième suture séro-séreuse doit enfouir la première.

On change de champs caoutchoutés et on lave l'utérus à l'éther avant de le réintégrer dans l'abdomen.

ECALLE.

L'extériorisation de l'utérus gravide, dans l'opération césarienne conservatrice, est-elle utile? (CATHALA. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, juin 1922.) — L'extériorisation de l'utérus dans la césarienne conservatrice présente quelques inconvénients. Elle demande une incision très longue, les manœuvres, faites pour extérioriser l'utérus, peuvent le traumatiser. Au moment de l'énucléation de l'utérus, les anses intestinales ont tendance à sortir du ventre par la partie supérieure de la plaie. Par contre, si l'on opère alors que le liquide amniotique peut être considéré comme stérile, avant ou peu après la rupture des membranes, il y a avantage à ne pas extérioriser. On obtient ainsi des cicatrices courtes et plus solides. La longueur de ces cicatrices peut, après rétraction de la paroi, ne pas dépasser de 6 centimètres et demi à 7 centimètres.

ECALLE.

L'opération césarienne conservatrice tardive; ses indications actuelles. (A. GROSSE. *Revue franç. de gyn. et obst.*, sept. 1922.) — On désigne, sous ce nom, l'hystérotomie pratiquée plusieurs heures après le début du travail et la rupture des membranes.

Pour beaucoup d'auteurs, la crainte de l'infection latente fait rejeter les opérations tardives. Pour eux, la césarienne doit être pratiquée au début du travail, avant, ou tout au moins, très peu de temps après la rupture des membranes.

Par contre, d'autres opérateurs ont pratiqué des césariennes plusieurs heures et même plusieurs jours après la rupture des membranes et ont obtenu la guérison.

L'auteur de cette étude s'attache à montrer que les indications de la césarienne conservatrice tardive peuvent être étendues; même après un travail prolongé, des membranes rompues depuis plusieurs heures, pourvu que les conditions nécessaires d'asepsie aient été observées, que la femme présente un bon état général, sans accélération du pouls ni ascension de la température et qu'elle soit exempte de tout passé génital pathologique.

Il faudra être très prudent avant de prendre cette décision, le moindre soupçon d'infection utérine le fera rejeter.

L'extériorisation de l'utérus et l'isolement complet de la cavité péritonéale par des champs paraissent la meilleure méthode.

La suture utérine sera faite soigneusement en deux plans; un musculaire et un second superficiel myoséreux.

G. BARBARO.

L'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale post abortum, forme septicémique. (HALLER, rapport de LŒWY. *Paris chir.*, janv. 1923, p. 25.) — Dans trois cas d'infection puerpérale post abortum à forme septicémique, l'auteur a obtenu la guérison par l'hystérectomie vaginale.

Plus l'intervention est précoce, plus la guérison a de chances de se produire. Le diagnostic d'intervention sera basé sur l'état de la malade après curettage; quand il n'existe aucune localisation para-utérine susceptible d'expliquer le mauvais état général. Il faut enlever l'utérus au début de l'infection, avant que le stade utérin ne soit franchi.

L'hystérectomie vaginale est supérieure à l'hystérectomie abdominale dans ces cas. Elle n'est pas choquante, ne fait courir aucun risque à la malade et n'aggrave pas le pronostic.

G. BARBARO.

Les indications de l'hystérectomie tirées des résultats du curettage dans l'infection post abortum. (J. VANVERTS. *Gynécologie et obstétrique*, t. V, 1922, p. 277.) — Le curettage et le curage digital constituent des moyens de traitement puissants dans l'infection post abortum. Mais ils peuvent être contre-indiqués ou rester inefficaces. De là naissent les principales indications de l'hystérectomie vaginale dans l'infection post abortum.

a. L'hystérectomie est indiquée dans les cas graves de péritonite généralisée ou de septicémie. Elle supprime le foyer primitif et principal d'infection et assure le drainage du petit bassin.

b. L'hystérectomie est indiquée, lorsque le curettage reste inefficace. Mais doit-on intervenir, le lendemain du curettage, « si les choses ne vont pas mieux » ou attendre quelques jours. Quatre au plus.

Il est imprudent de continuer l'expectative, si le lendemain, les phénomènes infectieux restent très marqués et la fièvre élevée, si le curettage n'a ramené que peu de débris placentaires, si des frissons apparaissent.

Il est, au contraire, indiqué d'attendre si la courbe fébrile se maintient à un niveau moyen, si l'état général reste bon et si l'on constate le développement d'une localisation infectieuse périutérine.

ECALLE.

Insuffisance thyro-parathyroïdienne et gestation. Etude clinique. (FRUHINSHOLZ. *Gyn. et obst.*, t. VI, p. 145.) — Les rapports de la gestation et des insuffisances thyroïdiennes et parathyroïdiennes restent encore assez obscurs. Dans cette étude, l'auteur ne cherche qu'à apporter un certain nombre de documents destinés à constituer en quelque sorte une base de départ pour des travaux ultérieurs.

Dans les formes d'hypothyroïdie chirurgicale (femmes devenant enceintes après avoir subi une thyroïdectomie), il semble que les accidents les plus fréquemment observés au

cours de la grossesse soient les accès de tétanie. Ces troubles relèveraient donc plutôt d'une insuffisance parathyroïdienne concomitante que d'une insuffisance thyroïdienne vraie.

Par contre, les vomissements du début, certaines formes d'albuminurie gravidique et même certains cas d'avortements précoces et répétés semblent pouvoir relever d'une insuffisance thyroïdienne qui s'est développée avec la grossesse. L'action néfaste de la gestation peut se poursuivre encore après l'accouchement, et l'on peut voir survenir alors des syndromes d'hypothyroïdie pouvant aller jusqu'au myxœdème.

Si la grossesse survient chez une femme atteinte antérieurement d'insuffisance thyroïdienne, deux cas doivent être envisagés :

a. S'il s'agit d'une femme ne présentant que de petits syndromes d'hypothyroïdie (migraines, asthme, rhumatisme chronique), il semble que l'action stimulante de la gestation sur le corps thyroïde, devenu plus actif, soit capable d'améliorer nettement l'hypothyroïdie.

b. S'il s'agit d'une femme présentant des symptômes de myxœdème (myxœdème fruste puisque la grossesse n'est guère possible dans les cas de myxœdème), des accidents graves peuvent se produire au cours de la gestation. Il est constant, en effet, de voir survenir chez ces femmes des troubles rénaux à des degrés divers : albuminurie légère ou grave, œdèmes gravidiques, éclampsisme ou éclampsie vraie.

On peut admettre, enfin, que les symptômes d'insuffisance parathyroïdienne sont exagérés par la grossesse. La tétanie est si fréquente chez la femme enceinte que l'on a pu parler d'une tétanie gravidique. La grossesse, dans ces cas, pourrait révéler une insuffisance parathyroïdienne restée jusque-là latente ou la déclancher.

Une dernière question peut être soulevée. Les modifications qui se produisent dans le métabolisme de la chaux chez la femme enceinte sont-elles la cause ou la conséquence de cette insuffisance parathyroïdienne? Il n'est guère possible de préciser ce point.

Enfin, rien ne vient encore démontrer le rôle joué par les parathyroïdes dans la pathogénie de l'éclampsie.

ECALLE.

De l'autohémothérapie dans les dermatites gravidiques. (E. LÉVY-SOLAL. *Gyn. et obst.*, 1922, t. VI, n° 5.) — L'auteur rapporte trois cas de dermatite gravidique (un psoriasis, deux eczémas), rebelles à tout traitement externe, à tout régime alimentaire, qui ont cédé à cinq ou six injections intrafessières de 10 centimètres cubes du propre sang de la malade prélevé dans les veines du pli du coude.

Une quatrième malade, qui présentait un psoriasis généralisé antérieur à la gestation, a vu ses lésions très améliorées par l'autohémothérapie, mais la disparition n'a pas été complète comme dans les trois autres cas.

On peut aussi pratiquer l'autosérothérapie ou l'autoplasmathérapie qui relèvent de la même thérapeutique antianaphylaxique.

G BARBARO.

Cf. — Autoplasmathérapie. (FLANDIN et TZANCK. *Bull. méd.*, 10 sept. 1921.)

Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique convulsivante (éclampsisme). (Prof. LE LORIER. *Presse méd.*, 6 janv. 1923, n° 2.) — L'auteur attire l'attention sur l'importance des variations de la tension artérielle au cours de la grossesse, sur sa valeur diagnostique et pronostique.

La méthode employée par M. Le Lorier pour la prise de la tension est celle de Riva-Rocci (palpatoire). Dans les cas normaux, la Mx ne dépasse pas 12 centimètres de Hg.

Dès que la femme est en état de toxémie imminente, d'éclampsisme, la tension artérielle s'élève ; la systolique atteignant 12,5-13-14. Cette augmentation de la tension systolique est un signe précoce, apparaissant avant toute autre manifestation subjective (tête lourde, vertiges, troubles visuels, etc.) ou objective (albumine dans les urines).

La zone d'alarme de l'hypertension commence à 13 et finit à 15 où commence la zone dangereuse.

Toute femme dont la tension a atteint la zone d'alarme doit être surveillée rigoureusement. On prescrit le repos, le régime lacto-végétarien déchloruré, les grandes évacuations intestinales.

Si, après huit jours de ce régime, la tension reste supérieure à 13 ou s'élève encore, il faut mettre la femme au régime lacté absolu précédé ou non de diète hydrique.

A partir de 15 centimètres, la saignée de 200 à 500 grammes est indiquée avec régime hydrique. On peut ainsi empêcher l'apparition des crises convulsives si le traitement préventif a été précoce.

G. BARBARO.

Les indications de la rachianesthésie en obstétrique. (Max CHEVAL (de Bruxelles). *Gyn. et obst.*, 1922, t. VI, n° 6, p. 429.) — Pour l'auteur, il s'agit d'une méthode d'exception qui est indiquée :

1° Dans les cas d'opérations obstétricales, quand il existe une affection interdisant l'anesthésie générale, telle que la tuberculose pulmonaire et les cardiopathies ;

2° Quand l'utérus est tétanisé et qu'il y a menace de rupture utérine.

Enfin, on doit pouvoir utiliser la rachi-anesthésie pour pratiquer les césariennes.

Dès que l'injection est faite, l'utérus se relâche et les douleurs cessent. Pendant les manœuvres on ne perçoit aucune contraction utérine. Après l'évacuation de son contenu, l'utérus revient sur lui-même du fait de son élasticité, qui est suffisante pour empêcher une hémorragie.

L'auteur a injecté dans trois cas 10 centigrammes d'Allocaïne Lumière dans le troisième espace lombaire.

Il a éprouvé une difficulté à faire la ponction lombaire; par suite du volume du ventre de la parturiente qui peut difficilement courber la colonne vertébrale.

Les suites ont été normales.

G. BARBARO.

Septicémie puerpérale à pneumocoque. (MONCKEBERG. *Gyn. et obst.*, 1922, t. VI, n° 4.) — L'auteur relate un cas d'une septicémie puerpérale survenue le troisième jour chez une femme accouchée normalement et pour laquelle l'hémoculture révéla la présence de pneumocoque. Essai de vaccinothérapie pneumococcique. Apparition le douzième jour d'un foyer pneumonique d'un poumon.

Mort le treizième jour. L'autopsie révèle, outre l'endométrite et la pneumonie, une péritonite à pneumocoques.

Dans ce cas, très rare d'ailleurs, il semble que le microbe fut apporté par la projection de quelques gouttes de salive provenant de la bouche de la sage-femme, chez laquelle, en effet, les prélèvements montrèrent la présence de pneumocoques.

G. BARBARO.

GYNÉCOLOGIE

Les métrorragies de l'adolescence de cause utérine. (Mme Suzanne ERNST. *Th. de Paris*, 1923.) — Ce travail, basé sur de nombreuses observations, montre qu'il est assez fréquent de voir chez des jeunes filles des métrorragies dues à des lésions purement utérines ; en dehors des cas de cardiopathies, d'affections hépatiques, rénales, des auto-intoxications.

Ces lésions utérines sont très diverses. Il s'agit, tantôt de métrorragies liées à une véritable métrite d'origine infectieuse (forme hémorragique des métrites). L'inflammation de la muqueuse utérine est due assez souvent au gonocoque dans ces cas.

A côté de ces métrites vraies, il existe des pseudo-métrites qui les simulent entièrement. Mais ici l'origine microbienne n'est pas évidente. Ce sont les cas de métrorragies au cours d'adénomes diffus, de pseudo-métrites villeuses et polypeuses.

Enfin, dans quelques cas plus rares, c'est une tumeur qui est la cause de l'hémorragie : polype fibreux, fibromyomes, sarcomes.

Parfois l'examen le plus minutieux ne traduit l'existence d'aucune de ces lésions. On appelait autrefois, essentielles, ces métrorragies. En réalité, les métrorragies essentielles vraies sont extrêmement rares, si tant est qu'elles existent. La plupart relèvent d'un trouble fonctionnel des glandes endocrines : thyroïde, ovaire, hypophyse, surrénale.

Pour établir le diagnostic étiologique de ces métrorragies,

l'examen local soigneux est indispensable pour déceler les lésions utérines. Dans beaucoup de cas, cet examen doit être complété par un curettage explorateur.

Les traitements locaux ordinaires (antiseptiques, cautérisations, etc.) sont parfois inefficaces. Certaines métrorragies résistent même au curettage.

Dans les cas graves, rebelles à toute thérapeutique, on est autorisé à employer le radium à très petite dose qui a donné d'excellents résultats comme hémostatique utérin.

Mais les applications de radium doivent être réservées à ces cas seulement et rester, en somme, un traitement d'exception. G. BARBARO.

Syphilis utérine tardive et métrorragies. (MOUCHOTTE. *Revue franç. de gyn. et obst.*, 10 janv. 1923.) — Un symptôme capital permet de soupçonner la syphilis utérine, c'est l'hémorragie, rebelle aux agents thérapeutiques ordinaires, remarquable par son intensité et sa gravité.

En présence d'une pareille hémorragie, apparaissant comme signe isolé, c'est-à-dire, quand aucune lésion de l'appareil génital ni de l'état général ne permet d'en expliquer la cause, il faut penser à la syphilis utérine.

Dans ces cas, on pratiquera la réaction de Bordet-Wassermann; en cas de négativité, on passera outre et on instituera un traitement antisyphilitique énergique.

Sous l'influence du traitement, les métrorragies cessent rapidement, vers la deuxième ou la troisième injection.

La syphilis en cause peut être héréditaire ou acquise. Elle se manifeste le plus souvent sous la forme scléreuse qui s'associe à l'artérite tertiaire pour constituer l'endométrite syphilitique. La traduction clinique de ces lésions est peu perceptible à l'examen; seule, l'hémorragie utérine, sans cause apparente, est en faveur de la spécificité.

G. BARBARO.

Chorio-épithéliome malin consécutif à une môle hydatiforme avec métastases vaginales et pulmonaires. (POTOCKI et LELIÈVRE. *Gynécologie et obstétrique*, 1922, t. VI, n° 2.) — Une sixième pare présente des hémorragies graves dues à une môle hydatiforme; ce que confirme l'évacuation de l'utérus.

Deux mois après cette évacuation, des hémoptysies apparaissent, accompagnées de signes pulmonaires très marqués.

En même temps, on note des métrorragies quotidiennes; l'augmentation de volume de l'utérus. L'examen histologique d'une métastase vaginale en montre la nature et permet le diagnostic. On pratique une hystérectomie totale. La malade meurt deux jours après.

Un examen macroscopique et microscopique complet est pratiqué, qui montre le chorio-épithéliome utérin et ses métastases pulmonaires. G. BARBARO.

Môle hydatiforme et chorio-épithéliome. (NOVAK. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 1922, t. LXXVIII, p. 1771.) — Il semble, d'après les statistiques de l'auteur, que les cas de môle hydatiforme sont suivis, moins souvent qu'on ne le dit, de chorio-épithéliome.

Le diagnostic histologique de la môle hydatiforme et du chorio-épithéliome est extrêmement difficile à préciser. Ce sont, en effet, les mêmes éléments histologiques que l'on retrouve dans la grossesse normale, la môle et le chorio-épithéliome. C'est seulement la tendance à l'envahissement, l'existence de larges placards syncytiaux avec ou sans cellules de Langhaus, dans le muscle utérin qui permet d'affirmer la malignité de la tumeur. On ne saurait donc baser un tel diagnostic sur l'agent histologique des débris ramenés par simple curettage. Seul, l'examen des coupes de la paroi utérine, prélevées sur toute son épaisseur, permet de vérifier le caractère malin d'une telle humeur. ECALLE.

Kystes de l'ovaire et gestation (résultats de 35 cas opérés pendant la gestation). (SZYMANOWICZ. *Gynécologie et obstétrique*, t. VI, n° 6, p. 405.) — Tout kyste de l'ovaire, diagnostiqué pendant la grossesse, doit être opéré sans tarder, l'intervention abdominale sera la meilleure manière de protéger la mère et l'enfant. L'auteur tire cette conclusion d'une série de 35 cas, observés à la clinique gynécologique de Cracovie. En effet, pour la femme, les résultats de l'ovariotomie sont aussi favorables au cours de la grossesse qu'en dehors de la grossesse, dans la plupart des cas cette opération est des plus simples. Faite de bonne heure, elle présente l'avantage de soustraire la mère à un certain nombre de complications. Pendant la grossesse : Torsion du pédicule, adhérences du kyste avec les organes voisins et en particulier avec l'utérus, incarcération de la tumeur, rupture ou hémorragie intrakystique. Mais surtout elle supprime la possibilité du kyste prævia, au cours du travail.

On a pu cependant reprocher à l'ovariotomie d'interrompre la grossesse. Dans la série de l'auteur, le pourcentage des avortements, dus à l'opération, n'a été que de 8,5 p. 100. L'avortement est moins fréquent dans les grossesses jeunes que dans les grossesses plus avancées; 28 fois l'opération fut faite entre le deuxième et le quatrième mois et presque toutes les grossesses ont été conservées.

La laparotomie abdominale est plus simple et permet davantage de ménager l'utérus gravide qu'une opération vaginale. ECALLE.

Contribution à l'étude de la nécrobiose des fibromyomes utérins durant la grossesse. (Maurice LEROUX. *Th. de Paris*, 1923.) — On entend par nécrobiose la mortification aseptique des fibromes bien différente des autres processus de dégénérescence, comme le sphacèle et la suppuration qui impliquent la notion d'infection.

D'après l'auteur, cette nécrobiose des fibromyomes utérins serait plus fréquente qu'on ne l'aurait cru, surtout dans les formes frustes; mais elle est souvent méconnue. Peut-être faudrait-il voir dans cette dégénérescence la cause de la disparition fréquente ou de la diminution des fibromes après l'accouchement?

C'est surtout entre le troisième et le cinquième mois et chez les primipares âgées qu'apparaît ce processus. Les symptômes consistent en douleurs, soit spontanées, soit seulement provoquées, siégeant au niveau de la tumeur. D'autres fois le début est aigu avec syndrome péritonéal. Localement, la tumeur augmente de volume et se ramollit. L'état général est troublé par la résorption des produits toxiques libérés par l'histolyse. Cette modification, souvent très légère, ne se traduit que par une légère élévation thermique; ou, au contraire, aboutit à un état cachectique avec teint jaunâtre simulant une néoplasie maligne.

Le diagnostic est difficile. On peut méconnaître la grossesse, du fait de la rapidité avec laquelle le fibrome grossit. On peut croire à l'existence d'une tumeur d'autre nature : cancer, sarcome, kyste de l'ovaire, salpingite. Le diagnostic est particulièrement délicat avec une grossesse ectopique en état de manifestation clinique.

Le pronostic est sérieux. L'affection peut entraîner un avortement, un accouchement prématuré, l'insertion vicieuse du placenta.

Mais on doit surtout redouter l'infection qui transforme en masse gangréneuse la tumeur dégénérée.

Il ne faut jamais pratiquer d'intervention obstétricale pour vider l'utérus, dans ces cas de fibrome dégénéré; si l'on veut éviter une rupture utérine ou une infection grave. Si l'on doit intervenir, ce sera par voie haute, myomectomie simple ou hystérectomie supravaginale, en respectant la cavité ovulaire, suivant les cas. G. BARBARO.

Cf. — La nécrobiose des fibromes utérins. (BÉGOUIN. *Paris méd.*, 17 juin 1922, p. 503.)

L'hystérectomie fundique. (H. HARTMANN. *Gyn. et obst.*, 1922, t. VI, n° 6.) — Sous ce nom, Lecène et Gaudard d'Allaines ont décrit l'ablation du fond de l'utérus et des deux trompes avec conservation d'un ovaire, ou au moins d'un fragment important d'un ovaire. L'auteur décrit la technique employée.

Il est essentiel de laisser intact un segment utérin, haut d'au moins 3 centimètres au-dessus de l'isthme. La péritonisation se fait aux dépens du péritoine rétro-vésical.

Les résultats fonctionnels sont supérieurs à ceux que donne la simple conservation d'un ovaire avec ablation totale de l'utérus. G. BARBARO.

VOIES URINAIRES

Par M. le Dr DE BERNE-LAGARDE.

CHIRURGIE URINAIRE

Les infections de l'adénome prostatique. (LEGUEU. *Arch. des mal. des reins et des organes génito-urin.*, 1er oct. 1922, t. I, n° 2, p. 129, 136.) — L'auteur attire l'attention sur ce fait qu'une infection d'ordre local ou général, peut frapper l'adénome prostatique. Il en résulte l'apparition brutale de la rétention d'urine aiguë. Il est nécessaire tout d'abord d'ouvrir l'abcès par la voie périnéale ; puis, quand la suppuration est tarie et que la plaie de périnéotomie s'est cicatrisée, on procède à l'ablation de l'adénome prostatique en un temps ou en deux temps. Cette infection est presque toujours due au staphylocoque. Certains de ces abcès sont petits, multiples et guérissent sans qu'on ait besoin d'intervenir.

Cependant, le tissu fibreux, que leur guérison provoque, rend plus pénible l'énucléation consécutive de l'adénome prostatique.

De la réparation des hypospadias balaniques. (MARION. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, déc. 1922, t. XIV, n° 6, p. 473, 478.) — L'auteur décrit un nouveau procédé analogue à celui que communiquaient Arthur Dean Bevan, en 1917, et Chocholka, en 1920. Ce procédé qui a donné quatre beaux résultats sur quatre opérés, diffère de celui des deux chirurgiens précédents par le temps suivant : les surfaces cruentées seront largement recouvertes surtout au point de jonction du canal primitif avec le nouveau canal. Les lambeaux de couverture seront rapprochés et adossés au moyen de tubes de Galli, comme on le fait dans le procédé de Duplay.

L'Urétroplastie artérielle. (CLAUDEL. *Th. de Paris*, 1923, Editions de la Vie universitaire, 13, quai de Conti, Paris.) — Quatre observations sont rapportées avec deux succès complets. Le greffon artériel est pris sur l'aorte abdominale d'un chien de haute taille, de l'origine des artères rénales jusqu'à la bifurcation.

Les collatérales sont liées et le greffon maintenu dans du sérum physiologique tiède.

L'implantation du greffon se fait par tunnellisation. Préalablement, il a été procédé à une cystostomie de dérivation et au redressement de la verge. Douze jours après l'opération commence la dilatation du nouvel urètre : quand celle-ci est obtenue, on ferme la fistule hypogastrique. Cette intervention imaginée par Legueu lui a donné deux beaux résultats dont l'un se maintient depuis deux ans et demi.

De l'épidydymectomie dans la tuberculose génitale. (MARION. *Presse méd.*, 10 fév. 1923, n° 12, p. 129, 130.) — Véritable plaidoyer en faveur de cette excellente intervention, dont les résultats immédiats et lointains sont très satisfaisants.

Dans l'immense majorité des cas, la tuberculose frappe exclusivement l'épidydyme; le testicule n'est pris que tardivement et quelquefois même est indemne. Cette opération est possible, même quand les lésions sont suppurées et fistuleuses. Ce n'est pas parce qu'on enlève un épidydyme tuberculeux qu'il faut craindre de disséminer les bacilles dans l'organisme et de les localiser ailleurs. De plus, la tuberculose génitale ne guérit pas toujours par le traitement médical ; elle guérit, une fois sur deux environ, chez les malades qui peuvent se soigner véritablement par une cessation de toute activité professionnelle.

Cf. — Cancer primitif du rein droit avec une volumineuse métastase pleurale gauche chez une jeune femme enceinte. (Ch. ROUBIER. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, oct. 1922, t. XIV, n° 4, p. 285, 288.)

Sur un cas de tumeur mixte (épithélio-sarcome) de la vessie, d'origine probablement allantoïdienne. (Ch. LENORMANT. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, oct. 1922, t. XIV, n° 4, p. 273-284.)

VACCINOTHÉRAPIE

Traitement des abcès prostatiques par la vaccinothérapie. (LEGUEU et FOUQUIAU. *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, 11 déc. 1922, n° 9, p. 222-225.) — Du point de vue purement bactériologique, les auteurs confirment les recherches antérieures en prouvant que la grande majorité des abcès prostatiques sont dus au staphylocoque.

Le vaccin *antistaphylococcique de Pasteur* a donné des résultats très variables. Dans plusieurs cas, ils ont observé une amélioration rapide et parfois définitive des symptômes.

L'amélioration porte surtout sur les phénomènes douloureux, sur l'élévation de la température et sur les troubles de la miction. Par contre, la prostate reste toujours grosse, tendue et douloureuse et la diminution de volume, dans les cas où elle se produit d'elle-même, ne se fait que peu à peu.

L'effet du vaccin est indépendant de la cause de l'abcès. Les auteurs ont eu de bons résultats et des échecs aussi bien dans les abcès gonococciques que dans les abcès, postgrippaux ou dans les abcès survenant à titre de complications dans les adénomes prostatiques.

Le *vaccin de Delbet*, si efficace dans certaines infections staphylococciques, n'agit en rien sur les abcès de la prostate.

Le vaccin *de Nicolle et Blaizot* n'a donné aucun résultat thérapeutique et même aucune réaction générale ou locale, malgré les doses élevées qui furent injectées.

Il semble donc que, seul, le vaccin antistaphylococcique de Pasteur ait donné quelques résultats positifs et il semble légitime, malgré les résultats aléatoires, d'essayer ce traitement dans les abcès de la prostate.

Les infections urinaires à staphylocoques, secondaires à la furonculose. (MARSAN. *P. V. M. et Dis. de la XXIIe session de l'Assoc. franç. d'urol.*, Paris, oct. 1922, p. 297, 306.) — L'auteur rapporte cinq observations de malades qui, à la suite d'une furonculose, firent, trois d'entre eux un abcès de la prostate et les deux autres, un phlegmon périnéphrétique.

C'est, parfois, longtemps après l'évolution de la furonculose que surviennent les accidents urinaires. Si leur évolution est bénigne chez la plupart des malades, l'infection peut revêtir l'allure d'une véritable septicémie. Bien souvent, le traitement chirurgical est insuffisant dans les formes graves ; l'autovaccinothérapie semble donner alors d'excellents résultats.

A ce propos, Delcroix-Decoster (de Bruxelles) fait remarquer que dans les pyélonéphrites à haute température, où l'urgence rend l'autovaccin difficilement praticable, il s'est bien trouvé des injections intraveineuses d'hexaméthylènetétramine. Cette méthode lui a procuré des résultats très rapides, si on ne se trouve pas en présence d'une rétention.

Cf. — Urétrite à bacille pyocyanique; guérison par la vaccinothérapie. (GRIMBERG et UZAN. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, oct. 1922, t. XIV, n° 4, p. 289-290.)

DIAGNOSTIC

Le diagnostic précoce de la tuberculose rénale par la recherche du bacille de Koch dans les urines pyuriques. (CHEVASSU. *P. V., M. et Dis. du XXIIe Congrès franç. d'urol.*, Paris, oct. 1922, p. 278-288.) — La présence du bacille de Koch dans les urines des pyuriques offre un intérêt capital pour le diagnostic étiologique et le traitement. L'auteur apporte la statistique de son service où son collaborateur Gautier découvre presque toujours le bacille de Koch dans les urines des tuberculeux urinaires. Les formes du début sont, en général, celles dans lesquelles les bacilles de Koch sont de découverte relativement facile.

MM. Marion et André approuvent les termes de la communication de Chevassu.

Cf. — Du diagnostic de la tuberculose urinaire par la recherche directe du bacille de Koch dans les urines. Technique. (GAUTIER. *P. V., M. et Dis. du XXIIe Congrès franç. d'urol.*, Paris, oct. 1922, p. 288-297.)

Diagnostic bactériologique de la tuberculose urinaire. Inoculation et cultures sur milieu de Petroff. (DEBAINS. *P. V., M. et Dis. du XXIIe Congrès franç. d'urol.*, Paris, oct. 1922, p. 276-278.)

BLENNORRAGIE

Quelques observations d'affections gonococciques traitées par le sérum de Stérian. (MARION. *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'urol.*, 3 juillet 1922, p. 175-179.) — Marion rapporte quatre observations dans lesquelles le sérum de Stérian a agi d'une manière particulièrement efficace. A ce propos, il rappelle la façon d'employer ce sérum :

1° Injection sous-cutanée, préparante, de 2 centimètres cubes dans la région sous-claviculaire;

2° Deux heures après, injection à la partie supéro-externe de la cuisse de 15 à 18 centimètres cubes de sérum.

Répéter ces injections tous les deux jours; deux à trois piqûres, toujours précédées de la dose préparante; puis, interrompre pendant deux à trois jours et recommencer ensuite si le besoin s'en fait sentir.

Eviter les piqûres intramusculaires qui sont mal tolérées.

Appliquer à l'endroit de la dose complète un pansement stérile, humide et chaud et conseiller au malade le repos. La réaction locale et générale est, le plus souvent, bénigne.

Les ampoules de sérum doivent être conservées à une température maxima de 8 à 12 degrés au-dessus de 0, à l'abri de la lumière.

Quelques petites finesses du traitement de la blennorragie. (JANET. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, oct. 1922, t. XIV, n° 4, p. 291-292.) — Lorsque, malgré les grands lavages au permanganate, une urétrite continue à couler avec des gonocoques dans le pus, il faut (après avoir passé en revue les foyers extra-urétraux) adopter d'autres attitudes :

1° Renforcer les défenses de l'organisme par le vaccin;

2° Augmenter les doses de permanganate;

3° Le remplacer par un autre agent.

Pour l'urètre antérieur, il est possible d'utiliser des doses de permanganate de 0,50 à 0,75 par litre, à condition de diluer largement la dernière portion de la solution ou de terminer ce lavage par une solution physiologique. Si cette méthode ne suffit pas, utiliser l'oxycyanure de mercure à doses progressives de 0,15 à 0,50 par litre. L'argyrol donne de moins bons résultats, et aux concentrations fortes est d'un prix trop élevé. Le protargol et l'albargine semblent trop traumatisants pour la muqueuse urétrale. L'acriflavine ou gonacrine ne répond pas aux espérances qu'avait fait naître l'enthousiasme américain.

— (JANET. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1922, t. XIV, n° 5, p. 419-420.) — Certaines blennorragies guéries continuent à couler. Si après plusieurs examens microscopiques, quotidiens et minutieux, on ne trouve pas de gonocoque on est autorisé, malgré un écoulement purulent et la présence de filaments lourds dans le premier verre, à espacer les lavages urétro-vésicaux. Si la guérison est vraiment obtenue, l'écoulement et les filaments diminuent.

Certaines blennorragies non guéries ne coulent pas; dès trois à quatre lavages l'urètre est sec. Le malade doit bien s'observer au réveil. Il verra certainement une goutte ou des filaments dans le premier jet d'urine. On y décèlera la présence de gonocoques prouvant ainsi la non-guérison de l'affection.

La blennorragie ano-rectale. (LÉVY-WEISSMANN. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, janv. 1923, n° 1, p. 13-31.) — Revue générale de la question. La rectoscopie et le traitement rectoscopique y sont bien exposés.

Cf. — Urétrites aiguës chez l'homme (M. SÉE. *Encyclopédie franç. d'urol.*, t. V, 1922, p. 85-206, Paris G. Doin.)

THÉRAPEUTIQUE

Nouvelle méthode d'application du radium au moyen du cystoscope. (L. BUERGER. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1922, t. XIV, n° 5, p. 409-418.) — Quand on désirait faire une application intravésicale de radium par les voies naturelles, on devait maintenir le cystoscope en place pendant la période d'application. L'auteur indique son procédé qui évite de laisser le cystoscope dans la vessie. Il emploie, soit son cystoscope opérateur, à vision directe ou oblique, soit son cystoscope à radium. Il utilise deux types d'aiguilles à radium : l'un, en acier, contenant 20 milligrammes; l'autre, en platine, renfermant 50 milligrammes de sels de radium. Deux types d'appareils flexibles, portant le radium à leur extrémité distale, sont nécessaires pour appliquer ou maintenir la dose convenable in situ.

Une cystoscopie d'exploration fait faire le diagnostic, localise la tumeur bénigne ou maligne, en montre ses connexions avec la paroi vésicale et les orifices urétéraux. Cette cystoscopie permet, en outre, dans une certaine mesure, d'apprécier le degré de bénignité ou de malignité de la tumeur et de se rendre compte de la facilité plus ou moins grande avec laquelle pourra se faire l'application du radium.

La thérapeutique cystoscopique du radium peut être utilisée comme :

1° Traitement du carcinome, sans intervention chirurgicale;

2° Traitement préliminaire d'une intervention chirurgicale;

3° Traitement des récidives vésicales.

La thérapeutique cystoscopique du radium est à utiliser seule chez un malade âgé ou physiquement taré chez lequel une intervention chirurgicale est contre-indiquée ou qui, pour des motifs personnels, refuse l'opération. On doit y recourir aussi, et c'est l'opinion actuelle de Buerger, dans les tumeurs malignes, petites, situées près de l'uretère; dans les cas de papillome subissant une transformation épithéliale; dans les cas de tumeurs facilement accessibles. L'auteur rapporte un cas personnel de néoplasme vésical traité tout d'abord par des aiguilles métalliques radifères, puis par des émanations de radium. Ce traitement fut complété par des applications de radium par voie rectale. Il fut suivi d'un succès complet.

Cancer de la vessie traité avec succès par la radiothérapie profonde. (A. BŒCKEL. *P. V., M. et Dis. de la XXIIe session de l'Assoc. franç. d urol.*, oct. 1922, p. 347.) — L'auteur rapporte un cas de néoplasme vésical volumineux où la biopsie démontre le caractère de malignité. Cette tumeur, primitivement bénigne, s'était transformée en épithélioma. Elle est traitée par la radiothérapie profonde : quatre voies d'abord constituées par un champ antérieur, un postérieur et deux latéraux; quatre irradiations de cent six minutes chacune. Une cinquième application périnéale est faite durant quarante et une minutes. Ce traitement éprouve fortement le malade. Un mois après le début de cette thérapeutique, la cystoscopie démontre l'absence de toute tumeur : la muqueuse est normale, sauf en deux petits points où elle affecte l'aspect cicatriciel.

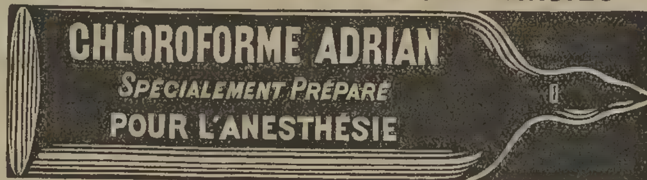
Revu à la cystoscopie deux fois en quatre mois, la guérison se maintient définitive. Ce résultat encourage à se servir de cette méthode.

Diathermie endo-urétrale et endo-vaginale. (E. ROUCAYROL. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1922; t. XIV, n° 5, p. 385-408.) — La diathermie agit dans la masse des tissus qui séparent les deux électrodes, déterminant une élévation de température locale qui doit atteindre (pour être efficace) entre 44 et 46 degrés et occasionnant, en même temps, une ascension passagère de la température générale de 2 à 3 degrés. A côté du circuit de haute fréquence, il est indispensable de posséder un circuit de contrôle des températures.

Le courant de haute fréquence possède une action locale et générale.

L'action locale est tout d'abord anesthésiante et bactéricide. On observe, in situ, une leucocytose intense, une élimination microbienne, rendant faciles certains diagnostics bactériologiques impossibles. En outre, il y a une élimination marquée de déchets cellulaires. La diathermie fait fondre rapidement le tissu fibreux, assouplissant les sténoses urétrales et rendant au canal une souplesse absolument normale.

Dans l'action à distance du courant, il faut noter l'accélération de la sécrétion aqueuse du rein et la régularisation de la circulation. L'action tonique est manifeste sur le système nerveux des asthéniques. Les crises douloureuses des entéri-


CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE




GARANTIE
SÉCURITÉ

tiques disparaissent. Enfin, il semble qu'il y ait une action excitatrice de la sécrétion interne des glandes de l'organisme.

L'auteur a utilisé la diathermie dans les urétrites aiguës chez l'homme, employant suivant les cas un thermophore droit ou courbe. Dès la première séance, il a obtenu la diminution de la douleur, de la flore microbienne et de l'écoulement. Ce dernier peut être tari aussitôt. Quelques séances sont le plus souvent nécessaires pour guérir le patient.

Dans les urétrites chroniques, aussi bons résultats. Guérison en quinze jours à deux mois de l'urétrite en même temps qu'on observe la disparition des complications telles que : abcès para-urétraux, coopérites, prostatites, vésiculites.

Chez la femme, un simple thermophore vaginal permet au courant de traverser tout le bassin et de traiter ainsi, en même temps, toutes les voies génitales. Le fait le plus remarquable a trait aux lésions annexielles. D'après l'auteur, les salpingites aiguës sont refroidies en trois ou quatre jours. Les collections suppurées deviennent indolores en une semaine puis se résorbent sans laisser trace d'induration. Le traitement des vulvo-vaginites des petites filles devient très simple au moyen d'un thermophore spécial. Cependant quelques rares sujets ont de l'intolérance pour le courant et doivent être traités par les méthodes usuelles.

NOTES POUR L'INTERNAT

CORPS THYROIDE [1]

Isthme. — 1. Face postérieure. — Recouvre les deuxième, troisième et quatrième anneaux de la trachée, au moins le deuxième et le troisième. Entre isthme et trachée, plexus veineux assez développé.

2. Bord supérieur. — Normalement au milieu du premier anneau de la trachée. Anormalement, surtout chez l'enfant, il peut atteindre le cricoïde. Au-dessus de ce bord chemine la veine communicante supérieure. Plus haut, l'artère crico-thyroïdienne. La pyramide de Lalouette remonte vers l'os hyoïde.

3. Bord inférieur. — En général à 20 millimètres de la fourchette sternale; au-dessus de celle-ci est compris entre les aponévroses un espace en forme de trèfle : l'espace sus-sternal, dans lequel les deux veines jugulaires antérieures s'anastomosent. Le bord inférieur répond encore à la veine jugulaire antérieure profonde de Tillaux, à l'artère thyroïdienne moyenne de Neubauer, au tronc veineux brachio-céphalique gauche, au thymus ou à ses restes ; ces derniers rapports vrais surtout quand le bord inférieur de l'isthme descend plus bas que normalement.

Lobes latéraux. — 1. Face interne ou profonde. — Elle répond à :

Arbre aérien. — Bords latéraux de la trachée à laquelle la glande adhère, et au-dessus de la trachée le cartilage cricoïde et même le cartilage thyroïde (le lobe latéral répond au muscle crico-thyroïdien).

Tube digestif. — L'œsophage et au-dessus le pharynx (surtout constricteur inférieur). Ces rapports sont plus intimes à gauche car l'œsophage déborde la trachée de ce côté.

Nerf récurrent qui monte à droite sur la face latérale de la trachée tandis que, à gauche, il est dans l'angle trachéo-œsophagien. Avec le nerf quelques ganglions.

2. Face postérieure. — Forme de demi-gouttière à concavité postéro-externe; cette gouttière contient le paquet vasculo-nerveux : carotide primitive, jugulaire interne et nerf pneumogastrique contenus dans gaine vasculaire propre. Tandis que l'artère est en rapports intimes avec la glande, la veine située en dehors de l'artère est plus éloignée de la glande et le nerf est situé dans l'angle dièdre postérieur des deux vaisseaux. Cette gaine contiendra encore la branche descendante du XIIe et nerfs cardiaques supérieurs du Xe.

Cette face répond encore, mais de plus loin, à la région prévertébrale : le nerf grand sympathique avec son ganglion cervical moyen est contenu dans un dédoublement de l'aponévrose prévertébrale.

3. Bord antérieur. — Mince, oblique en bas, en avant, en dedans.

4. Bord postéro-externe. — Répond à jugulaire interne.

5. Bord postéro-interne. — Répond au pharynx et à l'œsophage. Mais, de plus, c'est ce bord qui va répondre à l'artère thyroïdienne inférieure, aux parathyroïdes inférieures (une pour chaque lobe) situées au voisinage de cette artère, aux parathyroïdes supérieures (aussi, au nombre de deux) qui sont nettement au-dessous des cornes supérieures et sans rapports avec l'artère thyroïdienne supérieure.

6. Corne supérieure. — Remonte le long du cartilage thyroïde vers jonction du tiers supérieur et du tiers moyen. A ce niveau arrive l'artère thyroïdienne supérieure, branche de la carotide externe, qui a donné les artères laryngées externe et supérieure et qui se termine en se trifurquant. Une branche suit le bord antérieur du lobe, puis le bord supérieur de l'isthme et s'unit à celle du côté opposé. Une branche externe suit la face externe. Une branche postérieure longe le bord postéro-interne pour s'anastomoser avec la thyroïdienne inférieure. La veine thyroïdienne supérieure partie du plexus péri-glandulaire et de la veine communicante supérieure à un trajet analogue et va se jeter dans le tronc thyro-linguo-facial.

7. Corne inférieure, mousse; répond de même au pédicule vasculaire inférieur. L'artère thyroïdienne inférieure, branche de la sous-clavière, après une courbe en S qui la porte en haut et en dedans, vient contracter des rapports importants avec le nerf récurrent. Ces rapports assez variables peuvent être schématisés de la façon suivante : à droite, le nerf étant plus antérieur et plus externe croisera en général le tronc de l'artère encore indivis; à gauche, le récurrent est plus postérieur et plus interne; il s'intriquera avec les branches de l'artère. Celles-ci sont au nombre de trois : une inférieure au-dessous de l'isthme s'unit avec celle du côté opposé. Une antérieure et une postérieure s'unissent aux branches homologues de la thyroïdienne supérieure. La veine thyroïdienne inférieure n'accompagne pas l'artère : elle va se jeter dans la jugulaire interne.

Vaisseaux et nerfs. — En dehors des deux pédicules principaux que nous venons de voir, il existe quelquefois un pédicule moyen artériel : artère thyroïdienne moyenne de Neubauer.

Quant aux veines, il en existe d'importantes qui descendent au-dessous de la glande et qui vont à la jugulaire interne et au tronc brachio-céphalique; ce sont les vraies veines thyroïdiennes inférieures.

Les lymphatiques forment aussi trois pédicules; les ganglions sont répartis en trois groupes : prélaryngé, sussternal, carotidien.

Les nerfs viennent : du récurrent, du laryngé externe, de l'hypoglosse (quelques filets seulement de ces différents nerfs). Mais l'innervation importante est essentiellement sympathique.

Embryologie. — Deux ébauches. Une médiane partie de la région bucco-pharyngée (au niveau où elle se forme subsistera le foramen cæcum) constitue le tractus thyréo-glosse et donnera la pyramide de Lalouette, l'isthme et la plus grosse partie des lobes latéraux.

Une latérale (paire) se formera au niveau de la quatrième poche endodermique ou quatrième fente branchiale et ne constituera qu'une faible partie de la glande.

Le tractus thyréo-glosse peut rester partiellement perméable : c'est le canal de Bochdalek.

Bibliographie. — Poirier, Testut, Gérard, Bloch et Charrier. Notes sur le traitement des goitres, *Presse méd.*, 1921, p. 853. — Lorin. Anatomie et chirurgie des parathyroïdes, *Journ. de chir.*, 1921, t. XVIII, p. 449.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 27, p. 438.

Nº 30. — SAMEDI 14 AVRIL 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 14 AVRIL 1923. — Nº 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

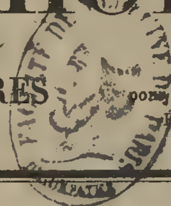
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52



SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — MM. Bloch (René), 24; Maurer, 25; Métivet, 27.

Hôpitaux consignés aux candidats : Hôtel-Dieu, Charité, Laënnec, Necker, Cochin.

Ordre de lecture des copies : MM. Bloch (René), Maurer, Métivet, Gouverneur, Masmonteil, Madier, Quénu, Boppe, Monod (Raoul), Bloch (Jacques), Bergeret, Gatellier, Charrier, Brocq, Lorin, Leveuf, Pascalis, Girode.

— La première épreuve écrite du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1923-1924) et la nomination aux places d'élève interne en médecine, vacantes le 15 février 1924, aura lieu le lundi 30 juillet 1923, à 9 h. 30.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 18 juin jusqu'au mercredi 11 juillet inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. le docteur Thiodet est nommé, jusqu'au 31 octobre 1923, chef du laboratoire de clinique médicale infantile.

— Bordeaux. — M. le professeur Guyot est chargé, jusqu'au 31 octobre 1923 (durée du congé accordé à M. Villar), d'un cours de clinique chirurgicale.

— Lille. — M. le docteur Combemale est chargé, jusqu'au 31 octobre 1923, d'un cours complémentaire de physiologie.

— Lyon. — M. Lépine, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé membre de la Commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public (1re section).

M. le docteur Mazet, chef des travaux de médecine légale, est chargé, en outre, sans rémunération spéciale, du service des examens.

— Montpellier. — M. Paul Delmas, agrégé des facultés de médecine (section d'accouchements), est nommé professeur titulaire à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Derrien est nommé membre de la Commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public (1re section).

— Nancy. — M. le docteur Morlot, préparateur d'anatomie pathologique, est chargé, pour l'année scolaire 1922-1923, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Fairise, démissionnaire.

Sont rapportées les dispositions de l'arrêté du 23 décembre 1922 concernant M. Morlot.

— Strasbourg. — M. le docteur Humbert, médecin de polyclinique, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1922-1923, d'un cours de thérapeutique, en remplacement de M. Blum, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert le 10 décembre 1923, à neuf heures, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de deuxième classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens de première classe admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français;

2° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1923, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1894 : cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités;

3° Avoir satisfait aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée;

4° Souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active; à partir du jour de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de deuxième classe. (*J. O.*, 8 avril 1923.)

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Gache (de Villefranche-Saint-Phal), Gautherin (d'Annay-sur-Serein), Gueret (de Cette).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bangar de Vandelau (de Saint-Sulpice), Fay (de Paris), Fort (de Cerisiers), Gobinet (de Rethel), Virlogeux (de Moulins), Epery (d'Alise-Sainte-Reine).

(Au titre étranger.) — *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Emirze (de Constantinople), Luis Monpo Marcos (d'Onténiente).

La **SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE** tiendra une séance solennelle, consacrée à la mémoire de Pasteur, le jeudi 19 avril 1923, à 3 heures, au siège de la Société.

Ordre du jour : « Pasteur et la médecine vétérinaire », par M. le professeur Vallée.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. LETULLE.) — COURS DE TECHNIQUE ET DE DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUES APPLIQUÉS A LA MÉDECINE ET A LA CHIRURGIE, par MM. Gustave Roussy, agrégé, chef de travaux; Lucien Cornil et Roger Leroux, préparateurs.

Ce cours, essentiellement pratique, comprendra 30 leçons de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques appliqués à la médecine et à la chirurgie.

Les leçons commenceront le lundi 16 avril, à 14 heures, au laboratoire de travaux pratiques et auront lieu tous les jours, sauf les samedis et dimanches.

Le droit à verser est de 150 francs. — Le nombre des auditeurs est limité à 20.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et samedis.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQQE DE LA FACULTÉ. (Professeur SEBILEAU.) — Le 19 avril, à 10 heures, à l'hôpital Lariboisière, le professeur Segura (de Buenos-Aires), fera une leçon sur l' « Ouverture du sinus sphénoïdal par voie endo-septale »; cette leçon sera suivie d'une intervention opératoire.

Le 26 avril, à 10 heures, à l'hôpital Lariboisière, le docteur de Reynier fera une leçon sur le « Pronostic et le traitement de la tuberculose laryngée. »

LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ L'ADULTE. — M. le professeur Fernand Bezançon fera, du 17 avril au 12 mai, un cours sur la tuberculose pulmonaire de l'adulte les mardis, jeudis, samedis, de 18 à 19 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Ce cours, destiné à la fois aux étudiants et aux médecins, est public. Il est fait en liaison avec un enseignement pratique de perfectionnement d'une durée de quatre semaines.

HOPITAL BRETONNEAU. — M. Robert Debré, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, continue ses conférences de clinique médicale infantile, avec présentations de malades, tous les dimanches, le matin, à 10 h. 1/2.

CHRONIQUE

LA DÉPOPULATION DES CAMPAGNES

Cette question a été traitée dans la *Gazette des hôpitaux* (1923, n° 5, p. 72) d'une façon remarquable par le docteur Brelet, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

Son article est d'un enseignement si pratique au point de vue de la défense nationale que je crois devoir signaler que, comme président du Comité d'apprentissage des pupilles de l'Œuvre Grancher, j'ai constaté, depuis bien des années, l'exactitude des affirmations de notre confrère.

C'est ainsi qu'il dit que « si la vie est agréable à la campagne, elle est aussi, depuis quelques années, très rémunératrice ». C'est si vrai que nos pupilles qui, tout en suivant l'enseignement scolaire, font en même temps l'apprentissage de cultivateur dans la famille où ils sont élevés, sont dès leur treizième année sollicités d'accepter d'être engagés comme « aides de culture ». Or, la rémunération prévue par ces contrats, non seulement assure leur existence, mais prévoit, en plus de leur entretien, un placement annuel à la caisse d'épargne tel qu'à dix-huit ans ils possèdent au moins 1.800 francs.

Notre confrère dit aussi, dans son article, que la jeunesse qui abandonne la campagne pour la ville « y est attirée surtout par l'éclat des lumières de la grande ville, par les nombreuses distractions que l'on y trouve ». Le bien-fondé de cette affirmation est confirmé par les faits suivants de notre pratique à l'Œuvre. Au début nos pupilles étaient désirés à la campagne non seulement par des cultivateurs, mais aussi par des maréchaux-ferrants, des boulangers, etc., et placés chez eux. Nos pupilles prirent tellement goût au métier de ces nourriciers qu'à treize ans ils demandèrent à en faire l'apprentissage, cette demande étant appuyée par les patrons qui s'engageaient à les garder comme ouvriers. Nous avons accepté ces propositions, dont la réalisation nous donna toutes satisfactions jusqu'au jour où nos pupilles arrivèrent près de la dix-huitième année. A ce moment, attirés par les plaisirs de la ville, ils voulaient y être placés et abandonner la campagne.

Etant donnés les dangers de toute nature auxquels ils auraient alors été exposés, nous avons refusé. Et pour éviter que dorénavant pareilles demandes nous soient faites, depuis lors nous avons placé tous nos pupilles chez des cultivateurs. Nous avons ainsi réalisé ce desideratum du professeur Brelet : « Retenir la jeunesse loin des villes. »

Ce placement de nos pupilles seulement chez des cultivateurs est obtenu grâce aux médecins directeurs des Foyers de notre Œuvre, car ils ont « un rôle très important dans la diffusion de ces idées sur le danger des grandes villes et les bienfaits de la vie des champs » (pour employer les expressions du professeur Brelet).

Comme il le dit le problème de la dépopulation n'a qu'une solution : la repopulation. C'est évident. Mais dans cette repopulation un rôle important peut être rempli par l'envoi à la campagne des enfants des citadins atteints de tuberculose, ces petits échappant ainsi à la contagion, à laquelle ils sont fatalement voués sans cette séparation.

Le retour des enfants à la campagne ainsi effectué est sérieux, car l'an dernier le docteur Armand-Delille, secrétaire général de l'Œuvre parisienne, a signalé que, depuis dix-sept ans, elle avait placé à la campagne 2.300 enfants.

Quand on pense que la plupart des départements ont maintenant des Filiales de l'Œuvre Grancher, il est évident que notre pays a là tout à la fois un puissant moyen de protection contre la tuberculose et un heureux remède contre la dépopulation des campagnes.

Dr GRANJUX.

RENSEIGNEMENTS

596. — **DAME AYANT L'HABITUDE DES MALADES** (nerveux surtout), éducation parfaite, parlant anglais, demande à accompagner, campagne ou eaux, personne convalescente. Accepterait situation près de dame seule ou monsieur âgé pour diriger intérieur. Voyagerait. Pourrait remplir fonctions secrétaire près d'un docteur dans clinique ou ville d'eau. — Ecrire Mme de B... aux bureaux du Journal.

REVUE GÉNÉRALE

PHYSIOLOGIE DU CORPS JAUNE [1]

Par le Dr JEAN-ROBERT HENRY,
Interne des hôpitaux de Marseille.

IV. **Actions toxique, antitoxique et pathologique de l'ovaire.** — 1° **Action toxique.** — Bertion de Camboulas a, en 1908, signalé l'action toxique des extraits d'ovaire injectés à des animaux d'une autre espece. Cette action se montre dès que l'on emploie une dose d'extrait supérieure à 4 p. 100 du poids de l'animal. Loisel, de 1903 à 1905, compléta ces expériences. Jean Livon, en 1907, puis Lambert montrèrent l'effet toxique du corps jaune en injection hypodermique : il y a production de parésie, puis de paralysie avec arrêt du cœur et de la respiration. Si la mort apparaît, on trouve, à l'autopsie, de la congestion viscérale avec de la sérosité sanguine lente dans les cavités splanchniques.

2° **Action antitoxique.** — La conception de la fonction antitoxique de l'ovaire repose sur trois faits :

a. Similitude frappante entre l'embryologie, l'histophysiologie et l'histochimie de la surrénale et du corps jaune, ce qui permet de supposer une identité de fonction.

b. Expériences de Loisel et Lambert montrant que l'ovaire remplit une fonction dépurative en transformant ou détruisant les produits closiques de la circulation.

c. Hypergénèse des cellules lutéiniques dans certaines affections génitales ou générales (Cornil). Loriot le démontre pour la môle hydatiforme. Cottalarda émet la même hypothèse suggérée par notre maître, M. le professeur Guérin-Valmale, pour le chorio-épithéliome.

3° **Action pathologique.** — Un certain nombre d'affections générales ou locales ont été attribuées à l'hypo ou à l'hyperfonctionnement du corps jaune (pour Fraenkel en particulier).

Une question se pose dans le cas d'hyperfonctionnement du corps jaune : Est-ce le corps jaune proliféré qui cause l'état pathologique ou est-ce cet état pathologique qui, suscitant du côté de l'ovaire un processus de défense, en détermine l'hypertrophie ? c'est cette dernière opinion qui paraît actuellement la plus vraisemblable.

Fraenkel à propos de la môle hydatiforme incriminait, en 1904, l'insuffisance des cellules lutéiniques ; Pick et Jaffe, un peu plus tard, croyaient à un excès ; Fraenkel concilia ensuite les deux opinions en disant qu'il y a hypofonctionnement du corps jaune, mais hyperfonctionnement lutéinique par présence de nombreux microkystes.

Nous avons parlé du rôle de l'ovaire dans la chlorose. Below (1912) attribue à l'hyperfonctionnement du corps jaune les phénomènes sympathiques du début de la grossesse. Il semble plutôt que ce soient là, les phénomènes d'hépato-toxémie qui déterminent l'hyperfonctionnement de la glande ovarienne.

L'ovaire paraît avoir un certain rôle dans la formation des fibromyomes utérins : Le myome utérin se développe pendant la période d'activité de l'ovaire. La coexistence de fibromyomes et de lésions ovariennes est fréquente. Les fibromes s'atrophient quand l'action physiologique de l'ovaire est supprimée (rayons X, radium, castration, moyen thérapeutique de Hégar). Tridondani attribue l'hyperplasie périvasculaire originelle du fibrome à une altération de la sécrétion ovarienne, il y aurait présence d'une « myohormone » qui présiderait à l'organisation du myome. Fleck incrimine aussi une altération de la sécrétion ovarienne dans la pathogénie des lésions cardiaques liées au fibrome (myom-herz).

L'ovaire paraît jouer un rôle important dans certaines psychoses, lors de la puberté, des règles et de la ménopause et qui bénéficient grandement du traitement opothérapique.

Fraenkel, Birnbaum, Dick, Cartin, croyant à la toxicité du corps jaune, ont essayé, mais sans résultat, de fabriquer un sérum antilutéinique.

Nous savons qu'histologiquement, l'ovaire comprend deux sortes de formations :

a. La « glande interstitielle » ou « cellules interstitielles » ou « faux corps jaune » née aux dépens de la thèque interne du follicule atrésique et dont les cellules seraient chargées de graine et non de lutéine.

b. Le « corps jaune » né aux dépens du follicule mûr venant de se rompre.

La part d'action physiologique qui revient à chacune de ces deux formations est extrêmement difficile à préciser et particulièrement l'action de la glande interstitielle est fort mal connue.

A la suite de greffes ovariennes, les cellules interstitielles qui avaient régressé au début se développent bientôt à nouveau, prenant l'allure de glandes à sécrétion interne (Limon, 1906). Dans l'ovariotomie unilatérale, le nombre des cellules interstitielles croît rapidement dans l'autre ovaire (Anziliotti, 1909).

De nombreux auteurs ont démontré que si on ne laisse subsister dans l'ovaire que les cellules interstitielles seules, l'atrophie du tractus génital se produit comme après la castration totale.

Physiopathologie. — Pour compléter cette étude trop brève des fonctions vraies ou prétendues telles de l'ovaire, nous ajouterons quelques notes sur la pathologie de l'ovaire dont Sergent vient récemment de publier une étude.

1° **Ovariotomie.** — L'ovariotomie sans hystérectomie supprime généralement la menstruation ; pourtant de nombreux auteurs l'ont vu subsister (Gloeveck, Jayle). Cette persistance serait due à la congestion utérine postopératoire (Spencer Wells), à une habitude fonctionnelle de l'utérus (Lucas-Championnière), à une extirpation incomplète des ovaires (Terrier), enfin à la présence d'ovaires surnuméraires. Signalons, à ce propos, que la continuation de la menstruation a lieu dans environ 15 p. 100 des ovariectomies, alors qu'il n'y aurait d'ovaires surnuméraires que chez 4 p. 100 des sujets (Duplay, Rieffel). Palmer Findley signale le cas d'une femme ovariectomisée qui continua à avoir ses règles. L'ayant laparotomisée un an et demi après, Palmer Findley ne trouva nulle trace d'ovaire surnuméraire ou aberrant et la femme continua à avoir ses règles après cette deuxième intervention. G. Gellhorn, en 1907, avait déjà signalé un cas analogue. Ne devons-nous pas croire à une sup-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 28, p. 445.

pléance glandulaire agissant à la suite de la castration à la place de l'ovaire?

Nous avons vu, dans la physiologie de l'ovaire, les diverses modifications locales et générales produites par la castration. Ajoutons le retard à la coagulation du sang, et la glycosurie adrénalinique (Adler). Ces troubles dureraient de un à deux ans. Signalons encore la prédisposition à l'artériosclérose des castrées (Tuffier). Tous ces faits seraient plus accentués chez les femmes hyperthyroïdiennes et déjà nerveuses.

Les troubles d'ordre général sont très fréquents : bouffées de chaleur (surtout au moment où normalement les règles seraient apparues), algies diverses surtout dans les lombes et les membres inférieurs, céphalée, migraines, palpitations, troubles nerveux divers.

La castration est généralement suivie d'adiposité débutant par l'abdomen et gagnant ensuite le cou, le thorax et les membres.

Ces troubles sont-ils dus à la disparition du flux menstruel ou à la suppression des ovaires? Nous dirons seulement que ces troubles n'existent pas chez les castrées encore réglées (Gloeveck, Martin, Picqué, Reverdin) que l'opothérapie ovarienne n'a que peu d'effets sur ces troubles de la castration (Doleris) et que la saignée améliore considérablement l'état des castrées, lors de ces troubles (Puech). Ces troubles semblent être dus à une intoxication de l'organisme (par l'arsenic pour Gautier).

Tuffier et Legueu, essayant de conserver les règles chez les castrées, préconisent la conservation utéro-ovarienne dans les lésions tubaires; ces auteurs auraient eu des résultats remarquables.

2° **Ménopause naturelle.** — Les phénomènes de « l'âge critique » sont essentiellement variables avec les sujets; on note généralement des migraines, des palpitations, des bouffées de chaleur, de la tachycardie paroxystique, des pigmentations anormales. Delpech et Dalché signalent, en outre, des crises de tétanie, de l'acroparesthésie, de l'adipose douloureuse, du rhumatisme chronique et des affections cutanées.

La femme a tendance à l'adiposité, s'empâte et prend le type masculin.

3° **Insuffisance ovarienne congénitale.** — Le développement de l'ovaire a été arrêté avant la puberté, les organes génitaux et les caractères sexuels secondaires sont rudimentaires, l'aménorrhée est de règle.

4° **Insuffisance ovarienne acquise.** — Elle se caractérise par de la dysménorrhée avec douleurs abdominales et thoraciques précédant de près ou de loin les règles; entre les règles, il y a des pertes blanches. Les grossesses sont rares ou tardives. Des troubles nerveux semblables à ceux de la castration apparaissent lors des règles.

5° **Insuffisance thyro-ovarienne.** — L'insuffisance ovarienne est secondaire à celle de la thyroïde contractée pendant l'enfance ou l'adolescence. Les règles apparaissent tardivement, sont irrégulières et peu abondantes et s'accompagnent de tachycardie, de tremblements et d'énervement. Elles peuvent être avancées et très minimes ou retardées et plus abondantes; il y a « ataxie ovarienne », suivant le terme de Jayle.

6° **Insuffisance ovarienne de la puberté.** — La chlorose serait liée à l'hypoovarie et s'améliorerait avec cet état.

7° **Hyperovarie.** — Elle serait la cause de certaines métrorragies, en particulier, de celles de la puberté qui persistent plus ou moins longtemps sous forme de ménorragies ou de métrorragies.

L'hyperovarie est souvent familiale : on retrouve chez les ascendants de la précocité menstruelle, une fécondité remarquable, une ménopause tardive.

Dalché a décrit l'état nerveux spécial de ces malades.

Les hémorragies que l'on observe dans l'hyperovarie ont été attribuées par certains auteurs à des lésions utérines, mais elles sont dues le plus souvent à des troubles de la sécrétion ovarienne.

Les travaux de Forgue, et Massabuau sur l'ovaire microkystique, puis ceux de de Rouville et P. Sappey sur le rôle des cellules à lutéine de l'ovaire dans certaines hémorragies utérines montrent que c'est l'hyperfonctionnement de la fonction glandulaire ovarienne qui est la cause de ces hémorragies; celles-ci sont supprimées par la castration (Lawson-Tait, Bouilly).

8° **Opothérapie ovarienne.** — L'opothérapie ovarienne s'administre sous forme de glande fraîche, de poudre d'ovaire ou ovarine, ou sous forme d'extrait glycériné; on s'adresse de préférence à la brebis pour le prélèvement de ces organes.

La dose administrée est de 0g10 à 0g30 en deux ou trois prises journalières, mais certains auteurs préconisent des doses allant jusqu'à 1 gramme et même 1g50 par jour. Ce n'est guère que comme médication homostimulatrice dans l'hypoovarie que l'on aurait eu de bons résultats : régularisation des règles, diminution de l'obésité, amélioration des psychoses, disparition des algies.

Dans tous les autres cas, les effets sont incertains et bien souvent quand ils ont lieu, ils durent ce que dure le traitement.

Les extraits thyro-ovariens auraient donné de meilleurs résultats que l'extrait ovarien seul.

Les essais d'opothérapie ovarienne dissociée donneraient de beaux résultats pour la régularisation des règles.

BIBLIOGRAPHIE

ANCEL et BOUIN. Sur la fonction du corps jaune, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1909, p. 454-505, 605-689.

ANCEL et VILLEMIN. Sur la cause de la menstruation, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1907; — Sur l'ectopie expérimentale de l'ovaire et son retentissement sur le tractus génital, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1907.

ANZIOLI (A.). Contributo sperimentale alle studio della cosa della glandula intertiziale dell' ovario, *Ann. di obst. et gyn.*, 1909, p. 51.

BERGONIÉ, TRIBOUDEAU, RÉCAMIER. Action des rayons X sur l'ovaire de la lapine, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1905.

BERTION DE CAMBOULAS. Le suc ovarien, *Th. de Bordeaux*, 1898.

BOUIN. Les glandes à sécrétion interne de l'ovaire, *Revue méd. de l'Est*, Nancy 1902, p. 465.

BOUIN et ANCEL. Le développement de la glande mammaire pendant la gestation est déterminé par le corps jaune, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1909, p. 467.

BOUIS (DE). Le corps jaune, *Semaine méd.*, 7 fév. 1906, p. 61.

BRIAN. De l'influence de la castration testiculaire et ovarienne sur le développement du squelette, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, p. 769.

BRUGNATELLI. Sulla natura della cellula luteinica et della cellula intertiziale dell' ovario, *Fogha gyn.*, Pavia 1920.

BROWN-SÉQUARD. Remarques sur les effets produits sur la femme par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré d'ovaires d'animaux, *Arch. de phys. norm. et path.*, 1890, p. 456.

BUSQUET. L'ovulation et la menstruation, *Presse méd.*, 1911, n° 32.
BUSQUET et PACHON. Chaleur et ovaire, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1910, p. 223.
BUGS et VANDERVELDE. Recherches expérimentales sur les lésions utérines consécutives à l'ovariotomie double, *Arch. ital. de biol.*, 1894, p. 20.
CORMICHAEL et MARSHALL. The correlation of the ovarien and uterin fonction, *Proc. of the royal Soc.*, 1907, p. 377.
CHAUFFARD, GRIGAULT et GUY-LAROCHE. Les variations de la cholestérine pendant le cycle menstruel, *Presse méd.*, 1917.
COHN. Sur le corps jaune et le follicule atrésique, *Arch. f. Gyn.*, 1909, p. 367.
CORTESI. Ovariotomie double au cours du quatrième mois de grossesse, *Revue Tunis des sciences méd.*, mai 1921.
COTTALORDA. La môle hydatiforme, le chorio-épithéliome et les kystes lutéiniques de l'ovaire, *Gyn. et obst.*, août 1921.
EUDES. Essai sur les rapports entre les kystes de l'ovaire et la menstruation, *Th. de Paris*, 1907.
FICHERA. Sur l'hypertrophie de la glande subulaire consécutive à la castration, *Arch. ital. de biol.*, 1905, p. 405.
FLECK. Le myome et les cardiopathies dans leurs rapports mutuels, *Arch. f. Gyn.*, 1904.
FOGES. Zur physislogischen Beziehung zwischen Maunna u. Gevitalien, *Centralbl. f. Phys.*, 1905, p. 233.
FORGUES et MASSABUAU. *Traité de gynécologie*; — Métrorragies de la ménopause et de la pubrté et métrorragies d'origine ovarienne, *Presse méd.*, 1912, p. 450.
FRAENKEL. Die Function des Korpus luteum, *Arch. f. Gyn.*, 1903, 1905, 1910; — Der Bau des Korpus luteum Kysten, *Arch. f. Gyn.*, 1905; — Ueber Korpus luteums Cystem, *Arch. f. gyn.*, Bd XLVIII.
GILES. The cyclical or ware theory of menstruation, *Amer. Journ. of obst.*, 1897, p. 713.
HALLION. Effets vaso-dilatateurs de l'extrait ovarien sur le corps thyroïde, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 42.
HENDERSON. On the relation shep of the thymus to the semal organs, *Journ. of phys.*, 1904.
HENRY (Jean-Robert). Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles. *Soc. de biol. de Marseille*, 16 mai 1922; — Id., *Th. de Montpellier*, 1922.
KAGAU. Influence de la castration sur la muqueuse utérine, *Soc. obst. et gyn. de Saint-Petersburg*, 1895.
LABHARDT. Ueber des Verhalten des corpus luteum zur Menstruation, *Centralbl. f. Gyn.*, 1920.
LACASSAGNE. Etude histologique et physiologique des effets produits sur l'ovaire par les rayons X, *Th. de Lyon*, 1912-1913.
LAMBERT. Influence de la castration ovarique sur la nutrition, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 261; — Sur l'action des extraits de corps jaune de l'ovaire, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 18.
LÉOPOLD. Untersuchung uber Menstruation v. ovulation, *Arch. f. Gyn.*, 1883.
LÉOPOLD et MIRONOW. Beitrag zur Lehre des menstruation u. ovulation, *Arch. f. Gyn.*, 1893.
LÉOPOLD et RAVANO. Neuer Beitrag zur Lehre des menstruation u. ovulation, *Arch. f. Gyn.*, 1893.
LIMON. Observations sur l'état de la glande interstitielle dans les ovaires transplantés, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1904, p. 864.
LINDENTHAL. Menstruation u. Corpus luteum, *Wiener klin. Woch.*, 1903, p. 301.
LIVON (Ch.). Sécrétions internes, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1898, p. 135.
LIVON (Jean). Sur l'action du corps jaune sur l'ovaire, *Réunion biologique de Marseille*, 1909, p. 549.
LOISEL. Les poisons des glandes génitales, *G. R. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 1329; — Considérations sur la toxicité des produits génitaux, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1905, p. 910.
LORIOT. Contribution à l'étude des rapports entre la dégénérescence kystique lutéinique des ovaires et la môle hydatiforme, *Th. de Montpellier*, 1921.
MULON. A propos de la fonction des corps jaunes chez le cobaye, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1908, p. 265.
MUTON (Mme Cl.). Essai sur le rôle physiologique du corps jaune, *Th. de Paris*, 1917.
OCLSNER. Further observations and the function of the corpus luteum, *Surg. gyn. a. Obst.*, Chicago 1920.
PARHON et GOLSTEIN. *Les Sécrétions internes*, Paris 1909, p. 654.
PINARD. La menstruation dans ses rapports avec l'ovulation, *Bull. méd.*, 1909, p. 1121.
PINESSE. Résultat éloigné de l'ablation bilatérale des annexes, *Th. de Paris*, 1893-1894.
PINZANI. Recherches expérimentales sur quelques modifications apportées par la castration ovarique sur l'échange matériel et dans la constitution du sang, *Arch. ital. de biol.*, 1899, p. 25.
REGAUD et DUBREUIL. A propos du corps jaune chez la lapine; rapports avec le rut, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1908, p. 442; — Corps jaune, menstruation et rut, *Lyon méd.*, 1909, p. 585.
RENSCH. Ovulation. Menstruation, *Arch. f. Gyn.*, vol. CV.
RICHON et JEANDELIZE. Effets de l'ovariotomie sur la croissance chez la lapine, *C R. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 756.
ROBERT. Hedjeras de l'Asie centrale, *Journ. de l'expérience*, fév. 1843.
ROLLAND et JOUVE. L'opothérapie ovarique dissociée et le rôle antagoniste des substances lipoïdiques et protéidiques du corps jaune et du stroma ovarien, *Revue intern. de méd. et de chir.*, nov. 1912.
ROUVILLE (DE) et SAPPEY. Du rôle des cellules lutéiniques de l'ovaire dans certaines hémorragies utérines, *Gyn. et obst.*, janv. 1922, p. 1.
RUGE (C.). Ovulation u. Menstruation, *Arch. f. Gyn.*, vol. C et CIX.
RUGE (M.). Ueber die innere sekretion der Ovarien u. die infectionellen uterus blutungen, *Schw. med. Wehsh.*, Basel 1920.
SCHIKELI. Etude sur la fonction des ovaires, ovulation, corps jaune, menstruation, *Gyn. et obst*, 1920, p. 170.
SCHULTZ et FALK. Phosphorsaüre, Ausscheidung nach castration, *Zeit. f. Phys. Chem.*, 1899, p. 250.
SEITZ. Genèse des myofibromes, *Münch. med. Woch.*, 1911, p. 1281.
SOLI. Recherches hémo-ferrométriques pendant la période cataméniale, *C. R. clin. obst. et gyn. de Turin*, 1909, p. 54.
TEILHABER. Le rôle de l'ovaire et de la musculature utérine dans les hémorragies utérines, *Arch. f. Gyn. u. Obst*, 1911.
TERRIER. Remarques cliniques à propos de l'ovariotomie double, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885.
TRIEPEL. Ueber Ovulationstermin u. Brunst, *Berl. klin. Woch.*, 1920.
TUFFIER. Conservation de l'ovaire et de l'utérus dans les opérations pour annexites, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, p. 557; — A propos des greffes ovariennes, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, p. 183, et 1911, p. 1221.
TUFFIER et MAUTÉ. Accidents de la ménopause chirurgicale, *Presse méd.*, 23 nov. 1913.
VIGNES (H.). Notes et recherches sur la menstruation, *Th. de Paris*, 1914.
VILLEMIN. Sur le rôle du corps ovarien chez la femme et la lapine, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1908, p. 363; — Sur les rapports du corps jaune avec la menstruation et le rut, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1908, p. 444; — Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne, *Th. de Lyon*, 1908.
WALLICH. Lois communes au rut et à la menstruation, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1919.
WATRIN et HAMANT. Etude histophysiologique du corps jaune périodique, *Revue méd. de l'Est*, 1920, p. 431.
WITAS. Rapports de l'ovulation et de la menstruation, *Semaine gyn.*, 1913, p. 53.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Nous savons tous quel rôle important la mode joue dans la pratique de l'art médical; il y a des modes en diagnostic, en opérations, en médications et en traitements non médicamenteux. J'ajouterai : il y a aussi des modes en « diagnosticiens », en opérateurs et en thérapeutes. Une mode médicale est généralement fondée sur quelque chose de nouveau, qui présente de l'intérêt ou des avantages, ou sur quelque chose d'habilement rajeuni et présenté d'une façon nouvelle. Jusque-là le médecin la dirige. Mais, en modes, « le vent souffle d'où il veut » et, souvent, l'essor pris par telle et telle méthode dépend d'influences intangibles, inpondérables, voire indéfinissables, et le médecin se trouve bientôt sans grande influence sur une mode établie. A ce moment, il peut ou la suivre, ou s'y opposer. Il est toujours beaucoup plus facile et plus populaire de céder à une mode que de la combattre et il faut reconnaître que la plupart des praticiens aiment mieux « se soumettre que se démettre ». Que si un des nombreux Catons de la profession médicale, qui veulent imposer à celle-ci une austérité de principes qu'ils sont loin de demander aux autres professions, fronce le sourcil à cette complaisance, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter : après tout, le médecin n'est qu'un homme et il ne faut pas lui en vouloir, si, en présence d'une mode qui n'est pas foncièrement nuisible, il a tendance à choisir la voie de moindre résistance et de plus grand avantage.

On pourrait philosopher et épiloguer à perte de vue sur ce sujet; mais il suffit. Le point de départ de ces réflexions, c'est quelques articles récents de la presse médicale américaine, portant sur des sujets d'actualité. Le premier a trait à *l'emploi immodéré* que l'on fait aujourd'hui *des injections intraveineuses.* VŒGTLIN a trouvé l'abus assez flagrant pour lui consacrer le discours présidentiel de la section de pharmacologie à une des dernières réunions de l'American medical Association. Il est certain que le nombre des injections intraveineuses s'est prodigieusement accru depuis une douzaine d'années et que l'on se sert de la voie intraveineuse pour des produits qui n'ont nul besoin d'être ainsi introduits dans l'organisme. J'ai sous les yeux une liste de solutions spéciales pour injections intraveineuses : j'y vois de l'iodure de sodium, du salicylate de soude, du cacodylate de soude, du glycérophosphate de soude, du glycérophosphate de fer! Les indications des cacodylates et des glycérophosphates par voie intraveineuse ne sont pas très distinctes dans mon esprit. Vœgtlin attribue toute la vogue des injections intraveineuses à l'emploi du salvarsan; or, dit-il, l'injection intraveineuse a remplacé l'intramusculaire, dans le cas de cette substance, uniquement à cause des inconvénients locaux. De quelque façon qu'elle soit introduite dans l'organisme, l'arsphénamine y est déposée dans certains organes, d'où les tissus la reprennent, l'élaborent et l'utilisent sous forme d'arsénoxyde, qui est l'agent spirillicide : de telle sorte qu'au point de vue rendement thérapeutique, l'injection intramusculaire est égale au moins, et probablement supérieure, à l'intraveineuse, dans laquelle une partie de l'arsenic passe simplement par les organes d'excrétion, sans être utilisé en aucune manière. De plus, l'injection intraveineuse, en général, qui, pour ainsi dire, saute par-dessus les barrières de défense érigées par l'organisme contre les substances étrangères, est plus dangereuse que l'injection intramusculaire ou sous-cutanée ; elle peut déclancher des phénomènes anaphylactiques et anaphylactoïdes, des crises nitritoïdes, etc. Vœgtlin conclut en demandant que l'on réserve l'injection intraveineuse pour les cas où il en est réellement besoin, ses vraies indications étant la nécessité d'agir vite et fort.

Tout cela est fort judicieux et, d'ailleurs, fort bien connu. Toutefois, il nous semble qu'attribuer au salvarsan seul la vulgarisation des injections intraveineuses, bien que contenant une très grande part de vérité, n'est pas absolument exact. Pendant de longues années, l'injection intraveineuse a fait ses preuves comme méthode expérimentale pour l'étude de la toxicité et de l'effet physiologique des substances : et c'est peut-être tout autant à la *sensation de précision scientifique* qu'elle donne — à tort ou à raison — qu'aux inconvénients locaux des injections intramusculaires qu'elle doit la faveur dont elle jouit aujourd'hui. Avec elle, le médecin sent qu'il fait passer à travers l'organisme une dose déterminée de substance médicamenteuse en un temps déterminé, sans irrégularités d'absorption, et par conséquent, qu'il peut s'attendre à un effet thérapeutique déterminé. C'est là, le plus souvent, un leurre précisément parce que la plupart des médicaments n'exercent leur effet thérapeutique dans l'organisme qu'après l'élaboration dont nous avons parlé plus haut; mais, on n'y réfléchit pas toujours. Dans le cas du salvarsan, l'injection intraveineuse est venue à une époque où l'on croyait sérieusement à l'action directe de la drogue : tout spirochète rencontré par le salvarsan était tué par combinaison directe et immédiate de l'arsenic avec son protoplasma ; idée qui atteignit son apogée avec le traitement par injections répétées à courts intervalles, appliqué par Pollitzer et dont nous avons eu l'occasion de parler. Si cette théorie avait été justifiée par les faits, les avantages immenses de l'injection intraveineuse seraient absolument évidents. La théorie a vécu, mais l'injection intraveineuse subsiste et elle ne semble même pas sérieusement menacée. Toutefois, l'avertissement de Vœgtlin a du bon et ne devrait pas être oublié. Pour inoffensive que soit l'injection intraveineuse dans l'immense majorité des cas, elle n'est pas sans suites fâcheuses quelquefois, et, bien souvent, au point de vue thérapeutique, elle est inférieure à la piqûre intramusculaire.

Ce qui ne veut pas dire que celle-ci ne puisse pas, elle aussi, devenir le point de départ d'une mode. Une telle mode existe à New-York, surtout dans la colonie italienne ouvrière, dont beaucoup de membres ont une hygiène déplorable, travaillant de douze à quinze heures par jour, dans des taudis mal aérés, encombrés, insuffisamment éclairés, et se nourrissent parcimonieusement et mal. Si vous parlez d'hygiène pour remédier à l'anémie qui résulte fatalement d'un tel état de choses, vous n'avez guère de chance d'être écouté. Ils veulent tous des piqûres intramusculaires de toniques colorés, et de ces piqûres, ils prendront une *série de cent, jour après jour*, sans sourciller. Mais, peut-être la mode des piqûres intramusculaires n'est-elle pas localisée à la colonie italienne de New-York? J'ai entendu dire qu'on en faisait beaucoup dans les villes d'eaux d'Europe.

Une autre favorite de la mode d'aujourd'hui, c'est l'*endocrinologie*. Il est peu de domaines qui offrent des horizons aussi vastes et aussi séduisants pour le chercheur sérieux : mais aussi, malheureusement, il n'en est pas un seul où l'imagination pseudo-scientifique et le commercialisme se soient donné aussi libre carrière. A côté de résultats solidement acquis — moins nombreux qu'on ne pense communément — que d'élucubrations fantaisistes dont des fabricants pratiques ont fait la poule aux œufs d'or! Il y a tel laboratoire en Amérique qui inonde copieusement et fréquemment tous les médecins du continent, de réclames pseudo-scientifiques pour leurs nombreux produits organiques, avec lesquels on peut traiter et guérir tout : il semblerait presque que l'homme soit une mécanique animée par une série de glandes dont il suffit de toucher l'une pour déclancher l'effet désiré; le médecin, tel un électricien près d'un tableau électrique, n'a qu'à pousser la manette qui convient dans le cas particulier dont il s'occupe. L'on peut ainsi arrêter une diarrhée, faire un bon élève d'un faible d'esprit et redonner à ceux que l'âge a affaiblis une jeunesse nouvelle. Cette dernière tentative est fort à la mode aujourd'hui. D'Europe, elle nous est venue ici. L'eau de Jouvence a été dans le passé, avec la pierre philosophale, la chimère la plus désirée de l'esprit humain; Ponce de Léon était venu la chercher à Bimini, une des îles Bahamas qui, aujourd'hui est devenue le centre de la contrebande des liqueurs fortes qui est organisée tout le long de la côte Atlantique des Etats-Unis, de Cuba à Saint-Pierre-Miquelon et Terre-Neuve. Maintenant, c'est à l'endocrinologie que l'on s'adresse et, dans le monde et les salons, on parle de glandes interstitielles avec l'air désinvolte, connaisseur et blasé, dont on parlait, il y a vingt ans, de son estomac, son foie et son acide urique. Et quel étrange revirement il est parfois donné de constater! Il y a quinze à vingt ans, on s'occupait sérieusement ici d'empêcher la reproduction des faibles d'esprit, des épileptiques et des criminels confirmés. Certains Etats, et non pas tous de l'Ouest, ont même promulgué des lois pour la stérilisation de ces individus : lois qui ont été appliquées jusqu'à ce que les tribunaux aient décidé que le droit à la fécondité était une chose imprescriptible, même chez les pires chenapans. Et voici qu'aujourd'hui la « science » nous démontre qu'en réalité, en soumettant ces groupes, peu désirables, à la ligature et à la section des canaux déférents, nous leur assurions simplement une prolongation de jeunesse indéfinie!

Mais, pour en revenir aux choses vraiment sérieuses, on comprend qu'en face de telles exagérations, les physiologistes et cliniciens réellement soucieux de la vérité aient adopté, vis-à-vis des résultats échafaudés tous les jours par les endocrinologistes de profession, une attitude de scepticisme critique qui, souvent, semble aller jusqu'à la méfiance pure et simple. Que celui qui veut aujourd'hui écrire un livre sur l'endocrinologie se tienne bien sur ses gardes! Et qu'il ne se laisse pas entraîner par un enthousiasme immodéré, même s'il est sincère! Des chirurgiens comme Cushing, Crile et des médecins de même autorité ne manquent jamais une occasion de rappeler quelle différence il y a entre ce que l'on *sait* en matière de sécrétions internes et ce que l'on *s'imagine savoir*. Et les commentaires sont acerbes : j'ai déjà eu l'occasion de parler de ce livre américain sur les endocrines en gynécologie, dont la revue se terminait par ces mots : En vérité, un bon livre sur les endocrines en gynécologie viendrait bien à propos et serait le bienvenu. C'est Cushing qui déclare que le maximum d'imagination déployé dans la construction de syndromes pluriglandulaires, atteint dans tel livre d'un neurologiste bien connu à Paris un maximum que l'on ne peut guère dépasser. Et le commentateur chargé par le *Journal of the American medical Association* de faire le compte rendu de tel autre livre récent, qui porte les noms de médecins fort appréciés à Paris, se contente de citer textuellement une douzaine de propositions qui s'y trouvent et d'ajouter : « Un tel livre n'est une contribution ni à la science de la neurologie, ni à celle de l'endocrinologie. » Par contre, les leçons de Gley ont reçu une appréciation favorable et appelé un plaidoyer très justifié en faveur de méthodes de raisonnement plus serrées en endocrinologie. C'est surtout la physiologie de l'adrénaline qui a soulevé le plus de discussions et plusieurs éditoriaux du *Journal of the American medical Association* ont fait remarquer que l'identité que l'on semble admettre entre l'action pharmacologique de l'adrénaline isolée et le rôle physiologique de la sécrétion surrénale n'était ni axiomatique ni démontrée.

Pour finir cette lettre, déjà longue, disons quelques mots de la visite récente de M. Coué. Cela aussi a des rapports étroits avec la mode médicale. A son départ de New-York, M. Coué s'est déclaré enchanté de l'accueil qui lui avait été fait par la presse, le public, les médecins. Qu'il ait été bien reçu par les journalistes à qui il a fourni mainte colonne de « copie » intéressante, rien de plus naturel. Rien que de naturel non plus, à ce qu'il ait trouvé, ici, un public favorable ; car en Amérique, le nombre des gens, pour qui la médecine est purement une question de foi et de doctrine, est inimaginable : et cette foule constitue un milieu toujours prêt à vibrer à la note de l'*autosuggestion*, qu'elle lui parvienne en trilles et trémolos aigus et en pizzicato, saccadé, comme avec Coué, ou avec la note austère et contenue du guérisseur religieux, comme le célèbre Hickson qui s'adresse aux mystiques et « opère » dans le silence et le recueillement des églises. Mais, que les médecins aient adopté une attitude conciliante, tolérante, voire même sympathique avec Coué, a lieu d'étonner un peu plus. Cela tendrait à montrer que les médecins, en général, redeviennent meilleurs psychologues et commencent peut-être à se ressouvenir du fait — qu'ils avaient dernièrement un peu oublié, à leur grand détriment — que le point de vue du malade n'est pas toujours le point de vue de la « science » et qu'ils ont, bon gré, mal gré, à tenir compte dudit point de vue. Pour le malade, le chapitre intéressant est celui du pronostic et non celui de l'anatomie pathologique et une guérison, pour lui, est une guérison, qu'elle soit obtenue par des moyens ultrascientifiques ou par des procédés non reconnus comme orthodoxes. Un neurasthénique soulagé de ses misères s'occupe peu de savoir si c'est par Coué ou par un prince galonné de la neurologie.

Ceux qui se drapent dans le manteau d'une science intransigeante et crient simplement au charlatanisme ne font guère de mal à l'adversaire, si celui-ci a réellement fait du bien au patient, et ils font un tort réel à eux-mêmes et à la science, au nom de laquelle ils prétendent parler. Puis, ils oublient que

leur « science » d'aujourd'hui n'est pas celle de demain, pas plus qu'elle n'est celle d'hier, dont très souvent ils font fi. Combien de méthodes d'il y a vingt ans sont aujourd'hui avec les neiges d'antan? Et combien des procédés dont la science se targue aujourd'hui seront, dans un quart de siècle, au tas des vieilles ferrailles thérapeutiques? Il n'est pas besoin d'avoir exercé la médecine un demi-siècle pour se rendre compte de la rapidité avec laquelle les choses changent : et *les malades le savent bien aussi* et nous jugent en conséquence. Pour eux, un seul critérium : « Vous les connaîtrez à leurs fruits. » Il convient d'être modeste en « science »; les vrais savants ont tous été modestes; rappelons-nous Ambroise Paré et Pasteur. Il ne faut pas combattre son voisin, fût-il un paramédical, simplement parce qu'il ne fait pas les choses comme nous jugeons qu'elles doivent être faites; il faut chercher ce qu'il y a de bon et de vrai dans sa méthode et s'en servir. Dans cette question des paramédicaux, que chacun, *des deux côtés*, mette de la *franchise*, de la *sincérité* et de la bonne volonté; et l'humanité souffrante en retirera le plus grand profit.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 MARS 1923)

Compensation accommodative du chromatisme de l'œil. Insuffisance de la théorie de d'Alembert. — M. A. POLACK.

Rapports entre la résistance de l'organisme aux poisons et la modification rapide du réflexe oculo-cardiaque (contribution à l'antianaphylexie). — MM. L. GARRELON et D. SANTENOISE.

Contribution à l'histologie comparée du muscle strié. — M. Marc ROMIEU.

Sur les conditions physiques qui accompagnent le phénomène de nécrose produit par le rayon du radium. — Mme J. Samuel LATTÈS.

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1923)

Sur quelques valeurs numériques caractérisant les rayons du radium responsables du phénomène de nécrose. — Mme J. Samuel LATTÈS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1923)

Traitement des calculs du bassinet. — A propos d'une communication de M. Bazy qui soutenait que l'opération de choix pour ces calculs était la pyélotomie, M. Desnos, dans la dernière séance, a soutenu qu'on ne pouvait décider l'opération à faire qu'après un cathétérisme des uretères, et un examen radioscopique minutieux. La radiographie est une opération ni dangereuse ni douloureuse. On ne peut en dire autant du cathétérisme des uretères surtout chez l'homme, et M. BAZY préfère s'en tenir à un examen clinique et recourir à une opération qui offre le minimum de danger.

Traitement du diabète par l'insuline. — M. ACHARD rappelle avoir fait, il y a trois ans, des expériences dans son service, avec M. Gardin, à l'aide d'un produit pancréatique, très simplement obtenu et qui s'est montré d'une grande efficacité. Il cite l'exemple d'un malade atteint de cirrhose bronzée avec diabète chez lequel une seule injection de ce produit a fait tomber immédiatement la glycémie.

L'emploi du sulfate de cuivre en thérapeutique. — M. LÉGER (de Vichy), après avoir rappelé les travaux de Galippe et de A. Gautier sur la non-toxicité du sulfate de cuivre, et sur l'intolérance de l'estomac à son égard, fait observer qu'en englobant le sulfate de cuivre dans une enveloppe de gluten, il arrive dans l'intestin sans influencer l'estomac. Il constitue un antiseptique puissant, plus actif que le benzonaphtol, les ferments lactiques, etc. On obtient notamment de cette façon une désodorisation prompte des selles chez les entéritiques. En outre, le sulfate de cuivre, passant dans le sang, constitue un produit des plus actifs contre certaines bactéries qu'il attaque partout où il pénètre. Le staphylocoque et le streptocoque sont surtout sensibles à son atteinte, d'où l'indication de l'employer contre la furonculose, l'anthrax, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, etc. Il est sans action réelle sur le bacille de Koch, mais n'en modifie pas moins d'heureuse façon l'aspect et la flore des crachats tuberculeux. On peut administrer le sulfate de cuivre à la dose de 50 à 60 centigrammes par jour en pilules glutinisées de 5 centigrammes. On peut encore le donner en injections intraveineuses, sans inconvénients.

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1923)

Névroses et troubles gastriques. — M. HAYEM, à propos de la communication de M. Maurice DE FLEURY dans la séance du 28 mars (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 26, p. 419), rappelle que dès 1893 il étudiait les rapports des gastropathies avec les névroses, et, en particulier, avec la neurasthénie. Dans cette étude il était arrivé, déjà, à la même conception qu'a soutenue M. de Fleury dans sa communication très étudiée et très documentée. Mais pour M. Hayem, c'est la lésion stomacale qui est primitive et la névrose qui est secondaire. Depuis on a renversé, à tort, cette formule. Dans cette étude des troubles nerveux consécutifs aux gastropathies, M. Hayem, dans un travail fait en collaboration avec M. Lion, avait distingué l'asthénie grave portant sur le cerveau ou la moelle, amenant des troubles trophiques, respiratoires et circulatoires, du simple affaiblissement des fonctions nerveuses. Quant à la distinction entre la fausse neurasthénie et la vraie neurasthénie, si bien établie par M. de Fleury, M. Hayem se déclare absolument d'accord avec lui.

Prophylaxie de la fièvre méditerranéenne ou fièvre de Malte. — M. VINCENT fait un rapport dont la conclusion est que cette maladie doit être soumise à la loi de juin 1918 et inscrite au nombre de celles dont la déclaration est obligatoire.

— Cette conclusion, mise aux voix, est adoptée.

A propos de la loi des pensions. — M. E. SERGENT, violemment attaqué par certains journaux et par certaines associations de mutilés, à la suite de son intervention récente dans le débat ouvert devant l'Académie, approuvé et encouragé, d'autre part, par de nombreux correspondants, déclare que sa pensée a été dénaturée avec une perfidie qui a trompé les vraies victimes de la guerre et leur a laissé croire qu'il opposait les malades aux blessés. Il renvoie les gens de bonne foi au texte de sa communication précédente dans laquelle il a écrit *qu'on ne donnerait jamais assez aux vraies victimes de la guerre, blessés comme malades. Il ne faut pas confondre les vrais malades de guerre avec les faux malades de guerre*, ni considérer comme aggravés par la guerre des *malingres* qui sont restés simplement des malingres qu'ils étaient et dont l'état n'a pu être aggravé par le fait d'avoir pendant quelques mois, sinon pendant quelques jours, copié dans un bureau militaire des circulaires ou des états de service au lieu de copier des papiers commerciaux dans une banque ou dans un magasin.

Il maintient ce qu'il a dit sur l'*abus fait du diagnostic* (*tuberculose pulmonaire*) et rappelle que, en dehors des cas évidents, ce diagnostic exige tout un ensemble d'investigations et d'explorations qui nécessitent beaucoup de temps et d'expérience.

Considéré aujourd'hui comme l'ennemi des tuberculeux, il

rappelle que, dans les premiers mois de la guerre, il fut gratifié du titre d'embusqueur en chef par certains membres des commissions de réforme qui renvoyaient systématiquement aux armées les tuberculeux présentés par lui pour la réforme. C'est sur l'examen, non pas de quelques dizaines de cas, comme on l'a dit, mais de plus de 32.000 hommes qui ont défilé dans son centre de triage durant toute la guerre que s'est fondée sa conviction.

Il insiste, d'autre part, sur ce point, à savoir *qu'il n'a jamais demandé que la revision de la loi des pensions eût un effet rétro-actif*, mais simplement qu'elle fût envisagée dans le but de faire cesser *dans l'avenir les abus* véritablement excessifs *qui résultent peut-être plutôt du mode d'application de la loi que de la loi elle-même*.

M. BALTHAZARD rappelle, dès le début de cette discussion qui eut un retentissement considérable, s'être incliné devant le courage de M. Sergent qui, en émettant son opinion, ne pouvait se dissimuler les critiques et même les injures qu'il allait provoquer. Il est bien entendu, et c'est aussi l'avis de M. Sergent, qu'il ne faut pas songer à demander un effet rétroactif de la loi des pensions des mutilés et des malades de guerre. Mais M. Balthazard est d'accord avec M. Sergent pour demander tout au moins une revision des commissions de réforme. C'est là une question d'organisation qui n'a rien à faire avec la loi elle-même qui ne saurait avoir un effet rétroactif. Il faut reconnaître aussi qu'il n'est pas possible de rechercher la preuve de l'origine de la blessure ou de la maladie. On ne saurait donc exiger de certificats à cet égard.

La loi comporte bien une revision des pensions après quatre ans, mais c'est bien plutôt dans le but de pouvoir augmenter la pension pour certains malades dont la maladie s'est aggravée que pour la diminuer chez d'autres, cette diminution ne pouvait être faite dans aucun cas d'après la loi elle-même.

Cela va si loin que même s'il était reconnu que la pension a été obtenue par des manœuvres frauduleuses, il ne serait pas possible de la supprimer.

M. SERGENT, tout en maintenant son opinion telle qu'il vient de l'expliquer, se déclare d'accord avec M. Balthazard.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 9 MARS 1923)

Un cas de camptocormie. (*Présentation de malade.*) — MM. EUZIÈRES, BLOUQUIER DE CLARET et PAGES. Un soldat, sans autres antécédents qu'une rougeole contractée en Orient, présentait à son entrée dans le service les principaux attributs du syndrome parkinsonien (rigidité, bradykinésie, pulsion, sans tremblement) et une forte flexion du tronc avec point douloureux lombaire, sans lésion osseuse radiologiquement décelable, sans modification chimique ou cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Les divers traitements mis en œuvre contre cette camptocormie (électrothérapie persuasive, massages, etc.) ont été inopérants. Plus tard sont apparus des signes d'hyperréflectivité avec Babinski bilatéral, clonus des rotules et des pieds.

Il est permis de se demander si l'incurvation du tronc n'est pas dans ce cas un phénomène organique résultant d'une contracture des fléchisseurs du rachis et si l'ensemble du syndrome n'est pas le fait d'une névraxite épidémique fruste passée inaperçue.

Syndrome strié d'origine syphilitique et rhumatisme chronique déformant. (*Présentation de malade.*) — MM. EUZIÈRES, BLOUQUIER DE CLARET et PAGES. Sujet de cinquante-neuf ans, admis en 1921, dans le service des maladies nerveuses pour troubles sensitifs et phénomènes délirants relevant d'une syphilis cérébrale (démontrée par anamnèse et réaction du liquide céphalo-rachidien) et cédant au traitement.

En juin 1922, le même sujet, ne s'étant plus soigné depuis sa sortie de l'hôpital, revient avec un syndrome strié (attitude soudée, facies figé, démarche à petits pas, tremblement de type parkinsonien, bradykinésie, voix voilée et monotone). Il présente, en outre, une déformation des doigts et des orteils qui ont l'aspect décrit dans le rhumatisme chronique déformant.

La coexistence de rhumatisme chronique déformant et de syndrome parkinsonien est déjà remarquable. Cette observation pose une fois de plus le problème de l'étiologie syphilitique possible d'un syndrome parkinsonien.

Deux cas d'infection puerpérale grave guéris par un auto-vaccin auto-sensibilisé. — MM. VALLET et BOUDET rapportent deux observations d'infection puerpérale grave, avec complications multiples, phlegmons, congestion pulmonaire, phlébite. Partant dans un cas de la sérosité phlegmoneuse, dans l'autre des crachats, ils isolèrent le streptocoque et préparèrent un auto-vaccin auto-sensibilisé selon la méthode de Vallet. Dès la première injection les accidents graves s'amendèrent et la guérison survint rapidement.

A propos du dosage de l'acide urique du sang. La méthode de Bénédict donne-t-elle l'acide urique libre ou l'acide urique total. — MM. CRISTOL et NIKOLITCH. La méthode de Bénédict donne un taux d'uricémie qui ne correspond ni à l'acide urique total ni à l'acide urique libre. Ses rendements sont variables avec les échantillons analysés et ne montrent aucune proportionnalité, soit avec la méthode de Grigaut, soit avec celle de Guillaumin (méthode de Folin modifiée).

Un nouveau signe radiologique de l'emphysème pulmonaire. L'élargissement de l'espace clair médian postérieur. — M. CORONE.

Un cas de néphrite anaphylactique d'origine alimentaire guérie par désensibilisation. — MM. A. WEIL et BAUMEL. Une fillette de vingt-quatre mois, nourrie au sein ou par allaitement artificiel, présente pendant cette période des poussées répétées de strophulus, preuve d'une anaphylaxie lactée. Subitement les symptômes s'aggravent avec l'apparition d'une néphrite aiguë caractérisée par de l'albuminurie, des œdèmes, des cylindres hyalins et granuleux, des troubles de l'élimination des chlorures. Le régime lacté occasionnant des troubles digestifs marqués on essaya de lui substituer un régime légèrement carné. Les troubles digestifs s'amendent, les poussées de strophulus devinrent plus fréquentes, l'albumine urinaire augmenta. Les auteurs pensèrent alors que strophulus et signes de néphrite pouvaient être la signature d'un état d'anaphylaxie aux protéines animales en général. Ils supprimèrent ces dernières du régime qui ne comportait plus que des protéines végétales et progressivement ils virent le strophulus et tous les signes de néphrite disparaître. Poussant plus loin leur investigation ils tentèrent de désensibiliser leur petite malade. Ils y parvinrent en donnant une solution de peptone de viande et de céréales à 6 p. 100 et aujourd'hui la malade qu'ils ont ainsi traitée est une enfant normale, âgée de trois ans et demi, pesant 14 kilos, mangeant un régime normal, comprenant les protéines animales qu'elle ne tolérait pas autrefois. Le strophulus, les signes de néphrite, l'albuminurie ont complètement disparu. On ne note plus que des traces indosables d'albumine lorsqu'il y a constipation.

(SÉANCE DU 23 MARS 1923)

L'acidité de la racine et de sa coiffe pendant les premiers stades de l'évolution d'un végétal. — MM. GALAVIELLE et PORTES donnent la formule d'un milieu permettant d'étudier l'acidité de la racine et de sa coiffe pendant les premiers stades de l'évolution d'un végétal (agar au rouge neutre). Ils insistent sur la localisation de la réaction acide au niveau de la coiffe.

L'acide urique combiné organique du plasma dans les néphrites urémigènes. — MM. CRISTOL et NIKOLITCH. Alors que chez les sujets normaux le rapport $\frac{\text{acide urique combiné}}{\text{acide urique libre}}$ du plasma varie de 9 à 10 p. 100, chez les néphritiques ce rapport augmente sensiblement et arrive aux valeurs de 80, 100 et même plus pour 100, il semble que les fortes augmentations coïncident avec des cas graves.

A propos d'un cas de myélo-méningocèle. — MM. MASSABUAU, MILHAUD et MARICAN présentent les résultats de l'exa-

men anatomo-pathologique. Dans ce cas, la paroi de la poche était constituée par du tégument et non par des débris de pie-mère.

Piqûres multiples et graves par guêpes; leur thérapeutique. — M. CLOTTENS a obtenu un succès rapide, dans un cas de piqûres multiples de guêpes dans la région palpébrale, par l'emploi de 10 centimètres cubes de sérum antivenimeux Calmette. En un quart d'heure, l'œdème a diminué au point de permettre au patient d'ouvrir les yeux, et la résolution s'est complétée rapidement.

Rupture de grossesse extra-utérine et tentative d'avortement criminel. — M. GAUSSEL. Au cours d'une autopsie médico-légale pour mort suspecte chez une femme d'une trentaine d'années, on trouve une inondation hémorragique du petit bassin due à la rupture d'une trompe gravide. Les accidents prémonitoires du décès ont éclaté après l'absorption de drogues abortives, dont l'action congestionnante s'est fait sentir sur la trompe comme sur l'utérus

De tels faits sont rares, les femmes qui portent des grossesses ectopiques ont fréquemment des métrorragies qu'elles prennent pour des menstrues. Elles méconnaissent ainsi souvent leur grossesse, d'où la rareté des manœuvres abortives en de tels cas.

M. MILHAUD rapporte une observation analogue.

L'action de l'adrénaline chez le chien dépancréaté. — M. L. HÉDON. Dans deux expériences faites sur un chien totalement dépancréaté et présentant un diabète normal, l'injection sous-cutanée d'adrénaline amena une forte élévation de l'hyperglycémie et de la glycosurie. Le rapport N atteignit des valeurs très supérieures à celles qu'on observe ordinairement dans le diabète pancréatique expérimental.

NOTES DE PRATIQUE

RACHITISME ET VITAMINES (1),

Par le docteur GUILLEMARD.

L'étiologie et la pathogénie du rachitisme font toujours l'objet de discussions, et celles-ci ont repris un regain d'actualité avec la notion récente de carence qui a apporté un élément nouveau dans les causes de cette dystrophie. Les travaux de Mellamby, Hopkins, Schermann, et Mac Collum, en Amérique, de Weill et Mouriquand, Michel, Lieux, en France ont montré, en effet, le rôle important que pouvait tenir une alimentation carencée dans la genèse de cette affection. Guillemard, s'inspirant de ces données, traita par un extrait vitaminé polyvalent (biotose), plusieurs enfants du dispensaire antituberculeux de Dijon atteints de rachitisme. A la suite de cette médication, il nota chez tous les sujets traités, une amélioration manifeste, et, chez quelques-uns, une guérison complète; mais ce qui constitue surtout l'intérêt de son expérimentation c'est que ces résultats ont été obtenus alors que toutes les conditions d'existence si défectueuse de ces enfants n'avaient pu être modifiées. Se basant sur ces faits, on serait fondé à attribuer aux manifestations rachitiques une étiologie par carence vitaminique; l'auteur, cependant, ne croit pas pouvoir conclure fermement dans ce sens, car, considérant que la biotose, substance complexe, ne renferme pas seulement des vitamines, mais encore des diastases, des phosphates, des substances protéiques, des graisses, un sucre (maltose), on peut se demander, dit-il, si ce n'est pas précisément par sa complexité même, sa richesse et sa variété en principes organiques tirées de matériaux vivants, que cette préparation a eu une influence si manifeste sur la nutrition de ses petits malades. Rétablissant alors l'équilibre d'une ration presque toujours déficiente en l'un ou l'autre de ces principes, elle jouerait aussi le rôle d'un catalyseur sur les échanges, d'où augmentation du tonus vital. Si, opérant sur des enfants dont les conditions hygiéniques défectueuses ne pouvaient être modifiées du fait de l'indigence des parents, de tels résultats ont été néanmoins obtenus, il va de soi qu'ils eussent été, sans doute, bien meilleurs encore dans un milieu plus aisé.

(1) D'après le *Concours médical*, 28 janv. 1923.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de diagnostic médical et de séméiologie (1) [3e édition], par J. PAVIOT, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.

Ce livre peut tout à la fois servir de guide à l'élève dans ses premiers essais de diagnostic au lit du malade, et au médecin, dans sa pratique journalière, quand un cas difficile observé dans sa journée de travail l'obligera à une revision rapide des hypothèses à envisager.

Les symptômes et signes y sont, en effet, toujours envisagés au double point de vue de leur reconnaissance proprement dite et de leur signification diagnostique; les maladies, elles, y sont envisagées du point de vue du symptôme prédominant ou du syndrome capital qui doit aiguiller vers tel ou tel diagnostic.

C'est donc un véritable guide de clinique; les signes empruntés aux moyens de laboratoire ou à l'instrumentation y sont mis à leur juste place, avec la valeur qu'on doit leur accorder, comme aides et moyens de confirmation des signes cliniques qui gardent la prééminence, le médecin, dans sa pratique courante, devant tout d'abord demander à l'observation, au raisonnement, au souvenir des lésions, l'orientation d'un diagnostic.

Ce livre, fruit d'une expérience personnelle déjà longue de l'auteur, a été mis au courant des signes récents, mais ayant fait leurs preuves, des données de l'instrumentation nouvelle, notamment pour l'hématologie, la cardiologie et la neuropathologie. L'examen des articulations, du squelette, de la peau, au point de vue médecine générale, ont complété cette troisième édition.

L. G.

L'Auscultation électrique (2), par le docteur Henri GLOVER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Cette thèse est un volume de plus de 200 pages avec 17 figures dans le texte et 47 planches hors texte. C'est un traité complet de l'*Auscultation électrique*, nouvelle méthode d'exploration appelée, croyons-nous, à réaliser un réel progrès et basée sur l'emploi simultané du téléphone, du microphone et du galvanomètre.

Un premier chapitre est consacré à Laënnec et à la méthode anatomo-clinique. Un second à la physiologie de l'oreille dans ses rapports avec l'auscultation électrique. Puis viennent successivement l'auscultation électrique en physiologie, l'auscultation électrique en clinique, son application à l'étude de la respiration, à celle de la circulation.

Les avantages de cette auscultation électrique sont les suivants : 1° augmentation de la netteté et de l'intensité du timbre des bruits transmis; 2° auscultation rigoureusement localisatrice; 3° mise à l'abri pour l'observateur des bruits ambiants; 4° auscultation topographique d'une région beaucoup plus étendue; 5° isolement vibratoire complet entre le malade et le médecin; 6° la pluri-auscultation, le maître et les élèves ou les consultants peuvent ausculter simultanément le même malade; 7° l'auto-auscultation; 8° isolement préventif entre le malade infectieux et le médecin.

La place nous manque pour donner même un aperçu des appareils qui ont permis à nos confrères, MM. Glover père et fils, de mettre sur pied une méthode nouvelle d'exploration des plus intéressantes et des plus utiles.

Nous ne pouvons que joindre nos félicitations à celles qui, nous n'en doutons pas, ont dû être adressées par ses juges à l'auteur de cette fort remarquable thèse.

A BROCHIN.

(1) Fort in-16 de la « Collection Testut », 1.420 pages avec 56 figures dans le texte. — Prix : cartonné toile, 40 francs; franco, 42 francs. — Paris, G. Doin.

(2) Paris. Fumouze et Cie, 78, faubourg Saint-Denis.

L'Année thérapeutique [3e année, 1922] (1), par L. CHEINISSE.

Tout comme ses aînés, le troisième volume de cette collection est un livre nouveau, résumant les acquisitions thérapeutiques de l'année qui vient de s'écouler.

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première embrasse les médications et procédés thérapeutiques nouveaux, classés par *maladies et symptômes :* anémies, arythmie, asthme, broncho-pneumonies, diabète, hémorragies, insuffisance cardiaque, œdèmes, pneumonies, syphilis, ulcère de l'estomac, etc. La seconde partie comprend les actualités en matière de *méthodes et techniques thérapeutiques :* alimentation duodénale, injections intraveineuses, opothérapie, vaccinothérapie, etc.

Une table alphabétique générale permet, d'ailleurs, de retrouver, avec la même facilité, ce qui a trait à chaque médicament ou procédé comme à chaque maladie ou symptôme.

L. G.

Milieux de misère (2), par le docteur COURGEY.

Notre confrère, le docteur Courgey (d'Ivry), est non seulement un clinicien expérimenté, qui a publié des travaux utiles et intéressants, un praticien dévoué qui s'est consacré corps et âme à ses malades, mais aussi un philanthrope, un éducateur, un moralisateur et un sociologue. Il ne faut pas louer seulement son dévouement, sa grande bonté, son habileté professionnelle, mais aussi son grand bon sens, sa sagace observation, sa parfaite connaissance du cœur humain, des vertus et des vices du peuple, son admiration pour les unes, l'énergie avec laquelle il combat les autres.

Tout le beau caractère de cet homme excellent se révèle dans une préface, adressée à son petit-fils, véritable petit chef-d'œuvre où il trace la vie du praticien de main de maître. Loin de cacher toutes les peines, l'effort constant, le dévouement inlassable qu'elle exige, il les étale, avec un certain orgueil, sous les yeux de son petit-fils et lui dit : « Choisis entre cette vie-là ou celle de l'heureux spécialiste qui gagnera bien sa vie sans presque sortir de son cabinet. » Comme on sent qu'il serait désolé que son petit-fils prît ce dernier parti.

Le livre de notre confrère Courgey n'est pas de ceux qu'on puisse analyser. C'est l'œuvre d'un observateur qui, au cours de sa dure profession, a été témoin de bien des misères humaines, de bien des vices populaires et qui s'est appliqué, de tout son cœur généreux, à soulager les unes et à corriger les autres.

A. BROCHIN.

De la vaccinothérapie en urologie, spécialement dans la blennorragie (3), par le docteur LE FUR.

Le rôle du staphylocoque dans les suppurations urinaires est considérable. On le rencontre presque toujours associé au colibacille ou au gonocoque.

Dans les urétrites, le staphylocoque est fréquemment rencontré associé ou non au gonocoque. C'est lui qui se retrouve dans les complications de l'urétrite.

Le staphylocoque s'observe dans 60 p. 100 des péri-urétrites et des abcès péri-urétraux. Il en est de même dans les cowpérites, les prostatites, les vésiculites, les orchi-épidydymites, les cystites.

Dans les pyélonéphrites, le colibacille existe dans 65 p. 100 des cas; le staphylocoque, dans 43 p. 100; l'entérocoque dans 36 p. 100. L'agent causal le plus fréquent des phlegmons périnéphrétiques est aussi le staphylocoque.

En général, l'auteur emploie un autovaccin polyvalent dans le traitement de la blennorragie. Mais, ce vaccin demande quelques jours pour être préparé. Pendant ce temps, on utilise un stock-vaccin comprenant par ordre d'importance des gonocoques, des staphylocoques, des entérocoques et des pseudo-diphtériques. Le gonocoque et le staphylocoque doivent dominer dans ce stock-vaccin réservé à toutes les complications de la blennorragie.

Les nouveaux vaccins tendent à injecter des quantités de microbes de plus en plus considérables.

La vaccinothérapie mono et surtout polymicrobienne, d'une efficacité fréquente et souvent remarquable dans la blennorragie et ses complications, ainsi que dans toutes les infections et suppurations de l'appareil uro-génital, devra toujours être tentée avant toute intervention chirurgicale, qu'elle rendra parfois inutile. Même au cas d'opération reconnue nécessaire, il sera préférable de l'associer à l'acte chirurgical.

DE BERNE-LAGARDE.

La pratique du traitement des tumeurs blanches (1), par le docteur BUFNOIR, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la Villa Mire-Juan à Cannes.

Le deuxième volume de la « Petite Collection orthopédique » vient de paraître sous la signature du docteur Bufnoir. Il contient l'ensemble des données pratiques auxquelles s'est rallié l'auteur dans le traitement de tuberculoses articulaires à l'exception de la coxalgie, qui sera l'objet d'une étude spéciale.

Quelques chapitres ont reçu un développement tout particulier. C'est ainsi que la pratique, les indications et la technique de l'héliothérapie sont traitées à fond en raison de la compétence toute spéciale de l'auteur sur cette question.

Différents points de technique journalière sont également décrits avec soin, en particulier pour tout ce qui concerne la technique et les accidents de la ponction des abcès.

Le praticien trouvera dans ce travail une quantité de détails utiles à connaître et qui, habituellement épars dans les traités, sont réunis ici sous un volume réduit et toujours facile à consulter.

L. G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Maternité; L. BABONNEIX, médecin de la Charité *Tome XXV :* **Pédiatrie** (2e volume en 2 fascicules), par professeur WEILL, PÉHU, GARDÈRE, BERTOYE, DUFOURT, professeur NOBÉCOURT, MERKLEN, RIVET, HARVIER, RIBADEAU-DUMAS, MEYER, BABONNEIX, R. VOISIN, TINEL, LANCE, LAMY, TERRIEN. In-8, 1923, 425 figures, 2 planches couleurs. — Prix : 60 fr. — Paris, Maloine et fils.

Déontologie médicale d'après le droit naturel, par le R. P. G. PAYEN, professeur à l'Université de Chang-Hai. Un volume in-4° de III-761 pages. — Prix : 30 fr. — Chang-Hai, 1922, Imprimerie de la Mission catholique; en dépôt à Paris, à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Physiologie normale et pathologique du foie, par C.-H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de pathologie expérimentale et comparée, membre de l'Académie de médecine. Un volume de 400 pages avec 16 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

Dictionnaire des termes techniques de médecine, par les docteurs M. GARNIER et V. DELAMARE. Préface par M. le docteur G.-H. ROGER. 8e édition revue et augmentée. — Prix : 16 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les angines de poitrine. Le syndrome clinique. Pathogénie. Pronostic. Thérapeutique. Pratique médicale, par A. MARTINET. Un volume in-8 écu de 140 pages avec 30 figures et 14 planches. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

Rapport sur la réforme de l'enseignement et la refonte du statut professionnel de l'art dentaire en France, par Th. RAYNAL, rapporteur. Volume broché de 112 pages, 24 × 15. — Prix : 3 fr. 50; franco : 3 fr. 80. — Paris, A. Maloine et fils.

(1) Un volume de 208 pages. Prix : 7 fr. net. — Paris, Masson et Cie.
(2) Paris, Maloine.
(3) Brochure de 23 pages. — Paris, G. Doin.

(1) « Petite Collection orthopédique G. Rœderer », 32 pages avec 14 figures dans le texte. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

FONDS de GALVANOPLASTIE, à Paris, 52, rue Mouffetard. compt : enseigne, nom comal, droit au bail, clientèle, achalandage. A adj. Etude MAROTTE, not., 9, Bd St-Michel, le 25 avril, 14 h. 30. M. à p. : 30.000f. Conson : 10.000f. Ench. : 500f. S'ad. aud. not.; à DÉTIS, av., 24, Bd St-Denis; Regnault, av.; Rivière, not., Paris.

ACTIONS et PARTS *Soc. Eaux minérales* (Œuvre de prévoyce médicale , 30, r. Londres. A adj. Et. CHARPENTIER, not., 16, av. Opéra, 3 mai, 4 h. p., en 39 lots, *4 act. porteur* : M. à p., 400 ; *40 act. nomin.* (8 lots de 5) : M. à p., 500f le lot, et *300 parts* (30 lots de 10) : M. à p. 750f le lot. Cons. : 100f. S'ad. au not.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 12 avril. — MM. Gouverneur, 28; Madier et Quénu, 25.

Lecture. — Séance du 14 avril. — MM. Boppe, 23; Monod, 21; Bloch (Jacques), 22.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Anatomie et pathologie.* — MM. Vaudescal, 21; Couinaud, 20; Cleisz, 25.

Accouchement. — MM. Vaudescal, 24; Couinaud, 25; Cleisz, 20.

Epreuve écrite. — MM. Vaudescal, 28; Couinaud et Cleisz, 26.

Classement des candidats admissibles : MM. Vaudescal, 73; Couinaud et Cleiz, 71.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. le docteur Poulain, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1922-1923, des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— Angers. — M. le docteur Thouvenin est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

M. le docteur Sarazin est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

— Clermont. — M. Mally, professeur de physique, est chargé, jusqu'au 31 octobre 1923, des fonctions de chef de travaux de physique médicale.

M. Mornac, professeur de pathologie interne, est chargé, jusqu'au 31 octobre 1923, d'un cours de bactériologie.

— Poitiers. — M. Vincent, suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales, est chargé, en outre, jusqu'au 31 octobre 1923, des fonctions de chef des travaux de bactériologie et parasitologie.

— Reims. — M. le docteur Perrin, chargé des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, jusqu'au 31 octobre 1923, des fonctions de chef de travaux d'histoire naturelle (zoologie).

— Rennes. — M. Follet, professeur de clinique médicale, est nommé directeur pour trois ans.

— Tours. — M. le docteur Dubreuil-Chambardel est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et histologiques.

M. Thierry, professeur de clinique obstétricale, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 1er mars 1923.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. le docteur Laugier, préparateur de physiologie, est nommé chef des travaux de physiologie (3e classe), en remplacement de M. Wintrebert, appelé à d'autres fonctions.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — La médaille d'argent (2e classe) est conférée à :

MM. les docteurs Deleneuville (de Marcq-en-Barœul), Samson (de Lille) et Tison (de Neuvilly).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Boliet, sénateur de l'Ain; Masset (de Denain), Repelin et Royet (de Lyon); Rigal (de Moulins), médecin principal de première classe en retraite.

HOPITAL TENON. — Cours libre de clinique médicale. — Le docteur Pr. Merklen, médecin de l'hôpital Tenon, fera le dimanche matin, à partir du 29 avril, à 10 h. 1/4, à l'amphithéâtre de cet hôpital, un cours sur les affections des reins.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Service des maladies cutanées. — Sous la direction de M. le docteur Lenglet et avec la collaboration de MM. les docteurs Desaux et Rabreau, de nouvelles démonstrations pratiques de dermatologie seront faites une fois par semaine, à partir du 1er mai.

Se faire inscrire le matin, dans le service, chaque jour

avant le 25 avril 1923. — Droit d'inscription : 50 francs.

M. le docteur Brocq veut bien assurer sa participation à ces démonstrations.

LABORATOIRE DE SÉROLOGIE. (Direction scientifique, M. Rubinstein.) — M. Rubinstein fera du 15 mai au 15 juin un cours de sérologie appliquée à la clinique. Les conférences auront lieu à 14 h., les mardis, jeudis et samedis et seront suivies de travaux pratiques.

Le cours sera consacré plus particulièrement à l'étude du sérodiagnostic de la syphilis et de la tuberculose et comprendra l'exposé comparatif des diverses méthodes.

Le nombre des élèves est limité.

Le droit d'inscription est de 200 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire, 54, rue Saussure, 17e (métro : Monceau), de 15 à 17 h.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX. SOINS DONNÉS DANS UNE MAISON DE SANTÉ. RÉMUNÉRATION SPÉCIALE DU CHIRURGIEN.

Au mois de mars 1920, le docteur D... s'est vu dans la nécessité d'assigner la dame F... en paiement de la somme de 1.200 francs pour honoraires d'interventions et de soins chirurgicaux, somme qu'il a déclaré dans la suite réduire à 1.000 francs.

La dame F... soutenait qu'ayant été transportée dans une maison de santé dite « Villa Molière » pour y subir l'opération que devait y pratiquer le docteur D..., elle avait versé à cette maison une somme totale de 620 francs dans laquelle devait se trouver compris le montant de ce qu'elle devait à ce dernier pour rémunération de ses soins.

La prétention était vraiment excessive ; aussi le Tribunal civil de la Seine, qui a eu à la juger, la rejette-t-il avec raison dans son jugement du 26 février 1923, lequel a été rendu en dernier ressort. Il s'exprime ainsi :

« Attendu qu'il résulte des documents et renseignements fournis au Tribunal que ladite somme de 620 francs s'applique aux frais de pension, de chambre et de séjour dans la villa ainsi qu'aux frais de la salle d'opération et des objets de pansement, à l'exclusion de toute rémunération due au chirurgien ;

Attendu, en outre, que la dame F... a séjourné huit jours dans ladite maison de santé où le docteur D... a pratiqué sur elle deux interventions sous anesthésie nécessitées par un abcès à la mâchoire ;

Que ces interventions ont été suivies de succès et que les honoraires dus au docteur D... n'avaient été l'objet d'aucun forfait quant à leur fixation. Attendu que le prix de 1.000 francs réclamé s'applique, en réalité, non seulement à l'examen de la malade, aux deux interventions pratiquées, mais encore à l'anesthésie et à la rémunération du médecin assistant dont le docteur D... a pris la charge ;

Attendu que cette somme n'apparaît pas excessive, si l'on se reporte aux tarifs habituels pratiqués à l'époque (juillet 1920) et si l'on tient juste compte de la notoriété du docteur D..., ancien interne en chirurgie des hôpitaux, reconnu, par la défenderesse elle-même, comme un praticien de valeur ;

Qu'en outre, cette dernière avait eu recours à ses services durant l'année précédente pour une première opération faite à domicile, moyennant un honoraire de 700 francs ;

Attendu, enfin, que la défenderesse ne rapporte pas la preuve que le prix de 1.000 francs réclamé soit excessif eu égard à ses ressources personnelles et à sa condition sociale ;

Qu'en conséquence il y a lieu de déclarer légitime et fondée la demande formée par le docteur D... »

Le Tribunal a fait état de deux éléments pour prononcer condamnation : il a déclaré d'abord que le prix n'est pas excessif en raison de la notoriété du docteur qui avait donné ses soins et des tarifs existants ; ensuite que la situation de la malade, au point de vue social et pécuniaire, lui permettait de payer le prix réclamé. Ce sont les deux éléments qui déterminent généralement les tribunaux dans leur appréciation des honoraires médicaux.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POUR LA JUSTICE

L'Association corporative nous transmet la protestation suivante :

« L'Association corporative des étudiants en médecine, dans une lettre adressée à tous les journaux (voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 20, p. 372), a saisi l'opinion de l'abus de pouvoir commis par le ministre de l'Instruction publique, en accordant des dispenses d'examens.

Surpris par la désapprobation unanime qui, dans un même élan, unissait l'Université (maîtres et étudiants) et la Presse, le ministre de l'Instruction publique, par l'intermédiaire d'un des députés auquel nous nous étions adressés pour saisir de notre protestation le Groupe médical parlementaire, a fait répondre :

« M. Bérard m'a affirmé que les cas tout à fait exception« nels qui avaient motivé les décisions autorisées par son « décret ne se reproduiraient plus et que d'ailleurs le décret « lui-même ne serait plus appliqué. »

Ces circonstances exceptionnelles ne consisteraient-elles pas dans la satisfaction d'intérêts privés et ne serait-ce pas parce que ces intérêts ont été satisfaits, que ces circonstances ne se reproduiront plus ?

M. l'inspecteur D... fils, grâce à un doctorat en droit facilement acquis, a obtenu ce qu'il demandait. De même, MM. N... et S... qui ont ainsi franchi, malgré des échecs répétés, l'étape trop dure pour leurs moyens, du premier ou du deuxième examen (ancien régime).

Mais, bien plus, l'Association corporative ne peut pas, dans cette réponse, ne pas voir une manœuvre. *On veut enterrer l'affaire*, car, se souvenant qu'une telle promesse a déjà été faite lorsque les professeurs de la Faculté de droit protestèrent et qu'elle n'a pas été tenue, elle ne saurait la considérer comme offrant suffisante garantie. Mais, encore elle veut plus : elle veut que, pour le passé même, le droit soit reconnu, que la légalité soit observée et que l'intérêt public soit sauvegardé.

C'est pourquoi l'Association corporative des étudiants en médecine, comme l'a déjà fait l'Association nationale des avocats a décidé *de se pourvoir devant le Conseil d'Etat.*

Nous avons déjà fait connaître au public de quelle façon le ministre de l'Instruction publique agit ; nous avons également saisi le Groupe médical parlementaire et la Ligue des droits de l'homme et du citoyen.

Aujourd'hui, nous allons en justice, face au ministre de l'Instruction publique qui, à une illégalité proclamée par les professeurs de la Faculté de droit a ajouté des témoignages d'un favoritisme scandaleux, l'Association corporative des étudiants en médecine en appelle à la juridiction du Conseil d'Etat et se dresse pour prendre la défense des étudiants et des médecins et celle du public, le plus gravement lésé certes, puisque c'est lui qui sera la victime *des médecins de contrebande que fabrique le ministre de l'Instruction publique.* »

La radio-anaphylaxie, par le docteur Foveau de Courmelles. Une brochure, 43 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

CHOC ET TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN

Par M. G. BLECHMANN,

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

Surpris que l'attention ne se fût pas portée davantage sur l'état de dépression présentée par nombre de blessés et hors de proportion avec leurs blessures, nous avions commencé en 1916 — parmi les premiers sur le front — à étudier l' « état de choc » et sa thérapeutique. Nous saluons ici la mémoire de notre ami Henry Barnsby qui donna à nos recherches la consécration chirurgicale.

Nous avions considéré le choc comme un syndrome caractérisé par un facies misérable, un refroidissement marqué des extrémités et un *abaissement marqué de la pression artérielle*.

M. Jeanneney, qui a consacré à l'étude du choc traumatique une série de travaux remarquables, a reproduit ici-même (1) les termes par lesquels nous avions souligné en janvier 1917, à Montdidier (2), l'importance de l'étude de la pression artérielle à l'oscillomètre chez les grands blessés. « L'examen de la tension artérielle des blessés shockés, disions-nous, est d'une importance comparable à la recherche du signe de Babinski dans les affections nerveuses ou à la ponction lombaire dans les méningites. »

Tandis que les traumatismes qui atteignent les organes protégés par le crâne et la cage thoracique font peu varier la tension artérielle, les grands facteurs de choc sont les traumatismes de l'abdomen, de la région sacrée et des membres.

C'est plus particulièrement au cours des opérations sur l'abdomen qu'il est facile de determiner dans quelle mesure le traumatisme influence la pression artérielle.

Nous avons eu l'occasion de constater dans des cas typiques — à l'aide de l'oscillomètre — cette « sensibilité » si particulière du péritoine (Roger), et nous croyons utile de reproduire nos observations avec courbes à l'appui.

I. Laparotomie avec introduction d'éther dans la cavité péritonéale. — Dans une communication faite à la *Société de chirurgie* (3), H. Barnsby avait produit des courbes de tensions notées par nous au cours d'interventions pour plaies pénétrantes de poitrine et de l'abdomen. L'une d'elles, prise durant une laparotomie rapide et simple, montre l'influence instantanée, sur le pouls et la pression artérielle, de l'ouverture du péritoine, des tiraillements sur les viscères et leur malaxation; enfin, de l'introduction d'éther dans la cavité abdominale. H. Barnsby insistait à dessein sur ce cas. Il s'agissait, en effet, d'une plaie transfixiante de l'estomac par éclat de grenade. L'opération fut régulière, exécutée en trente-cinq minutes et la suture exempte du plus petit incident. Cependant, on fut frappé des chutes brusques enregistrées par l'oscillomètre au cours des manœuvres indispensables exécutées dans cet abdomen (4).

Voici une autre observation résumée qui établit l'action préjudiciable du *lavage à l'éther* (4) :

Plaies multiples du grêle (11 perforations). *Mort.*

Rose L..., quarante-huit ans, blessée le 21 octobre 1916, par éclat d'obus, au cours du bombardement d'un village.

Etat. — 1° Plaie borgne de l'hémithorax gauche; 2° plaie borgne sous-ombilicale (ligne médiane). Shock moyen. Facies tiré. Nausées. Ventre tendu, très douloureux. Pouls 96. Tension *max.* : 16 (pédieuse); tension *min.* : 8.

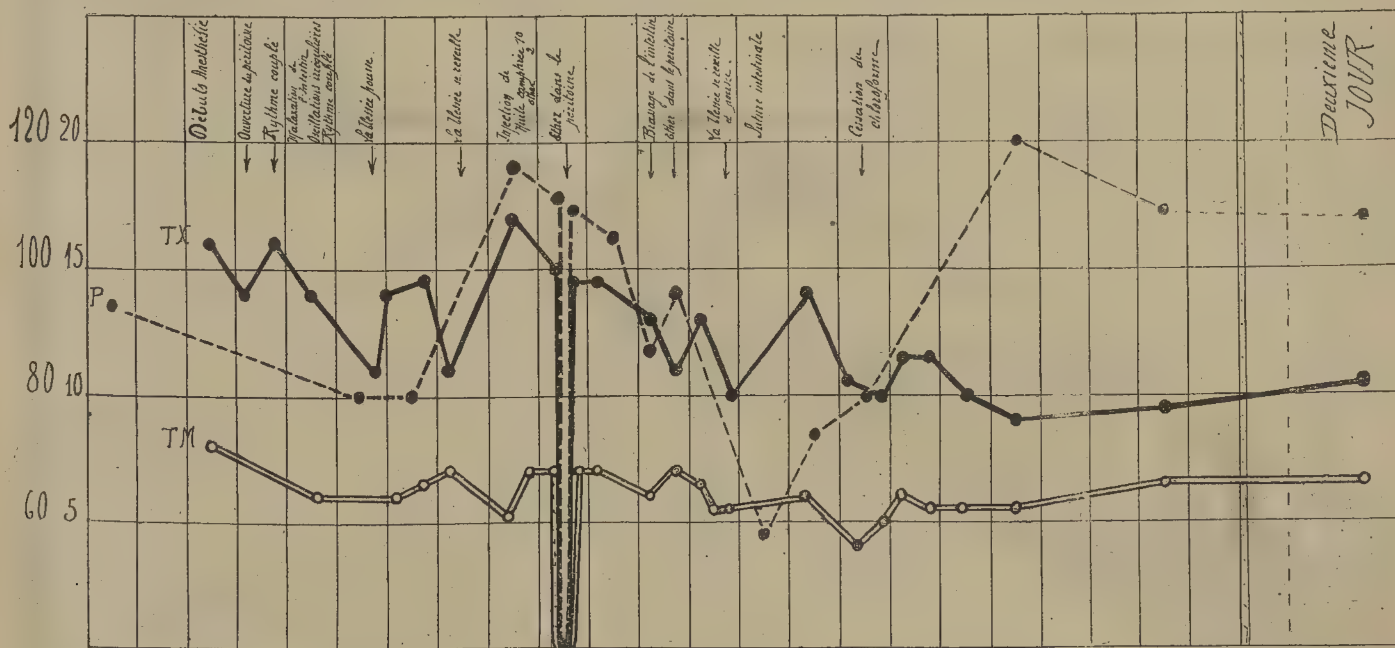
Opération (chloroforme) après réchauffement et six heures cinquante-cinq après la blessure. Laparatomie immédiate : onze perforations du grêle dont deux sur l'angle duodéno-jéjunal. Résection large sur 35 centimètres pour sept perforations (anastomose termino-terminale). Sutures isolées sur deux plans pour quatre perforations.

Lavage à l'éther. A ce moment, absence d'oscillations au Pachon pendant une minute. Assèchement du petit bassin. Deux drains dans le Douglas. Suture de la paroi en un plan.

Suites. — *a.* Immédiates : excellentes; selle au troisième jour; *b.* Tardives : mort au cinquième jour (cinq jours et huit heures trente après l'acte opératoire).

Autopsie. — Toutes les perforations ont été suturées. Aucune n'a lâché. Pas de trace de péritonite.

Si l'on examine la courbe I, on peut suivre en quelque sorte l'odyssée physiologique de la patiente durant l'intervention. L'on peut constater que chaque geste chirurgical, commis sur la séreuse ou le viscère, se traduit aussitôt sur l'oscillomètre : par l'ouverture du péritoine, la malaxation, le massage ou



Courbe I.

Gaz. des Hôp. : 1090

la suture de l'intestin ; à chaque fois que la blessée se réveille ou pousse, nous obtenons des variations plus ou moins marquées de pression. La plus notable est celle qui s'est produite au moment du lavage du péritoine à l'éther. Nous avons eu la surprise assez angoissante d'observer *pendant près d'une minute* (*50 secondes*) *un arrêt du pouls et une chute brusque de la pression avec absence de toute oscillation au Pachon*, la tension étant prise au cou-de-pied. Puis, la situation se rétablit; mais, assez émus par cet incident, nous en tirâmes une indication défavorable au point de vue du pronostic; la suite confirma notre manière de voir. Pendant les cinq jours suivants, le pouls ne descendit pas au-dessous de 108, la pression artérielle ne s'étant pas relevée au-dessus de Tx = 11.

Quand nous présentâmes nos documents à la *Réunion médicale d'armée de Montdidier*, les chirurgiens présents voulurent bien prêter attention à nos dires; en ce temps (1916-1917), l'assèchement du péritoine à l'éther étant plus que jamais considéré comme un dogme.

Il existe maintenant toute une littérature à ce sujet (5). Nous avons pu nous convaincre, en dépouillant des statistiques de laparatomie, avec ou sans lavage à l'éther, que cette manœuvre n'améliorait en aucune manière le pronostic opératoire.

A l'époque, nous ne possédions pas encore une observation vécue par un de nos confrères qui voulut bien se prêter à une véritable expérience de physiologie expérimentale sur lui-même.

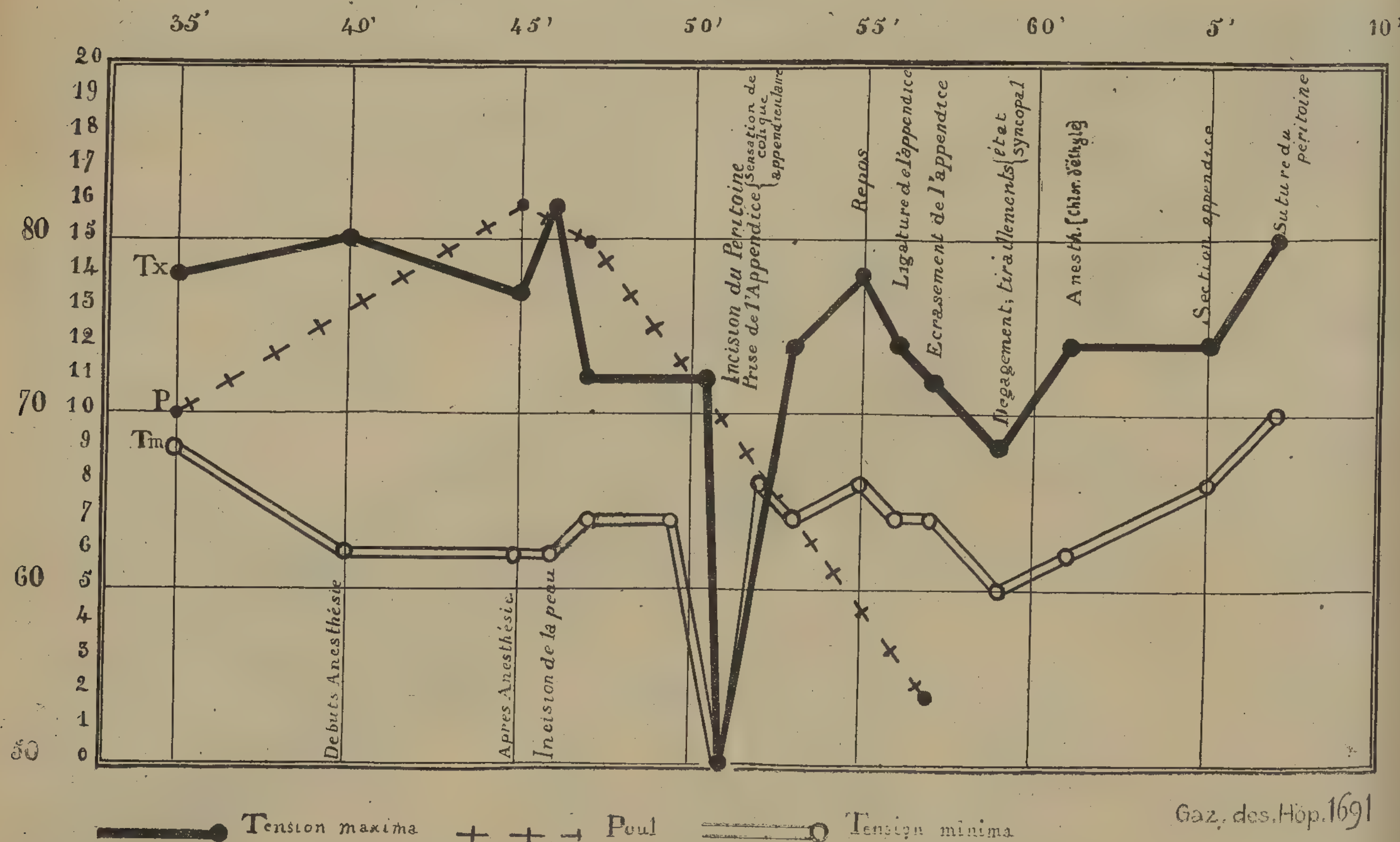
II. APPENDICECTOMIE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE. — Il s'agit d'une appendicectomie pratiquée par le docteur Desmarets, à l'anesthésie locale, tandis que le patient indiquait très exactement toutes les sensations subies pendant l'opération. (Pression artérielle dont la courbe est ci-jointe, prise à la radiale avec l'oscillomètre par Mlle J. Blechmann.)

L'appendicite était parfaitement refroidie, le malade calme, dans de bonnes conditions, et très convaincu du bénéfice de l'anesthésie locale.

Cinq minutes avant l'intervention, le pouls est à 68, Tx = 14, Tm = 10. La première piqûre de stovaïne élève un peu la Tx et abaisse la Tm. Au bout de cinq minutes d'anesthésie sous-cutanée, le pouls est un peu plus rapide : 82, la Tx à peu près ce qu'elle était avant le début de l'intervention, la Tm restant basse ; mais cette anesthésie était assez incomplète et à l'incision de la peau, la Tx se relève brusquement pour redescendre à Tx = 11.

Au moment de l'injection sous-aponévrotique, dissociation musculaire ; on attend quelques minutes avant d'inciser le péritoine, et au moment de l'incision de la séreuse, la pression tombe brusquement tandis que le chirurgien saisit l'appendice avec une pince. D'après les dires du patient, la section du péritoine avait été particulièrement douloureuse, mais au moment de la traction sur l'intestin et l'extériorisation partielle du cæcum, le patient éprouva une douleur extrêmement violente de l'organe attiré, douleur répétant avec une intensité infiniment plus marquée la crise appendiculaire subie deux mois auparavant. En même temps, *au niveau de l'épigastre*, sensation déchirante et transfixiante avec tendance nauséeuse, lipothymie, décoloration du visage, sueurs froides. Le pouls était alors à peu près imperceptible ; on n'obtenait que quelques oscillations du Pachon à 8.

En arrivant sur la base de l'appendice, on a immédiatement la sensation qu'il s'agit d'un appendice rétrocæcal et qu'il sera impossible de l'extérioriser. Il ne reste donc plus qu'à l'attaquer de la base vers la pointe. A ce moment, sous l'action du repos opératoire, la pression artérielle se relève, Tx = 14, Tm = 8. On place un surjet d'enfouissement, ce qui suffit à faire baisser la tension. Faute d'écraseur, on écrase l'appendice à l'aide d'une pince de Kocher, après avoir séparé au bistouri la séreuse. La tension artérielle s'abaisse encore. Un fil est jeté sur la partie de l'appendice écrasée et la base est enfouie.



COURBE II.

On arrive alors au méso. Le patient, très douloureusement secoué par les divers temps opératoires, résiste avec énergie à l'impression de syncope provoquée par les moindres manœuvres sur l'intestin. On commence à sectionner le méso, mais il est très court; la traction de l'appendice est extrêmement douloureuse; la tendance syncopale est plus marquée encore que précédemment, le malade se plaignant de souffrir atrocement de sa région épigastrique, sensation comparée par la suite à celle d'un cylindre tranchant qui perforerait la région ; nausées, facies profondément altéré ; le malade est refroidi et couvert de sueur. Le pouls est à 54 et la pression est tombée à Tx = 9, Tm = 5. Ces incidents impressionnants ne permettent pas de continuer l'opération dans les mêmes conditions et l'on termine par l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Au début de l'anesthésie, le malade est pris de vomissements extrêmement abondants. La pression artérielle remonte. On peut alors arriver jusqu'à la pointe de l'appendice qui est énorme, masqué par une suite de lames péritonéales qu'on décolle ; on sectionne le méso ; ligature au catgut sur la partie du méso sectionnée. Puis le cæcum est rentré, le péritoine suturé.

Le patient était resté vingt et une minutes sur la table d'opération avant que l'on ne pratiquât l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle : les vomissements postopératoires furent aussi abondants que si le malade avait été endormi au chloroforme ! La convalescence fut lente.

Pouvions-nous mieux confirmer que par ces précédents exemples les constatations du professeur Roger : « La sensibilité du péritoine rend compte de la fréquence du choc quand le traumatisme ouvre les cavités abdominales et surtout quand il atteint un des viscères qui y sont contenus. Le moyen le plus simple de déterminer le choc chez les animaux consiste justement à inciser la paroi abdominale et à soumettre les intestins à une malaxation. »

BIBLIOGRAPHIE

(1) G. Jeanneney. Les hypotendus en chirurgie, *Gaz. des hôpit.*, 27 janv. 1923, n° 8.

(2) G. Blechmann. L'étude de l'état de shock dans une ambulance de l'avant. Déductions thérapeutiques, *Réunion méd.-chir. de la IIIe armée*, 3 et 17 janv. 1917, C. R. in *Presse méd.*, 19 fév. 1917, n° 11.

(3) H. Barnsby. A propos du traitement chirurgical immédiat d'une plaie du poumon, *Soc. de chir.*, séance du 11 juillet 1917.

(4) Voir l'observation de M. H. Barnsby. In Note sur vingt-huit plaies pénétrantes viscérales de l'abdomen traitées par la laparotomie immédiate, *Soc. de chir.*, séance du 23 mai 1917.

(5) A. Mac Glennan. Modifications de la pression sanguine au cours des opérations abdominales, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 9 juillet 1921, t. LXXVII, n° 2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic clinique. Examens et symptômes, par le docteur A. Martinet, avec la collaboration des docteurs Desfosses, G. Laurens, Léon Meunier, Lutier, Saint-Cène et Terson. 4e édition revue et complétée. Un volume de 1040 pages avec 851 figures en noir et en couleurs. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

Eugénique et sélection, par Edmond Perrier, Fédéric Houssay, Charles Richet, E. Apert, Lucien March, G. Papillault, Georges Schreiber, major Léonard Darwin, L. Cuénot. Un volume in-8. — Prix : 15 fr. — Paris, F. Alcan.

Manuel d'embryologie humaine, par J. Vignoli, aide d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille. In-8, 1923, 180 pages, 196 figures, dont 62 en couleurs. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

TRAITEMENT DU PHLEGMON DIFFUS GANGRÉNEUX

PAR LA SÉROTHÉRAPIE ANTIGANGRÉNEUSE

(Sérum antigangréneux polyvalent du laboratoire du Val-de-Grâce)

Par A. MOUCHET,
Professeur à la Faculté de médecine de Constantinople.

Dans un numéro récent de la *Gazette des hôpitaux*, paraissait une note sur la sérothérapie antigangréneuse dans le phlegmon diffus gangréneux du cou (1). Nous ne saurions trop approuver les conclusions des auteurs sur l'efficacité de la sérothérapie dans les phlegmons diffus à type gangréneux.

Lorsque les blessés de l'armée Wrangel furent évacués sur Constantinople, en novembre 1920, nous eûmes l'occasion d'observer de nombreux cas de gangrènes gazeuses. Nous venions justement de recevoir une provision de sérum antigangréneux de Vincent, (sérum antigangréneux polyvalent du laboratoire du Val-de-Grâce).

L'occasion était unique pour vérifier l'efficacité de ce sérum et nous devons dire qu'elle a dépassé tous nos espoirs. Avec nos collaborateurs, Chaumet et Bertrand, nous avons eu la possibilité de voir ainsi céder à la sérothérapie des accidents gangréneux avec phénomènes de septicémie graves.

La plupart de ces blessés n'avaient pas reçu de pansement, depuis leur départ de Sébastopol, et l'on devine dans quel état ils nous arrivèrent, après une traversée pénible, sans aucun soin chirurgical. Sans entrer dans d'autres détails à ce sujet, nous rapporterons brièvement l'histoire de l'un de ces blessés dont l'observation met bien en évidence l'efficacité du sérum antigangréneux polyvalent.

Serge D..., entre à l'hôpital de Gul-Hané, le 15 novembre 1920. Plaie de la jambe gauche par éclat d'obus datant du 6 novembre, éclat non extrait. L'extraction est pratiquée sous l'écran, mais l'on constate une gangrène gazeuse remontant jusqu'à la région fessière avec distension de tout le membre et plaques livides dans la région poplitée et la région postérieure de la cuisse. La région fessière est elle-même distendue et sonore à la percussion. Température 38 degrés. Pouls à 120, misérable. On débride largement au thermocautère, en incisions linéaires, les régions les plus distendues, région fessière y comprise. Injection de 100 centimètres cubes de sérum antigangréneux polyvalent. En quarante-huit heures, tout avait changé : les plaies d'incisions sanieuses et fétides prennent meilleur aspect. L'état général se relève. La température remonte à 39 degrés et, par contre, le pouls, mieux marqué, retombe à 98 pulsations. Peu à peu, tout rentre dans l'ordre sans intervention et ce blessé, que nous avions isolé dans le pavillon des gangréneux dans la pensée d'un pronostic fatal, était évacué trois semaines plus tard, comme convalescent, sur l'hôpital de Thérapia, avec des plaies en bonne voie de cicatrisation et un état général excellent.

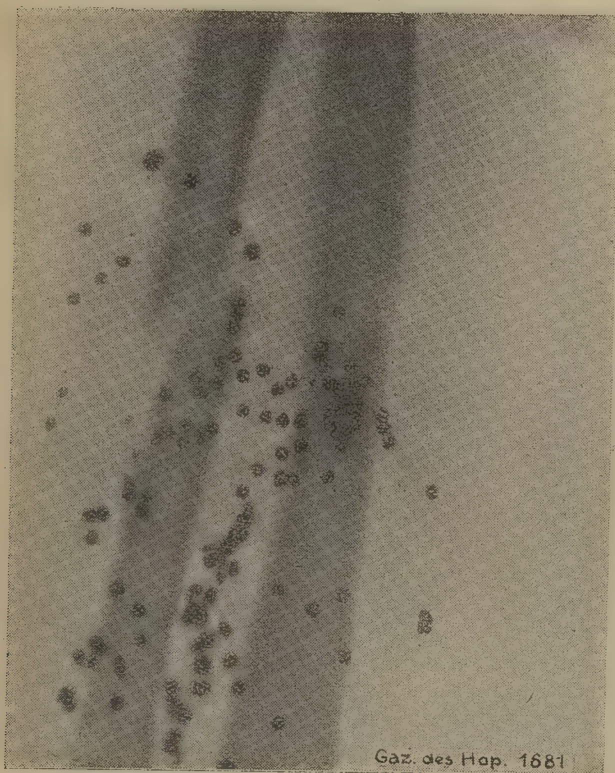
Voici très brièvement rapportée une autre observation beaucoup plus récente, où le sérum antigangréneux polyvalent a joué le rôle le plus efficace.

Il s'agit, cette fois d'un Français, R... (Joseph), qui entre à l'hôpital de Gul-Hané, pour délabrement de l'avant-bras gauche, par coup de fusil de chasse, tiré presque à bout portant, le 11 novembre 1922.

Les accidents gangréneux, malgré l'opération chirurgicale pratiquée d'urgence, devinrent rapidement menaçants La

(1) Fernand Masmonteil, et Henri Grougé Phlegmon diffus gangréneux du cou. Sérothérapie antigangréneuse. Guérison. *Gaz. des hôpit.*, 30 déc. 1922, n° 103.

radiographie avait montré l'existence d'une fracture du cubitus avec une multitude de grains de plomb disséminés dans la partie moyenne et inférieure de l'avant-bras. On ne pouvait songer à pratiquer l'extraction de ces 108 grains de plomb (Radiographie). Le sérum antigangréneux polyvalent



R... (Joseph). — *Radiographie de l'avant-bras gauche* (coup de fusil de chasse tiré à courte distance).

nous tira de ce mauvais pas. La sonorité remontait jusqu'au coude avec crépitation gazeuse très nette, odeur caractéristique et aspect livide des plaies sanieuses. Heure par heure, nous tenions le blessé surveillé, en prenant sa température, en inscrivant le pouls. En trois reprises, on lui injecta 100 centimètres cubes de sérum antigangréneux polyvalent. Le troisième jour, la partie était gagnée. Les accidents locaux et généraux s'amendaient. Peu à peu, tout rentra dans l'ordre et l'évolution de la plaie, sous Carrel-Dakin continu, s'opéra sans incident notable. Nous estimons que, dans ce cas, c'est grâce au sérum antigangréneux que le blessé a pu garder ses grains de plomb... et son avant-bras.

Mais nous n'avons cité ces observations que pour bien mettre en évidence la valeur réelle du sérum antigangréneux polyvalent dans le traitement des plaies par arme à feu, avec éclosion de gangrène gazeuse. L'expérience ainsi acquise a été mise à profit pour le traitement des phlegmons gangréneux par la sérothérapie. Sept cas ont été observés en deux ans. Est-ce à la thérapeutique mise en œuvre qu'il faut attribuer le résultat obtenu? Il est toujours présomptueux de l'affirmer. Quoi qu'il en soit, tous ces cas se sont terminés par la guérison. Et certains, cependant, par leur allure grave, comportaient un pronostic extrêmement réservé.

Les phlegmons gangréneux diffus s'observent surtout au niveau du plancher buccal ou de la région angulo-maxillaire et cervicale latérale. C'est l'ancienne angine de Ludwig, terme deux fois faux puisqu'il ne s'agit pas d'une angine et que, par ailleurs, le chirurgien lyonnais Gensoul avait décrit cette affection six ans avant l'auteur allemand, en 1830 (1).

(1) Gensoul. *Journ. clin. des hôpit. de Lyon*, 1830, t. I.

L'auteur responsable de la double erreur consacrée par ce terme est Camerer, qui la proposa en 1837. Peut-être, le mérite de Ludwig consiste-t-il surtout à avoir rapporté, entre autres, l'observation de la reine Catherine de Wurtemberg, atteinte de phlegmon du plancher buccal.

Ce phlegmon, à allures particulièrement malignes, a été désigné sous de nombreux vocables : angine musculaire (Gensoul), induration gangréneuse du cou (Ludwig), Angina Ludwigii (Camerer), phlegmon sus-hyoïdien (Verneuil), phlegmon septique sus-hyoïdien (Daniel Molière), phlegmon sublingual (Delorme), phlegmon infectieux du plancher de la bouche (Cocar), phlegmon gangréneux sus-hyoïdien (Fourgous), phlegmon septique du plancher de la bouche (Gauthier),

Tout compte fait, il faut garder la notion d'une allure particulière du phlegmon gangréneux diffus du cou. Comme le dit Delorme :

« N'est-il pas à craindre, qu'en supprimant cette appellation qui, défectueuse ou juste, a servi de jalon pour rassembler jusqu'ici une somme d'observations appartenant au même groupe clinique, et en ne le remplaçant pas immédiatement par le terme plus vrai de phlegmon sublingual, on ne laisse penser qu'on n'admet pas non plus qu'on méconnaît l'existence d'une variété très importante de phlegmons du cou des plus typiques? Loin de moi la pensée de provoquer une querelle d'appellation; la question est bien plus élevée, car c'est de l'idée qu'on se fait de l'entité et du siège des phlegmons que découle notre acte chirurgical » (1).

Le phlegmon diffus gangréneux du cou est donc une affection très caractérisée par son début, son évolution et son pronostic. La mortalité globale serait, en effet, de 32 p. 100, d'après Vignardou.

Or, les sept cas que nous avons observés, se sont terminés, avons-nous dit, par la guérison. Nous n'hésitons pas à mettre ces résultats sur le compte de la sérothérapie antigangréneuse pratiquée d'une façon hâtive, à doses massives. Il faut ajouter que, dans six observations sur sept, parallèlement à la sérothérapie, un véritable abcès de fixation a été provoqué sur les lieux mêmes de l'accident gangréneux. En effet, lorsque un malade atteint d'un phlegmon diffus, à allure gangréneuse, soit du plancher buccal, soit de la région angulo-maxillaire ou cervicale latérale, se présente à nous, nous mettons en œuvre une double thérapeutique :

1° Une injection de 60 à 100 centimètres cubes de sérum antigangréneux polyvalent du laboratoire du Val-de-Grâce, est pratiquée sur-le-champ.

2° Une incision très large permet l'ouverture du foyer gangréneux. Dans les lèvres de la plaie ainsi ouverte, en plein tissu œdématié, lardacé ou nécrosé suivant les cas, nous injectons 1 centimètre cube d'essence de térébenthine.

Généralement, le pus apparaît au bout de trente-six ou de quarante-huit heures. Pendant cette période, la température s'élève pour retomber au moment de l'élimination du pus. L'injection d'essence de térébenthine ne doit pas être trop profonde (au-dessous du plancher mylohyoïdien, dans le cas de phlegmon du planéher buccal). Souvent aussi, l'abcès ainsi provoqué s'ouvre par plusieurs orifices, en écumoire, autour de l'incision primitive.

S'il fallait, entre ces deux éléments de thérapeutique, conjointement mis en œuvre, choisir et n'en

(1) Delorme. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 13 juil. 1892.

retenir qu'un, nous n'hésiterions pas à pratiquer, d'abord, et surtout, la sérothérapie. Toutefois, et les résultats obtenus sont là pour en témoigner, la pratique de l'abcès de fixation, loco dolenti, jointe à l'action du sérum, nous apparaît réaliser le meilleur traitement du phlegmon gangréneux diffus.

Nous ne rapporterons pas ici, en détail, les sept cas de phlegmons gangréneux diffus observés et traités en collaboration avec MM. Bruas et Guillermin. Dans cinq cas, il s'agissait de phlegmons diffus du plancher buccal. Dans deux cas, le point de départ semblait être angulo-maxillaire et l'œdème envahit la région cervicale latérale au lieu de s'étendre en avant.

Voici l'une de ces observations :

B... ben M..., entre à l'hôpital le 18 octobre pour tuméfaction ligneuse de la région sus-hyoïdienne gauche. Tumeur chaude et douloureuse La bouche entr'ouverte laisse écouler la salive. L'examen de la cavité buccale, très difficile, montre un soulèvement du plancher buccal, à gauche, en regard des dernières molaires. Dysphagie. Dyspnée. Température : 38°2.

Le 20 octobre, à huit heures, incision par voie buccale de la région postérieure du plancher parallèlement à l'arcade dentaire. Quelques gouttes de liquide sanieux viennent sourdre dans la plaie Huile camphrée; toni-cardiaques. Le soir, l'état s'aggrave. La température atteint 39 degrés. Le pouls est mauvais. L'œdème de la région sus-hyoïdienne s'étend rapidement. Latéralement, il a gagné la région angulo-maxillaire et arrive jusqu'à la région sterno-mastoïdienne moyenne. Œdème très surélevé, dur, sans trace de fluctuation.

Le 21, incision de la région sus-hyoïdienne parallèlement au bord inférieur du maxillaire, à partir de la région angulo-maxillaire. Tissus sphacélés, pas de collection, seulement quelques gouttes d'un liquide louche, à peine purulent. Odeur fétide. On pratique une injection de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine dans les lèvres de la plaie.

Injection de 60 centimètres cubes de sérum antigangréneux polyvalent Huile camphrée. Caféine. Ether. Sérum.

Le 22, la température atteint 39°8 et la dyspnée augmente. Le malade est assis sur son lit. Angoisse. Délire. Le pouls est misérable. Nuit très agitée. Huile camphrée, caféine, éther.

Le 23 au matin, la température tombe à 38 degrés. En faisant le pansement, on constate la présence de pus dans les lèvres de la plaie. Le soir, le pus devient plus abondant. Température 38°2. La dyspnée est moins intense. Le pouls est meilleur : 100-110.

Le 24, la température est encore de 37°8. L'examen de la cavité buccale, maintenant possible, permet de constater la présence d'une collection de la région amygdalienne. Ponction à travers le pilier. Evacuation de pus lié. Le malade éprouve un grand soulagement. Le soir, température 38 degrés, mais pouls à 90, bien frappé.

Le 25, élimination de tissu sphacélé avec un véritable flot de pus par les lèvres de la plaie. En même temps, à 1 centimètre environ des bords de la plaie, dans la région angulo-maxillaire, le pus sort par trois orifices arrondis comme des pores d'anthrax.

Les jours suivants, la température tombe sensiblement à la normale; le pouls est bon. Le malade peut avaler des liquides, sans difficulté. Localement, la suppuration est abondante et les deux lèvres de la plaie sont décollées par les foyers créés par l'injection d'essence de térébenthine. Ce décollement s'étend assez loin.

Le 30, une poche purulente, qui a fusé jusqu'à la partie inférieure de la région sous-hyoïdienne, est ouverte. Il s'en échappe un flot de pus ayant le même caractère que celui de l'abcès de fixation. L'odeur fétide a complètement disparu. Le malade entre en convalescence. L'état général se transforme rapidement. L'évolution locale s'opère sans incidents.

Concluons :

Le phlegmon diffus gangréneux semble devoir être traité par la sérothérapie.

Nous avons employé, avec succès, le sérum antigangréneux polyvalent du laboratoire du Val-de-Grâce.

Parallèlement à cette thérapeutique, nous pratiquons un abcès de fixation pour provoquer la suppuration dans le foyer gangréneux lui-même.

Les sept cas que nous avons eu l'occasion de traiter de cette manière, se sont terminés par la guérison.

ACTUALITÉS

LE RÉGIME ALIMENTAIRE APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

La gastro-entérostomie est une opération sérieuse, moins peut-être par elle-même que parce qu'elle intervient souvent chez des sujets affaiblis et depuis longtemps en état de dénutrition. Par suite, quand il s'agit d'instituer un régime pour l'opéré convalescent, il faut prendre en considération, non seulement l'état actuel, qui exclut les parties lésées et abouche anormalement l'estomac et l'intestin, mais aussi l'état antérieur, qui a amené la lésion et l'inanition relative. Or, on doit respecter le premier et rétablir le second. Si, pendant la période chirurgicale, c'est-à-dire les quelques jours qui suivent immédiatement l'intervention, tout le monde se trouve d'accord pour recommander un régime d'extrême prudence, il semble que, pour les semaines et les mois suivants, le problème soit assez délicat à résoudre. Jusqu'ici, en effet, médecins et chirurgiens ne sont pas encore parvenus à s'entendre à cause des accidents qui peuvent se produire après la gastro-entérostomie, notamment l'ulcère peptique, très fréquent en Allemagne (10 p. 100 au lieu de 3 p. 100 en France) et qui tient apparemment autant à une faute opératoire qu'à une erreur de régime; les uns, en effet, s'en tiennent au lait presque indéfiniment, les autres, plus libéraux, vont jusqu'à tolérer le foie gras. Qui croire ?

***

En réalité, le problème est physiologique, mais, la plupart du temps, il a été résolu d'une manière empirique, et c'est pourquoi, les opinions se montrent divergentes et même contradictoires.

Deux faits, comme je viens de le dire, dominent ici la diététique : l'opération réalisée d'une part, et, de l'autre, les troubles gastro-hépato-intestinaux qui ont précédé et conditionné l'opération et, en partie du moins, y survivent. Ce serait commettre une grave erreur que de supposer ces troubles immédiatement supprimés par le seul effet de l'intervention. Quand on analyse systématiquement les urines, les fèces et le sang du gastro-entérostomisé convalescent, on s'aperçoit vite de la persistance des altérations de l'élaboration digestive. Examinons séparément les indications pratiques qui découlent de ces deux faits.

La première impose au convalescent l'obligation de s'abstenir de tout aliment irritant ou contondant, afin de ne pas provoquer de réaction dans la région de l'abouchement et de la cicatrice. C'est une prescription absolue dans tous les cas et elle justifie, en quelque mesure, l'emploi des régimes liquides, lait, potages passés, purées tamisées, etc. On ne doit pas non plus oublier que les circonstances de l'abouchement peuvent changer le mode de passage des

aliments de l'estomac dans l'intestin par la suppression ou l'amoindrissement du sphincter pylorique et par les modifications consécutives, d'ailleurs faibles, du péristaltisme gastrique. Il peut en résulter que des aliments inoffensifs, mais mal mastiqués et séjournant trop peu de temps dans l'estomac, exercent une action effractive au niveau de la cicatrice. Cependant, surtout quand il y a exclusion intestinale et déplacement de l'axe stomacal, les aliments ont, au contraire, tendance à rester plus longtemps dans l'estomac et y donnent lieu parfois à des fermentations secondaires. Parmi les aliments interdits, il faut mentionner les aliments desséchés, brûlés, les pommes de terre frites, les crudités (sauf les fruits mûrs et nous verrons tout à l'heure avec quelles précautions), le pain grillé et la croûte de pain frais, les graisses cuites, les aliments faisandés, les fromages avancés, les aliments trop salés et trop acides (oseille), les noix, amandes, noisettes, les épices, l'alcool. Pour les mêmes raisons, les boissons ne doivent être prises ni trop chaudes, ni trop froides, généralement entre 15 et 35 degrés centigrades. Donc, sauf indication spéciale, s'abstenir de glace et de boissons glacées ou brûlantes (thé, café, etc.). La même règle thermique s'applique naturellement aux aliments solides.

*
* *

Au rebours du premier, le second fait entraîne des indications éminemment variables et relatives; elles dépendent des troubles antécédents et actuels, s'il en existe, comme c'est de règle. Pourtant une observation générale doit être faite : à savoir que, même les hypersthéniques hyperchlorhydriques porteurs d'ulcère gastrique ou duodénal, sont très souvent, après la gastro-entérostomie, en état de déficience gastrique et hépatique. Cette déficience n'est pas la conséquence de l'opération; elle est antérieure à elle, comme on le voit quand on pratique, avant l'intervention, un lavage d'estomac après repas d'épreuve et une analyse coprologique; elle résulte surtout de la presque inanition à laquelle sont soumis les malades par suite du régime extrêmement sévère que leurs accidents entraînent. Or, l'inanition, en vertu de la *loi d'assimilation fonctionnelle*, inhibe les sécrétions, en d'autres termes, diminue ou supprime l'activité des cellules glandulaires. Sans doute, l'hyperchlorhydrie, qui est d'origine purement vago-sympathique si elle n'a pas été créée indirectement par une lésion accidentelle, peut reparaître ultérieurement chez le sujet opéré, mais nous n'avons pas, pour le but que nous nous proposons ici, à envisager cette éventualité, laquelle d'ailleurs ne se produit pas si l'intervention a été commandée par une coudure ou une torsion du duodénum. En ce qui concerne l'intestin, dont le fonctionnement n'est d'ordinaire pas sensiblement altéré, les précautions à prendre visent à éviter la constipation, à réveiller le péristaltisme et à éviter, en respectant la muqueuse, la production de l'ulcère jéjunal post-opératoire.

Des données précédentes, il résulte que, abstraction faite de l'interdiction rigoureuse des aliments durs, faisandés, épicés, acides, trop chauds ou trop froids, etc., aucun régime spécial n'est indispensable aux gastro-entérostomisés convalescents, mais sous trois conditions. En premier lieu, *mastication complète et à fond des aliments* : c'est la condition grâce à laquelle, chez l'homme bien portant aussi bien que chez le malade, les aliments sont parfaitement digérés et utilisés, même ceux qui passent pour lourds et indigestes, parce que mal mâchés. Toute un école américaine a fondé, sur une bonne mastication, un système de prophylaxie et de cure qui a donné d'incontestables succès. Chacun sait, du reste, que beaucoup de troubles gastro-intestinaux et hépatiques, des migraines, des essoufflements, des palpitations, etc., cèdent à une mastication soigneuse et prolongée, laquelle suppose la création d'une habitude et souvent aussi l'intervention du dentiste. Une mastication insuffisante et, par conséquent, la tachyphagie rendent certains aliments indigérables et ceux-ci, stagnant plus ou moins, subissent des fermentatiens anormales qui nuisent au foie, ainsi que l'a montré M. R. Glénard, et se comportent en corps étrangers qui irritent le tractus. En second lieu, l'*espacement des repas*. Rien n'est mauvais comme les petits repas qui se succèdent à des intervalles trop rapprochés, attendu que les glandes digestives subissent, comme le cœur, les poumons, les reins, les muscles, la loi du rythme; l'estomac a besoin de repos et il ne doit rien recevoir avant d'avoir été vidé de son contenu antérieur. Chez les gastro-entérostomisés, un repas toutes les cinq à six heures est parfaitement suffisant, mais l'examen radioscopique fixera, d'après la rapidité d'évacuation, le temps qui doit séparer les prises d'aliments. Enfin, *restriction de la ration*. Quand les aliments sont bien mastiqués (et pourvu que les sécrétions digestives ne soient pas sensiblement altérées), ils sont digérés et absorbés presque en totalité et fournissent, par suite, un rendement nutritif bien supérieur à celui d'une masse d'aliments mal élaborés. Aussi voit-on des gastropathes, des entéritiques et des hépatiques s'améliorer et prendre du poids, quand ils mastiquent bien, avec une ration très inférieure à la normale. C'est une des raisons invoquées justement par M. G. Leven pour unifier le régime, jusqu'ici fort incohérent, des malades. Il convient, d'ailleurs, de ne pas distendre et fatiguer un estomac faible, ni imposer au foie insuffisant un surcroît de travail.

Toutefois si, sauf quelques exceptions, tous les aliments sont permis aux gastro-entérostomisés, ils demandent, néanmoins, certaines précautions dans leur préparation et leur présentation. Il va sans dire que les viandes seront légèrement grillées, ou rôties ou bouillies, débarrassées de la graisse et des tendons; pas trop d'aliments gras, ni de sauces grasses, ni de mayonnaise. Je touche ici à un point sensible. Actuellement, on prescrit, assez souvent, aux gastro-entérostomisés, des corps gras comme l'huile d'olives, à prendre immédiatement avant le repas, dans le but de modérer l'excitabilité de l'estomac, de lubrifier ses parois, peut-être même d'enrober le bol alimentaire et de faciliter son passage à travers l'anneau cicatriciel. Je me demande sur quoi est scientifiquement fondée cette pratique. Tout d'abord, je l'ai dit, chez les opérés qui ont, au préalable, subi une réduction de régime prolongé, la sécrétion chlorhydropepsique est réduite au minimum, comme le montre l'analyse du liquide de lavage de l'estomac; par défaut de chlorure dans le régime, l'acidité surtout est devenue très basse. Le choc opératoire ne modifie nullement cette situation, à moins que, consécutivement, on ait procédé à des injections d'eau salée. En second lieu, les personnes normales éprouvent, à la suite d'un repas chargé d'aliments gras (foie gras, sauce grasse, mayonnaise) des pesanteurs digestives qu'explique

l'examen aux rayons X, leur estomac se vidant alors beaucoup plus lentement qu'après un repas où les graisses ne sont pas en excès, ainsi que viennent de le démontrer à nouveau LOOCKWOOD et CHAMBERLIN : elles peuvent éprouver, en outre, de la diarrhée et un peu de congestion hépatique. Assurément, un petit morceau de beurre ou une cuillerée d'huile d'olive, pris au commencement du repas, ne saurait conduire à de tels inconvénients, encore qu'il puisse provoquer une régurgitation de bile dans l'estomac. Mais, de deux choses l'une : ou l'estomac contient encore une quantité appréciable de liquide ou de chyme (cas des repas trop fréquents et de la rétention prolongée), ou il est vide. Dans la première éventualité, le corps gras surnage et n'est pas plus lubrifiant que les petites quantités de graisses ingérées au cours ordinaire des repas; dans la seconde, il tapisse effectivement la paroi interne de l'estomac et inhibe à peu près complètement la sécrétion gastrique jusqu'au moment où il arrive dans l'intestin, ce qui demande un temps assez long. Ou est le bénéfice ? D'ailleurs, que se passe-t-il chez l'hypersthénique qui mange des graisses ? Ceci : que la digestion gastrique est complètement arrêtée et provoque, chez le patient, des douleurs vives et parfois des vomissements. Le seul effet avantageux de l'administration de corps gras à jeun est de combattre la constipation, car, s'ils provoquent la sécrétion biliaire, ils inhibent plutôt les sécrétions duodénale et pancréatique. La conclusion de cette discussion est que l'usage des corps gras avant le repas est plutôt funeste qu'utile; il n'a aucune base physiologique et, si on le recommande, c'est, semble-t-il, avec l'idée que l'huile, en diminuant l'acidité gastrique, pourtant faible d'ordinaire chez beaucoup de gastro-entérostomisés, empêchera la production possible de l'ulcère jéjunal, ce que rien ne démontre positivement.

Revenons à notre sujet. Les aliments gélatineux (certains abats), qui épargnent l'albumine, s'attestent excellents, mais il convient qu'ils soient parfaitement cuits. Les poissons blancs (surveiller les arêtes) doivent être cuits au court-bouillon et assaisonnés sur l'assiette d'un peu de beurre frais et de citron. De même sont excellents les légumes en purées, et la pomme de terre mangée en robe de chambre. Cervelles, rognons, pâtes, œufs, laitages, fromages frais, confitures, etc. sont autorisés, ainsi que les fruits en marmelades et passés et les fruits frais et mûrs. Mais s'abstenir de fraises, groseilles, framboises, figues et tomates non passées, à cause des akènes et des pépins; les raisins sont très recommandables pourvu que l'on rejette soigneusement la peau et les pépins ; de même les oranges et les mandarines, dont il faut se contenter de sucer la pulpe. Quelques aliments méritent une mention particulière. Il importe pour des raisons citées ci-dessus de ne pas abuser du lait, à l'encontre de l'opinion allemande, ou de ne le boire que lentement et à la paille pour éviter la prise en masse dans l'estomac : le lait, d'ailleurs, est un sédatif du foie, lequel a souvent besoin d'être un peu excité. C'est dans ce but qu'on prescrit les viandes rouges et certains abats (rognons). Je n'irai pas jusqu'à recommander le foie gras, qui est un organe malade et dégénéré, mais le foie de veau et le foie des volailles rôties ou bouillies sont bien tolérés. S'il importe d'ordinaire de repousser les crustacés et les coquillages, la question des huîtres reste débattue. A. GAUTIER et d'autres auteurs affirment qu'elles sont très assimilables. Je ne suis pas entièrement de cet avis, parce que, aux rayons X, un estomac gorgé d'huîtres se vide lentement ; d'ailleurs, on a généralement le grand tort de ne pas mâcher suffisamment l'huître laquelle, au surplus, est parfois contaminée.

On ne saurait fixer la ration, attendu qu'elle varie notablement avec les individus et que, en outre, elle a besoin d'être augmentée à mesure que la guérison complète s'affirme. En tout cas, et sous la garantie d'une bonne mastication, cette ration doit demeurer inférieure aux rations habituellement prescrites et qui, presque toujours, dépassent les besoins réels; 100 grammes de viande ou de poisson ou d'abats, à consommer de préférence à midi, deux œufs, 80 à 100 grammes de pain rassis, etc., constituent, avec les légumes et les fruits, un noyau d'alimentation très convenable.

En ce qui concerne les boissons, on peut être très libéral, eau ordinaire ou légèrement gazeuse, eau coupée de vin, tisanes, etc. Pas de vin pur trop généreux, ni de liqueurs, mais une petite quantité d'alcool sous forme de vin coupé paraît indispensable, parce qu'elle favorise — les nouvelles recherches de FREHSE viennent encore de le démontrer — les sécrétions gastriques. Boire peu pendant le repas, 200 centimètres cubes au plus, mais une tasse de tisane ou un verre d'eau, deux à trois heures plus tard, pour faciliter l'évacuation.

En somme, tout cela est connu. Pas de régime exclusif chez le gastro-entérostomisé, beaucoup de liberté dans le choix des aliments, afin de maintenir l'appétit et les sécrétions psychiques, mais, des précautions indispensables : mastication parfaite, espacement des repas, réduction de la ration, préparation des mets bien surveillée, conditions logiques pour assurer le rétablissement définitif des fonctions digestives et une bonne nutrition.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1923)

Entérite rétractile. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation adressée par M. Duverger. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans qui était atteint d'une ascite tuberculeuse. M. Duverger pratiqua la laparotomie, trouva sur le péritoine des granulations tuberculeuses et constata l'existence d'une entérite rétractile avec de nombreux petits kystes sur le mésentère qui n'étaient pas de nature tuberculeuse. Toutefois ce fait vient à l'appui de l'opinion soutenue par M. Mauclaire que l'on trouve presque toujours la tuberculose comme cause de l'entérite rétractile.

De l'origine congénitale de l'hydronéphrose intermittente. — M. Pierre BAZY rappelle des communications de MM. Grégoire et Duval dans lesquelles ces chirurgiens soutenaient que l'hydronéphrose intermittente n'était pas tant, comme on le croit, la conséquence d'un rein mobile, mais bien plutôt d'origine congénitale. M. Bazy a toujours soutenu cette opinion. Selon lui, il faut rayer le rein mobile comme cause, par suite de la coudure de l'uretère, de l'hydronéphrose intermittente. Toutefois, d'après certaines explications données sur le tableau par M. Bazy, il semblerait admettre que, dans certains cas, le déplacement d'une artère anormale pourrait favoriser l'hydronéphrose intermittente.

Traitement chirurgical des ulcères perforés de l'estomac. — M. KUMMER (de Genève) apporte au débat pendant

25 cas d'ulcères perforés de l'estomac opérés dans son service. Sur ces 25 cas, il y eut 7 décès, soit par péritonite, une fois par hémorragie, une autre fois par broncho-pneumonie, mais le plus souvent par une intervention trop tardive. Ces faits confirment donc cette opinion déjà bien souvent soutenue que les chances de succès croissent avec la précocité du diagnostic et de l'intervention.

M. Kummer insiste sur les suites éloignées de l'opération et sur l'importance de l'examen du suc gastrique aussi bien que de l'examen radioscopique.

Dans 2 cas, M. Kummer a été obligé de réintervenir, soit pour une récidive d'ulcère, soit pour sténose pylorique.

Les procédés de choix, selon lui, sont l'enfouissement ou l'excision, avec ou sans gastro-entérostomie complémentaire. Il a pratiqué cette dernière 15 fois sur les 25 cas. Au point de vue de la nécessité de la gastro-entérostomie, la question reste à l'étude. En principe, M. Kumer, d'accord en cela avec M. Gosset, pense que le mieux, dans les cas graves, est de réduire au minimum le trauma opératoire.

M. Delbet apporte 8 nouveaux cas, dont 7 ont été opérés par M. Girode et un par lui-même. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un ulcère duodénal qu'il a opéré quarante-huit heures après la perforation, suture en deux plans sans gastro-entérostomie, guérison. Sur les 6 cas opérés par M. Girode, il y eut 3 guérisons et 4 morts. Cette mortalité est due à ce que M. Girode a eu affaire à des cas très graves, dont plusieurs ont été opérés *in extremis*, d'autres trop tard, après trente-six heures, après soixante heures. Les conclusions à tirer de ces faits sont toujours les mêmes : précocité de l'intervention et réduction de celle-ci au minimum.

M. Basset présente un malade opéré il y a un an d'un ulcère perforé par suture après avivement. Résultat parfait. M. Basset insiste sur l'utilité du drainage sus-pubien.

Névrotomie rétro-gassérienne. — M. de Martel fait un rapport sur une observation de névrotomie rétro-gassérienne pratiquée par M. Wilette en deux temps. M. de Martel préfère pratiquer cette opération en un seul temps.

M. Robineau partage l'opinion de M. de Martel.

Cholécystectomie rétrograde. — M. Hartmann revient sur cette question. Il rappelle les observations qu'il a communiquées en décembre dernier, le danger que, selon lui, peut présenter la cholécystectomie rétrograde proposée depuis 1911 par M. Gosset qui, malgré plusieurs observations présentées par divers auteurs et dans lesquelles le même accident, blessure de la voie principale, s'est reproduit, n'en a pas moins continué à vanter cette opération. Il est vrai que M. Gosset a bien insisté sur les précautions à prendre pour isoler les éléments du carrefour biliaire.

Orchite d'origine hydatique chez les enfants. — M. Mouchet rappelle la fréquence des lésions testiculaires chez l'enfant, déjà signalée par MM. Kirmisson et Ombrédanne. Il apporte de nouveaux faits, celui par exemple d'un enfant de quatorze ans qui présenta un gonflement de la bourse droite, sans liquide dans la vaginale. M. Mouchet avait pensé à une torsion du cordon, à marche lente. Il incisa la vaginale ; elle ne contenait pas de liquide, ses parois étaient épaissies, il y avait des hydatides de Morgagni.

L'écrasement sur les tranches intestinales — M. Okinczyc montre des pièces sur lesquelles on peut constater que sur les segments écrasés il n'existe aucune trace d'inflammation. La suture est nette. La muqueuse a disparu, mais la musculeuse persiste.

NOTE DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, V à X gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile Sergent, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité ; L. Ribadeau-Dumas, médecin de la Maternité ; L. Babonneix, médecin de la Charité *Tome XXV* : **Pédiatrie** (1) [2e vol. en 2 fascic.], par professeur Weill, Péhu, Gardère, Bertoye, Dufourt, professeur Nobécourt, Merklen, Rivet, Harvier, Ribadeau-Dumas, Meyer, Babonneix, R. Voisin, Tinel, Lance, Lamy, Terrien.

Les directeurs de cette collection ont jugé indispensable d'ajouter aux volumes déjà parus deux livres traitant tout spécialement les maladies de l'enfance. On pourrait être surpris que la *Pédiatrie* soit réduite à deux tomes d'un format ordinaire. En réalité, on ne trouvera ici que des notions ayant trait strictement à l'enfance, les questions de pathologie générale, les affections qui n'ont dans le premier âge aucun caractère particulier sont traitées ailleurs. Ce que l'on trouvera dans ces livres ce sont les notions concernant exclusivement l'enfance. D'ailleurs, le programme n'a pas été réduit à la médecine pure, une large part du volume est consacrée à la chirurgie. On comprend mal, en effet, que le médecin réduise sa pratique aux faits médicaux et ne se soucie pas des ressources que lui offre la chirurgie dans le traitement des maladies de l'enfance et plus spécialement de l'orthopédie.

Ce tome II complète l'exposé des maladies de l'enfance dont l'introduction est faite par M. le professeur Marfan dans le premier volume. Il comporte un exposé général des infections de l'enfance que présentent M. le professeur Weill et M. Péhu, puis un exposé détaillé des infections qui revêtent dans le premier âge des caractères particuliers, telles que par exemple la diphtérie, la dysenterie, la fièvre typhoïde, etc. Une très large description est faite des maladies des nouveau-nés et des nourrissons. Les collaborateurs, tous médecins d'enfants, ont traité les maladies des reins, du foie, de la peau, du thymus, du sang et des organes hématopoïétiques. MM. Merklen, Rivet, Harvier ont apporté un soin consciencieux à des articles nécessairement brefs, mais très clairs et uniquement pratiques. MM. Babonneix, Tinel et Voisin, à la fois neurologistes et médecins d'enfants, ont décrit les affections nerveuses propres à l'enfance, les convulsions, les encéphalopathies infantiles, les chorées, la paralysie infantile. Ce sont des chapitres excellents où on reconnaîtra la maîtrise de ces auteurs. MM. Lance et Lamy se sont chargés de l'orthopédie, conçue au sens le plus large. Dans cette partie, on trouvera simplement écrit tout ce qui est nécessaire pour bien soigner une scoliose, un mal de Pott, une coxalgie, une difformité et éviter à l'enfant, par négligence, une infirmité dont il pourrait se ressentir toute sa vie.

Enfin, M. Terrien a écrit un très bon chapitre de thérapeutique des maladies de l'enfant avec les médicaments usuels et leur posologie. Ce livre a été traité dans un esprit nouveau, il met en relief tout ce qui est particulier aux maladies de l'enfance, il écarte la théorie et les considérations inutiles de pathologie générale. Il rendra un grand et réel service à ceux qui, par les devoirs de leur profession, approchent l'enfant et tiennent à le guérir.

Précis de pathologie médicale (2), par M. Journé.

L'auteur a écrit un *Précis* spécialement destiné aux étudiants ; il l'a voulu clair, méthodique, contenant les données essentielles, au courant des dernières acquisitions de la science et des conceptions nouvelles.

L. G.

(1) In-8 de 425 figures avec 2 planches couleurs. — Prix : 60 francs. — Paris 1923, A. Maloine et fils.

(2) Un volume de 1200 pages environ. Prix, cartonné : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES

Dans un grand nombre d'affections subaiguës ou chroniques du poumon, on peut voir une portion plus ou moins étendue du tissu pulmonaire devenir le siège de ramollissement; l'évacuation des masses caséeuses ainsi formées amène la production dans le poumon de cavités, uniques ou multiples, plus ou moins étendues. Ce sont les *cavernes pulmonaires.* L'étude de ces cavernes pulmonaires est particulièrement intéressante, car il importe d'en faire le diagnostic précoce en s'appuyant sur l'examen clinique et radiologique. On ne confondra pas une caverne vraie avec les *fausses cavernes* liées à une affection pleurale ou pulmonaire. Et, d'autre part, si les cavernes sont liées, pour l'immense majorité des cas, à l'évolution de la tuberculose pulmonaire, il faut savoir aussi reconnaître d'autres causes nombreuses qui peuvent les produire : gangrène pulmonaire, abcès infectieux, syphilis, apoplexie pulmonaire, cancer du poumon. Les examens des crachats peuvent, dans ces cas, contribuer à poser la nature exacte de l'affection.

On ne confondra pas avec une caverne pulmonaire un kyste hydatique du poumon qui s'est ouvert dans les bronches. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une caverne pulmonaire, puisque la cavité ainsi produite n'est pas constituée aux dépens du parenchyme pulmonaire, mais plutôt par la poche kystique.

ÉTUDE CLINIQUE. — Nous prendrons comme type de description les cavernes tuberculeuses. L'examen du malade, l'étude des signes physiques (dits signes cavitaires) révèlent les graves délabrements pulmonaires et font faire le diagnostic de caverne. Les signes fonctionnels et généraux s'aggravent très vite et permettent de reconnaître et de préciser la nature des lésions observées.

Les cavernes tuberculeuses peuvent se développer plus ou moins rapidement. Tantôt c'est par hasard, au cours d'un examen complet d'un malade, qu'on découvre au niveau d'un poumon l'existence d'une caverne qui était restée latente jusque-là. Tantôt les signes d'excavation se produisent lentement au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire classique, en plusieurs mois. Mais il est à noter que, bien souvent, on ne peut porter le diagnostic clinique de caverne pulmonaire que lorsque l'excavation pulmonaire a atteint des dimensions suffisantes ou qu'elle est devenue suffisamment superficielle.

1° Signes physiques. — Les signes physiques de caverne tuberculeuse sont rarement isolés; ils sont accompagnés de bruits adventices et autres signes physiques en rapport avec la conglomération tuberculeuse, les rétractions fibreuses du poumon, la symphyse pleurale. Le malade peut conserver un bon état général; mais le plus souvent il apparaît amaigri, les tempes creuses, le teint terreux, l'aspect cachectique, l'haleine fétide, fiévreux, couvert de transpirations, les doigts déformés.

a. A l'*inspection*, on constate une dépression due à la rétraction de néo-membranes pleurales, à l'atrophie musculaire; cette dépression siège au niveau de la caverne pulmonaire. On examinera attentivement les fosses sus-épineuses, sus et sous-claviculaires. C'est surtout chez les malades atteints de tuberculose caverneuse du sommet qu'on peut constater la *dépression sous-claviculaire unilatérale*. Les muscles trapèzes, grands et petits pectoraux, sont fortement atrophiés et la percussion révèle à leur niveau du myœdème. Enfin, on peut noter l'*immobilité* des côtes supérieures pendant les mouvements respiratoires.

b. Palpation. — On note l'*augmentation des vibrations vocales* par suite de la condensation du parenchyme pulmonaire, de la sclérose qui entoure la caverne, de l'épaississement de la plèvre. Il est exceptionnel (et seulement dans le cas d'une grande caverne à parois amincies) que l'on constate la diminution ou même l'abolition des vibrations comme au cours du pneumothorax.

c. Percussion. — Les renseignements fournis par la palpation peuvent être variables. En général, une caverne pulmonaire du sommet donne de la *matité*; c'est le cas le plus habituel à cause de l'induration péricaverneuse.

Dans certains cas, on constate de la sonorité au centre et de la matité à la périphérie.

D'autres fois, la percussion donne un *son tympanique* : une caverne très spacieuse, superficielle, peut donner un son tympanique dont la tonalité peut varier dans certaines conditions :

— Ce son peut disparaître et réapparaître dans le courant d'une journée et d'un examen à l'autre, suivant que la caverne se trouve vide ou remplie de sécrétions purulentes.

— Ce son s'élève quand la bouche du malade reste ouverte et s'abaisse quand la bouche reste fermée (signe de Wintrich).

— La tonalité de ce son peut varier suivant l'attitude du malade (signe de Gérardt); le son devient plus grave dans la position assise que couchée. Cette variation de tonalité dépend de ce que la portion de caverne remplie d'air change de forme suivant le déplacement du liquide dont le niveau reste horizontal, quelle que soit la position du malade. La recherche de ces variations de tonalité n'aurait aucune valeur réelle pour le diagnostic d'après Barth et Roger; mais, d'après Marfan, elles serviraient cependant à apprécier la forme et les dimensions de l'excavation.

Le *son amphorique* peut être constaté chez les malades atteints d'une caverne spacieuse, à parois lisses et résistantes, à orifice étroit.

Parfois le son peut même prendre une consonnance métallique, semblable à celui que donne le pneumothorax; c'est le bruit analogue à celui que donne la succussion d'une cruche vide.

Enfin, dans certains cas, on peut constater le *bruit de pot fêlé*, il est peu sonore, bref, à tonalité élevée. Pour le rechercher (Laënnec), il faut que le malade soit couché, la bouche ouverte, et que le choc de percussion soit fort, brusque, unique. Il est dû à la vibration d'une colonne d'air s'échappant brusquement par un orifice étroit. Pour que le bruit de pot fêlé soit net, il faut que la caverne soit grande, superficielle, pleine d'air, et communiquant avec les bronches par un orifice étroit.

d. Auscultation. — Au niveau de la caverne pulmonaire, le murmure vésiculaire est supprimé. On entend, à sa place, un SOUFFLE CAVERNEUX. C'est un souffle à timbre creux analogue à celui que l'on produit en inspirant et en expirant fortement dans les deux mains disposées en cavité au devant de la bouche (Barth et Roger). Il est plus intense à l'inspiration, mais il peut manquer si la caverne est pleine de liquide ou si la bronche, qui y aboutit, est obturée momentanément par des crachats ou du pus. C'est dans ce cas de silence respiratoire que Marfan, Faisans ont pu décrire les *cavernes muettes*. Le souffle caverneux n'est autre que le retentissement du bruit laryngo-trachéal altéré par son passage dans une cavité pulmonaire à ouverture étroite et à parois lisses et vibrantes.

Dans quelques cas le souffle devient *amphorique* : l'excavation pulmonaire est très grande, à peu près vide, communiquant largement avec les bronches. Le bruit est retentissant, à timbre métallique.

Le souffle caverneux est en général accompagné de *râles caverneux*. Si le malade respire fort, s'il tousse, on perçoit des bulles très grosses, humides, inégales, nombreuses, réalisant même du *gargouillement*. Il résulte du conflit de l'air entrant dans la caverne et barbotant dans les liquides qu'elle contient. Aussi, après une expectoration abondante, quand le malade a vidé sa caverne, le gargouillement peut-il disparaître.

Parfois le râle prend les caractères du *tintement métallique*, coïncidant avec le souffle amphorique, et rappelant ce que l'on entend au cours du pneumothorax. Ces bruits métalliques indiquent une caverne très vaste, ayant un diamètre d'au moins 6 centimètres, d'une forme régulière, avec des parois lisses, sèches, située superficiellement et ayant un orifice étroit.

Le *râle postexpiratoire de Boas*, que l'on entend parfois, est une série de râles séparés par une pause silencieuse des râles expiratoires proprement dits. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 17 avril. — MM. Bergeret, 22; Gatellier, 23; Charrier, 25; Brocq, 28.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Cathala, Tissier, Macé, Potocki, Devraigne, Gaudy, qui acceptent; Michaux, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rochon-Duvigneaud, Dupuy-Dutemps, Magitot, Cantonnet, Morax, qui acceptent; Pierre Marie, Lequeux, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Ont été désignés pour faire partie des jurys :

1° *Médecine.* — Titulaires : MM. Sergent, Vaquez, Claude, Nobécourt, Carnot, Roques, Morel, Ardin-Delteil, Le Dantec, Carrière, Vires.

Suppléants : MM. Guillain, Villaret, Ribierre, Gougerot, Léri, Leray, Creyx, Cade, Sorel, Gaussel, Leclercq.

2° *Chirurgie.* — Titulaires : MM. Hartmann, Cunéo, Delbet, J.-L. Faure, Vanverts, Bérard, Forgues, Mériel, Chavannaz.

Suppléants : MM. Chevassu, Mocquot, Schwartz, Alglave, Papin, Etienne, Leriche, Gérard (Maurice), Gorse.

3° *Anatomie et histologie.* — Titulaires : MM. Cunéo, Nicolas, Prenant, Latarget, Gérard (G.), Argaud, Policard.

Suppléants : MM. Grégoire, Rouvière, Retterer, Champy, Branca, Mulon.

4° *Physiologie.* — Titulaires : MM. Roger, Richet, Pachon, Dubois, Meyer.

Suppléants : MM. Camus, Garnier, Mathieu, Sarvonat, Delaunay.

5° *Physique et chimie.* — Titulaires : MM. Broca (André), Desgrez, Richaud, Chelle, Aloy, Dufour, Dubois.

Suppléants : MM. Labbé (Henri), Strohl, Tiffeneau, Florence (Toulouse), Polonowski, Nogier, Mathieu.

6° *Hygiène et parasitologie.* — Titulaires : MM. Bernard, Bezançon, Brumpt, Arloing, Macé, Granel, Lisbonne.

Suppléants : MM. Debré, Joyeux, Philibert, Dupérié, Rochaix, Thévenot, Garin.

7° *Médecine légale.* — Titulaires : MM. Balthazard, Claude, Verger, Parisot (P.), Raviart.

Suppléants : MM. Duvoir, Laignel-Lavastine, Gaussel, Lande, Perrin.

8° *Anatomie pathologique.* — Titulaires : MM. Bezançon, Letulle, Paviot, Hoche, Sabrazès.

Suppléants : MM. Philibert, Roussy, Savy, Muratet, Pelissier.

9° *Obstétrique.* — Titulaires : MM. Jeannin, Brindeau, Schikelé, Rouvier, Commandeur.

Suppléants : MM. Lequeux, Lévy-Solal, Faugère, Delmas, Job.

10° *Ophtalmologie.* — Titulaires : MM. Broca (André), de Lapersonne, Gérard (G.), Duverger, Rollet.

Suppléants : MM. Strohl, Terrien, Teuillères, Thévenot, Jeandelize.

11° *Pharmacologie.* — Titulaires : MM. Desgrez, Richaud Bardier, Derrien, Dubois.

Suppléants : MM. Tiffeneau, Blanchetière, Maurillac, Robert, Delaunay.

12° *Médecine mentale.* — Titulaires : MM. Claude, P. Marie, Cestan, Abadie, Euzière.

Suppléants : MM. Laignel-Lavastine, Gougerot, Lereboullet, Perrens, Froment.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MADRID A PARIS. — A la fin de ce mois, la Faculté de médecine de Paris recevra quinze professeurs de la Faculté de Madrid qui, sous la conduite de leur doyen, l'éminent gynécologue docteur Recasens, viennent rendre la visite que leur ont faite l'an dernier les médecins français.

TUNIS. — M. le docteur Brun vient d'être nommé directeur de l'hôpital Sadiki.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE INFANTILE. — M. le docteur P.-F. Armand-Delille fera, du lundi 7 mai au samedi 19 mai, dans son service d'enfants tuberculeux de l'hôpital Debrousse, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose de l'enfant et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique.

Leçon chaque matin, à 10 heures, à l'hospice Debrousse, suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire.

Nombre d'élèves limité.

Prix de l'inscription : 60 francs.

S'inscrire au laboratoire du service des enfants tuberculeux, hôpital Debrousse, 148, rue de Bagnolet.

COURS LIBRE DE PATHOLOGIE. — M. le docteur André Bergé, médecin de l'hôpital Broussais, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté, commencera, à partir du mercredi 25 avril 1923, à 16 heures, au petit amphithéâtre, un cours sur les « Cardiopathies rhumatismales et leur traitement », et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE PASTEUR A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Toutes les sociétés savantes rendent hommage à Pasteur. Il appartenait à la Société de chirurgie, plus qu'à tout autre, de remplir ce devoir.

M. MAUCLAIRE, son président actuel, s'est acquitté de cette tâche en forts bons termes. Il a rappelé que, dès 1767, dans un concours, trois candidats ont eu à traiter la question des antiseptiques, c'est-à-dire des remèdes propres à « arrêter la pourriture ». Quels étaient ces antiseptiques? Certains sels métalliques, le camphre, l'alcool, le vin, le vinaigre et bien d'autres substances. L'idée de l'antisepsie est donc bien ancienne ainsi que celle de la putréfaction. Ce mot, ainsi que ceux de fièvre putride, de ferments putrides, de miasmes, existaient déjà au XVIIIe siècle, mais les causes de ces états putrides restaient inconnues. Celui qui a levé le voile nous cachant la vérité, ce fut Pasteur.

M. Mauclaire nous retrace la vie de ce savant génial qui, dès son passage au collège d'Arbois, se montrait déjà un travailleur assidu, patient, méthodique et plein de promesses pour l'avenir, si bien qu'un de ses maîtres pronostiqua qu'il irait loin. Ce maître ne se doutait pas jusqu'à quel point son pronostic se réaliserait.

M. Mauclaire passe alors en revue les travaux de Pasteur : l'étude des ferments, des germes de l'air, les preuves qu'il n'existe pas de génération spontanée, la théorie des germes, la maladie des vers à soie, le choléra des poules, le charbon, la découverte de la mort des germes par la chaleur, d'où l'application de l'autoclave d'abord dans les laboratoires, plus tard dans les services de chirurgie, la rage et son traitement, enfin la naissance de la chirurgie nouvelle.

Pasteur a prédit cette naissance alors que, venant d'être élu membre libre de l'Académie de médecine, avec une voix de majorité, il disait : « Si j'étais chirurgien je n'emploierais que des instruments très propres, je me laverais les mains avec des antiseptiques et je les passerais rapidement dans la flamme, je laverais la peau des malades comme mes mains. » Ce fut là l'aurore de l'asepsie chirurgicale.

Pasteur venait de découvrir le germe (car le mot de microbe n'existait pas encore) de la fièvre puerpérale. Hervieux, alors accoucheur de la Maternité, restait sceptique et se disait bien convaincu qu'il mourrait sans connaître ce fameux germe. Pasteur lui répondit en dessinant sur le tableau le streptocoque.

M. Mauclaire ne manque pas de rappeler l'opposition qui s'éleva, à l'Académie, contre Pasteur qui, pour elle, n'était qu'un chimiste. Il rappelle ensuite Lister et son pansement, la campagne que fit, à Paris, Lucas-Championnière, le véritable apôtre de l'antisepsie, à laquelle, d'ailleurs, il est resté toujours fidèle, n'acceptant pas l'asepsie. Lucas-Championnière finit par convaincre les jeunes chirurgiens qui, tous, adoptèrent la méthode de Lister, sauf Després, qui y resta opposé toute sa vie, considérant le pus comme « le meilleur topique des plaies ».

Suit alors l'histoire de la révolution pastorienne et, comme l'a dit M. Delbet, dans une autre enceinte : « Pasteur a doté la chirurgie du don le plus précieux en lui procurant la sécurité opératoire. »

M. Mauclaire nous fait un clair résumé de l'œuvre impérissable de Pasteur, œuvre qui se continue après lui et nous apporte encore de nouveaux progrès réalisés par ses élèves.

« C'est, dit en terminant M. Mauclaire, un beau présage pour l'avenir. »

MM. Roux, L. Martin et Vallery-Radot assistaient à cette séance et ils ont pu se rendre compte, par les applaudissements répétés qui ont accueilli le discours de son président, que la Société nationale de chirurgie savait se montrer reconnaissante envers Pasteur.

A. BROCHIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU SCANDALE DES " CARNETS DE MUTILÉS " DE MARSEILLE

Le Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France, réuni à Paris, le 15 avril 1923,

Après avoir entendu l'exposé, par le président du Syndicat des médecins de Marseille, de l'affaire dite des « Carnets de mutilés »,

Félicite le Syndicat médical de Marseille, son Conseil d'administration, et, en particulier, son président, de leur attitude, de leur activité et de leur souci de la dignité professionnelle.

Les faits qui sont actuellement portés à la connaissance du public ont été, en effet, dénoncés à plusieurs reprises depuis 1920, tant par le Syndicat médical de Marseille que par l'Union des syndicats médicaux de France, au ministre des Pensions, au moment où les syndicats médicaux luttaient pour obtenir un contrôle par les intéressés (mutilés, pharmaciens et médecins), en remplacement du contrôle organisé par l'administration.

Le Conseil de l'Union des syndicats médicaux de France est convaincu que le nouveau régime de contrôle technique qu'il a obtenu par la modification de l'article 64 de la loi des pensions, contrôle technique auquel étaient hostiles la plupart des inculpés d'aujourd'hui et qui doit être appliqué depuis le 1er janvier 1923 ne permettra plus les abus antérieurs dont s'est plaint, à juste titre, le Corps médical dans l'intérêt même des mutilés.

Le Conseil de l'Union des syndicats médicaux de France approuve unanimement l'énergique intervention judiciaire nécessitée par les abus anciens ayant échappé au contrôle administratif.

L'Union soutiendra, partout où il sera nécessaire, l'action d'assainissement poursuivie localement par les syndicats médicaux.


MARQUE DÉPOSÉE

REVUE GÉNÉRALE

L'HÉPATO-PANCRÉAS

SUR LES INTERRACTIONS ET LES SYNERGIES FONCTIONNELLES DU FOIE ET DU PANCRÉAS

CONSIDÉRÉS COMME UN SEUL ET MÊME « ORGANE PHYSIOLOGIQUE » (1)

Par MM. JEAN TURRIÈS et MARC MASSOT,
Internes des hôpitaux de Marseille.

La notion des rapports du foie et du pancréas n'est pas chose nouvelle ; elle s'est imposée aux physiologistes et aux médecins depuis que l'on connaît à peu près les diverses étapes des dégradations digestives et du métabolisme hydrocarboné. C'est ainsi que Dastre et Ch. Richet dans le *Dictionnaire de physiologie* y insistent ; Peaudeleu, dans sa thèse (Montpellier, 1904), présente un chapitre dans lequel il étudie rapidement ces rapports ; *Laguesse les a puissamment mis en relief.* Tout récemment, Roger, dans la « Physiologie normale et pathologique du foie » et Oddo, dans une étude sur les sympathèses (*Gaz. des hôpit.*, n° 7, 1923), rappelaient de nouveau l'importance des synergies hépato-pancréatiques.

Nous avons été frappés, à notre tour, par l'étroitesse de ces rapports et de là est née l'étude présente. Cette étude, EN SOI, n'est autre chose qu'une revue d'ensemble de ces relations ; EN THÉORIE, elle tend à les dépasser.

Après avoir vu, en effet, la physiologie progressivement interrogée, nous répondre en nous faisant voir le foie et le pancréas, se compléter réciproquement dans leurs diverses fonctions et en quelque sorte *s'adapter* l'un à l'autre dans ces diverses fonctions comme deux morceaux d'un puzzle, après avoir vu l'embryologie nous déceler leur origine commune très probable, l'anatomie de l'adulte nous exposer l'importance de leur contiguïté, nous n'avons pas pu ne pas être impressionnés par ce fait qu'un coup d'œil jeté sur l'ensemble de l'échelle animale nous a montré, au cours de la série hiérarchiquement ascendante des êtres, un seul et même organe primitif, l'hépato-pancréas, se compliquer peu à peu chez les êtres inférieurs pour s'épanouir dans les organismes supérieurs en deux formations ANATOMIQUEMENT distinctes : le foie et le pancréas.

Nous nous sommes alors demandé si, chez les animaux supérieurs et l'homme, il ne conviendrait pas de dépasser le simple énoncé des rapports existant entre le foie et le pancréas pour rapprocher plus encore, plus intimement, ces deux formations. Autrement dit, ne serait-il pas satisfaisant de concevoir le foie et le pancréas des mammifères (pour nous borner à ceux-ci) comme ne constituant au double point de vue de la physiologie et de la philosophie qu'un seul et même organe que l'on pourrait appeler du nom significatif d'hépato-pancréas, nom que cet organe porte déjà dans la série animale où il réalise, en outre, cette même unité au point de vue anatomique ? Pratiquement, on pourra voir que cette conception n'est pas sans intérêt en pathologie.

C'est avec cette arrière-pensée que nous avons écrit les pages suivantes ; c'est avec elle que nous prions le lecteur de vouloir bien les parcourir, afin de saisir nettement le sens véritable que nous avons voulu y mettre.

Phylogénie (1). — Le foie, annexe de l'intestin moyen, au cours du développement phylogénique, subit des modifications qui en font un organe de plus en plus différencié.

Au stade le plus bas, on ne trouve chez les cœlentérés et les insectes qu'un groupe de cellules épithéliales revêtant une partie du tube digestif. Successivement, l'organe hépatique se présente sous la forme diverticulaire, puis polydiverticulaire : c'est le foie tubulé des invertébrés.

Enfin, on arrive (2) au stade le plus perfectionné, foie lobulé des vertébrés supérieurs, séparé complètement de l'intestin et seulement relié à lui par son conduit excréteur (Gegenbaur).

Reprenons maintenant cet exposé, en nous arrêtant sur quelques types, dans les différents embranchements de la série, considérés comme les plus démonstratifs :

I. **Cœlentérés.** — Dans la cavité élargie qui constitue l'estomac, se trouve soit un revêtement régulier, soit une série de saillies formées de cellules de nature épithéliale, pigmentées, de coloration jaune ou brune.

II. **Vers.** — Chez les annélides, il s'agit d' « appendices cæcaux », présentant le revêtement pigmentaire biliaire. C'est, dit Dastre, « un commencement de différenciation, les conduits hépatiques venant s'ouvrir dans l'intestin moyen ».

III. Chez les **arthropodes**, on commence à trouver un véritable foie ; les crustacés décapodes, par exemple, portent des tubes en touffes, et les lumières de ces tubes, s'ouvrant les uns dans les autres aboutissent à un canal commun latéral au pylore. Dans l'épithélium de ces tubes, on trouverait des cellules ferments (Weber) et des cellules hépatiques.

IV. **Mollusques.** — Prenant pour type les céphalopodes : « Le foie, écrit Dastre, est une masse glandulaire très apparente, compacte ou divisée en quelques lobes (2-4)... débouchant dans la première partie de l'intestin moyen par deux canaux excréteurs, témoins de la dualité primitive de l'organe. On a signalé une différence plus ou moins nette entre la structure de certains lobules qui débouchent directement dans les conduits excréteurs (lobules pancréatiques, pseudo-pancréas), et celle des lobules débouchant dans les parties plus profondes (revêtement hépatique, biliaire, foie). »

V. Enfin, chez les **vertébrés**, les deux glandes, foie et pancréas s'isolent progressivement, glandes annexes de l'intestin moyen, montrant toutefois,

---

(1) Nous tenons dès ici à offrir nos respectueux remerciements à M. le professeur Olmer qui s'est intéressé avec beaucoup de bienveillance à ce travail. Ses encouragements et ses conseils nous ont été très utiles.

(1) DASTRE. Article FOIE, in *Dictionnaire de physiologie* de Richet.

(2) Nous devons signaler ici que GÉRAUDEL (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1907), citant Shore, n'admet ni homologie, ni filiation du foie des vertébrés au tube des invertébrés. Cette interprétation, même si elle était vérifiée, nous paraît avoir plus de valeur anatomique que physiologique, comme nous le verrons plus loin.

depuis les vertébrés inférieurs jusqu'aux supérieurs, les types diverticulaire, tubulaire, lobulaire (1).

Quel est le rôle physiologique de ces organes dans la série des invertébrés? — Leur rôle digestif est indéniable et se perfectionne à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale, en même temps que s'y joignent des actions régulatrices et de réserve (graisse et glycogène chez les crustacés, substances calcaires, fer chez les mollusques). « Chez les crustacés et chez certains mollusques, l'hépato-pancréas sert aussi à l'absorption... La glande hépato-pancréatique remplit donc quatre ordres de fonctions : elle solubilise les aliments, elle les absorbe; elle accumule les matériaux de réserve et les substances toxiques; elle sert à l'élimination des substances excrémentielles (2). »

Etude embryologique et anatomique (3). — Très tôt apparaît dans le mésentère ventral une bosselure longitudinale, sur la paroi ventrale du tube digestif.

La partie antérieure de cette bosselure est destinée à former le tissu propre du foie et les canaux hépatiques, la partie postérieure, la vésicule et son canal.

Le point qui met cette évagination en communication avec l'intestin, se rétrécit progressivement jusqu'à former un véritable pédicule, origine du cholédoque.

Sur la face inférieure de ce pédicule naissent deux évaginations secondaires, droite et gauche, origine des deux bourgeons pancréatiques ventraux. (Ces deux bourgeons pourraient d'ailleurs quelquefois s'ouvrir directement dans l'intestin, sans emprunter la lumière du pédicule hépatique.)

En même temps, se forme sur la face dorsale du duodénum primitif, à l'opposé de l'ébauche hépatique primitive, une autre évagination : ébauche pancréatique dorsale.

Secondairement, les deux bourgeons ventraux pancréatiques se fusionnent par leur face adjacente, puis se dirigeant en arrière (par un mécanisme inconnu), la masse qui en résulte vient se souder au bourgeon pancréatique dorsal. A ce moment, le bloc pancréatique tout entier est contenu dans le mésentère dorsal.

Le pédicule de l'ébauche pancréatique dorsale s'atrophie et persiste sous forme de canal de Santorini.

Le pédicule des deux ébauches ventrales, au contraire, prend une importance primordiale et devient le canal pancréatique excréteur de Wirsung.

Parallèlement, s'est développée la glande hépatique dans le mésentère antérieur, et son canal excréteur dérive du pédicule hépatique primitif. En se développant, le diverticule entodermique s'enfonce dans la masse mésodermique (bourrelet hépatique de Kölliker, lequel serait l'ébauche vasculo-conjonctive du foie).

Plus récemment, Géraudel (1) a repris l'embryologie du foie chez les vertébrés et l'interprète d'une façon différente : Après une série d'objections faites à la conception classique que nous venons de citer, il pose le principe suivant : le foie est une fausse unité morphologique, faite de la soudure secondaire de deux unités embryologiques donnant l'une les voies biliaires, l'autre le parenchyme hépatique. L'organe biliaire dérive du tube intestinal, il est entodermique, c'est une annexe de l'intestin moyen; ceci n'est pas discuté. L'organe hépatique proprement dit se développe aux dépens du bourrelet hépatique de Kölliker, masse mésodermique qui ne serait pas « une enveloppe hépatique, mais une matrice hépatique (2) ».

Sans insister davantage — cette conception de l'origine mixte s'appliquant à toutes les glandes — disons qu'il en serait de même pour le pancréas, dérivant à la fois d'un diverticule intestinal quant aux canaux et d'un bourrelet mésodermique (d'ailleurs difficile à situer), quant au tissu pancréatique.

La communauté embryologique du foie et du pancréas serait donc la suivante :

Origine entodermique diverticulaire, au niveau de l'intestin moyen, de toute la partie canaliculaire.

Origine mésodermique du parenchyme glandulaire.

Mais il faut signaler, par contre, que Brachet (3), dans son récent ouvrage, maintient la théorie classique que nous avons citée la première. Il n'est pas le seul auteur dans ce cas (4).

Quoi qu'il en soit, et sans insister sur l'évolution ultérieure des deux organes, de leurs séreuses, ni sur la torsion de l'anse duodénale, nous envisagerons de suite quelques *conséquences anatomiques* du développement embryologique :

I. Le point d'abouchement des canaux excréteurs dans l'intestin : « Ces deux glandes envoient leurs canaux excréteurs, l'un au devant de l'autre, pour se juxtaposer et mélanger leurs produits dans l'ampoule vatérienne [Oddo (5)].

II. Leurs sphincters : Musculature décrite par Oddi sur le cholédoque, Nattan-Larrier, Hendrickson sur le canal de Wirsung; comprend des fibres circulaires propres à chacun des deux conduits, et une certaine quantité de fibres longitudinales communes (Halley).

Il est intéressant de signaler encore :

I. L'appareil veineux pancréatique : les veines issues du pancréas aboutissent soit indirectement, par la splénique et la petite mésentérique, soit indirectement au tronc veineux porte. Le foie reçoit donc la totalité du sang qui a traversé le pancréas, et les produits de sécrétion interne de celui-ci.

A ce propos, nous rappellerons une idée de

---

(1) Plus explicitement :

Le foie diverticulaire se retrouve chez l'amphioxus; chez les poissons, batraciens, reptiles et oiseaux, nous trouvons le foie tubulaire. A signaler, chez les ophidiens, l'existence d'une véritable glande interstitielle du foie. Entre les travées hépatiques on rencontre des amas de cellules à caractères glandulaires actifs non douteux. Ces amas cellulaires ont tout à fait l'aspect des îlots de Langerhaus du pancréas. (Renaut. In *XVe Réunion de l'Assoc. des anat. de langue franç.*, Lausanne, juillet-août 1913.)

Enfin, chez les mammifères et chez l'homme, l'embryogénie nous rappelle les divers stades hépatiques que l'on trouve dans la série animale, en même temps que la formation porto-biliaire acquiert une importance de plus en plus grande (Renaut) et que le pancréas s'individualise.

(2) G.-H. Roger. *Physiologie normale et pathologique du foie*, 1922.

(3) Testut. *Traité d'anatomie humaine*, 1912. — Poirier. *Traité d'anatomie.*

(1) Géraudel. *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1907.

(2) Cette opinion se retrouve actuellement dans un certain nombre d'ouvrages classiques. (Voir par exemple : J. Vignoli. *Manuel d'embryologie humaine*, 1923.)

(3) Brachet. *Traité d'embryologie des vertébrés*, 1921.

(4) Branca. *Précis d'histologie*; — *Précis d'embryologie*, 1922. — Tourneux. *Précis d'embryologie humaine*, 1921.

(5) C. Oddo. Sympathies et synergies morbides. Les sympathèses, *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 7, p. 101.

Sérégé touchant la distribution intrahépatique du sang porte. Pour cet auteur, le sang venu de la splénique et de la petite mésaraïque, et le sang venu par la voie de la grande mésaraïque ne se mélangent pas dans la traversée de la veine porte.

De même que l'on a essayé [d'ailleurs sans grand résultat (Gilbert, Villaret, Dévé)], de vérifier le retentissement des lésions primitives intestinales sur le territoire hépatique correspondant, on peut donc songer à retrouver le retentissement d'une altération du pancréas sur le lobe dont il serait tributaire.

II. L'innervation des deux glandes : elle est réalisée par les branches efférentes du plexus solaire. Ce plexus est formé par l'entrecroisement en tous sens, au-devant de l'aorte, dans la région cæliaque des branches efférentes des ganglions semi-lunaires, et comprend des ganglions de nombre et de grosseur variables.

Ainsi que les semi-lunaires, le plexus solaire est partie constitutive du sympathique thoraco-lombaire ou « sympathique vrai » de Guillaume; par le ganglion semi-lunaire droit il se relie au pneumogastrique droit (1).

Des rameaux efférents du plexus solaire, lesquels suivent le trajet des différentes artères de la région, nous ne citerons que ceux qui constituent le plexus hépatique (dont le plexus cystique est une dépendance), et d'autres constituant le plexus splénique, qui donne au pancréas.

Le plexus hépatique étend sa distribution aux tuniques des voies d'excrétion.

Étude physiologique de l'hépato-pancréas. — Nous venons de voir que l'anatomie comparée, l'embryologie et l'anatomie de l'adulte nous décèlent des rapports étroits entre ces deux organes : foie et pancréas. Nous venons de dire : ces deux organes. C'est là une expression *purement anatomique*. Car, à côté des relations ci-dessus étudiées, nous pensons que, *physiologiquement parlant*, le foie et le pancréas ne sont qu'un seul et même organe : ils constituent un « organe physiologique ». Cette union si stricte est réalisée par un double processus : processus d'interractions (2) glandulaires — processus de synergies fonctionnelles; autrement dit : processus d'influence *directe* du fonctionnement d'un de ces organes sur le fonctionnement de l'autre — processus d'action combinée, *parallèle*, de ces deux organes concourant à la réalisation d'un même but.

Etant admis, dès maintenant, que nous ne voyons les choses que du seul point de vue physiologique, en envisageant donc l'hépato-pancréas comme un seul et même organe physiologique, nous pouvons caractériser son rôle (un peu schématiquement) en en faisant le *pivot de la nutrition générale de l'organisme*. Il est illogique, et peu satisfaisant pour l'esprit, d'étudier successivement et séparément, comme des actes autonomes et sans relation, la digestion et la nutrition : cela se tient. La digestion est la première étape de la nutrition générale et fait partie intégrante de cette nutrition.

La nutrition, en effet, n'est autre chose qu'un ensemble de réactions chimiques de deux espèces, les unes destructives, simplificatrices, les autres synthétiques, constructives, assimilatrices; l'essence de la nutrition c'est l'assimilation, c'est-à-dire, cet acte sui generis qui rend la matière empruntée au milieu ambiant, les substances alimentaires, *semblables* à la matière vivante. Mais, cette assimilation, ainsi définie, ne peut exister qu'à la condition suivante : la fourniture au protoplasma de matériaux, tels qu'ils puissent être utilisés directement. C'est le propre de l'hépato-pancréas de fournir à l'organisme de tels matériaux (1).

Il y arrive par l'action qu'il exerce sur les trois ordres d'aliments : albuminoïdes, graisses, hydrocarbones. Nous allons étudier brièvement cette triple action, après avoir rappelé, en quelques mots, comment l'hépato-pancréas est mis en activité.

I. Mise en activité de l'hépato-pancréas. — Nous ne ferons que rappeler que la sécrétion biliaire et la sécrétion pancréatique externe sont, l'une comme l'autre, sous la dépendance de la production de la sécrétine et de la sapocrinine (expériences classiques de Bayliss et Starling : voir tous les traités de physiologie). Ce qui nous intéresse seulement ici, c'est de mettre en relief ce fait qu'*un même excitant* suffit à déclancher, *dans un même temps*, le processus sécrétoire biliaire et pancréatique (2).

II. Action de l'hépato-pancréas sur les albuminoïdes. — L'action de l'hépato-pancréas général des albuminoïdes se fait en deux étapes : 1° L'étape duodénale de démolition; 2° l'étape hépatique de « coction » pour reprendre le vieux terme de Galien.

A. ETAPE DUODÉNALE DE DÉMOLITION. — C'est par l'intermédiaire du suc pancréatique que l'appareil digestif exerce ses effets les plus puissants sur les protéiques, car non seulement ce suc transforme les albuminoïdes d'une manière plus intense et plus profonde que le suc gastrique, mais encore on sait que celui-ci n'est pas absolument indispensable (gastrectomies faites, soit chez l'animal, soit chez l'homme). Notre but n'est pas d'étudier ici le « comment » de cette digestion trypsique, nous ne ferons que rappeler que ce qui fait la caractéristique essentielle du travail trypsique, c'est la dégradation à fond de la molécule protéique aboutissant à la production de polypeptides et surtout d'acides aminés. La trypsine réalise ces dédoublements par hydrolyse (3).

Or, et c'est ce qui nous intéresse, la bile favorise, d'une façon fort nette, cette hydrolyse, non pas qu'elle active le suc pancréatique (déjà activé par entérokinase), mais en améliorant cette activité. Enfin, outre cet appoint non négligeable, apporté à l'action de la trypsine elle-même, la bile agit encore dans la digestion des protéiques : 1° En neutralisant le chyme stomacal acide; et 2° en coagulant ce chyme; ce précipité entraîne avec lui la

(1) « Physiologiquement, il (le plexus solaire) appartient en totalité au sympathique, et le vague ne fait que le traverser sans s'y interrompre. » (A.-C. GUILLAUME, in t. IX du *Traité de pathologie médicale* de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix.

(2) Ce mot d'interraction n'est ici qu'en partie exact.

(1) En d'autres termes, une molécule alimentaire donnée étant examinée avant son ingestion, est inapte telle qu'elle est à servir à l'assimilation; ses dérivés pris dans le sang sus-hépatique sont aptes à cette fonction. C'est l'hépato-pancréas qui a opéré (essentiellement) cette transformation.

(2) En réalité, l'écoulement de bile paraît continu, mais l'action de la sécrétine l'influence indiscutablement dans un sens de renforcement.

(3) Pour les détails sur cette dégradation, consulter : ARTHUS HUGOUNENQ. *Chimie physiologique*. — LAMBLING. *Biochimie*. — GRASSET. *Traité de physiopathologie clinique*.

pepsine qui, dans ce milieu encore acide, aurait pu nuire à la trypsine.

Nous voyons donc le foie et le pancréas collaborer pour attaquer la grosse molécule protéique. Ces matières albuminoïdes ainsi dégradées, ces acides aminés, pénètrent dans les veines mésaraïques et avant de se déverser dans la circulation générale, traversent le foie. Celui-ci, à son tour, va les transformer et c'est maintenant :

B. L'ÉTAPE DE « COCTION » HÉPATIQUE. — L'étude de l'action du foie sur les protéiques est une des questions les plus complexes de la physiologie. Il nous est impossible de l'exposer ici, même pour une vue d'ensemble. Ce qu'il nous importe de souligner, c'est d'ailleurs seulement ceci : 1° D'une part, la plus grande partie des acides aminés est transformée dans le foie en urée ; 2° d'autre part, la reconstruction au niveau du foie (1), *par synthèses et souvent par action réversible*, de protéiques nouveaux, n'étant plus hétérogènes par rapport à l'organisme et étant donc aptes à être assimilés par les tissus.

EN QUELQUES MOTS : L'action de l'hépato-pancréas sur les protéiques peut se résumer en disant que cet organe physiologique a pour tâche de rendre ces corps assimilables : à cet effet, il agit à la façon d'un propriétaire qui, voulant tirer profit d'une maison inhabitable, la ferait détruire et avec les matériaux de démolition en rebâtirait une nouvelle : la pioche du démolisseur, c'est l'étape duodénale ; la truelle du maçon, c'est l'étape hépatique. Les deux sont nécessaires et suffisantes pour une assimilation régulière.

III. Action de l'hépato-pancréas sur les graisses. — Nous aurons, ici encore, à étudier les deux étapes duodénale et hépatique.

A. ETAPE DUODÉNALE. — La lipase pancréatique exerce sur les graisses une double action : elle les émulsionne, c'est-à-dire, les divise en une infinité de petites goutelettes très fines; elle les saponifie, c'est-à-dire, les dédouble en acides gras libres et en glycérine. Or, la bile aide puissamment cette action de la lipase. En effet, le suc pancréatique ne serait « que médiocrement saponifiant (chez l'homme ou le chien), mais ce pouvoir est considérablement accru (*jusqu'à 10 fois*) par l'addition de bile [Lambling (2)] ». Pour expliquer ce renforcement de la lipase par la bile, on a invoqué deux hypothèses : soit que la bile active une prolipase, soit que la bile serve de co-diastase à la lipase déjà entrée en action. Enfin nous rappellerons combien l'action dissolvante de la bile (plus exactement des sels biliaires) sur les acides gras fait jouer à celle-ci un rôle important dans l'absorption des graisses.

Si nous voulons préciser davantage les rôles respectifs de la bile et de la lipase, nous nous trouverons en présence de deux opinions : pour les auteurs qui admettent l'absorption des graisses en nature après simple émulsion, bile et lipase n'interviendraient, l'une et l'autre, que pour assurer du mieux possible cette émulsion; pour les auteurs qui admettent l'absorption des graisses après saponification, la bile interviendrait à la fois en aidant à la saponification et en assurant la dissolution des acides gras.

Ainsi dégradées, ces substances se rendent au foie.

B. ETAPE HÉPATIQUE. — L'action du foie sur les graisses n'est pas entièrement élucidée. Ce que l'on en connaît, peut être ainsi très brièvement résumé :

1. Le foie exerce sur les graisses une action de fixation *(lipopexie)*, autrement dit d'arrêt, un peu analogue à son action glycopexique.

2. Le foie *arrête les savons formés* par l'union des acides gras avec les bases intestinales et qui sont fortement toxiques. Au niveau de la cellule hépatique, ces savons reconstituent des graisses neutres par union avec de la glycémie, laquelle provient probablement du glycose hépatique (Roger).

3. Le foie joue un rôle important dans la dégradation des graisses : *lipodiérèse*. Cette lipodiérèse paraît se faire par un processus spécial qui a pour effet de transformer les acides gras saturés, en acides gras non saturés ; ceux-ci s'oxydent beaucoup plus facilement que les premiers et, en outre, semblent contribuer à la formation des phosphatides hépatiques (lécithines) (Lambling, Roger).

EN RÉSUMÉ, l'action de l'hépato-pancréas sur les graisses paraît être, comme pour les protéiques, une action de dégradation et d'arrêt, suivie probablement de la formation, aux dépens des derniers dérivés des corps gras, de corps nouveaux aptes à être utilisés par l'organisme. Nous devons toutefois souligner ici une différence importante qui existe, à ce sujet, entre les protéiques et les graisses : c'est qu'une partie seulement des graisses provenant de l'intestin est amenée au foie, la plus grande partie de celles-ci étant portée, par les chylifères et la circulation veineuse, au poumon, dont Roger et Briet ont montré l'action lipopexique et lipodiérétique.

IV. Action de l'hépato-pancréas sur les hydrocarbones. — L'hépato-pancréas a un rôle considérable dans le métabolisme des hydrocarbones. Ce rôle peut être étudié à deux points de vue : rôle dans la digestion des hydrocarbones, rôle dans la régulation de la glycémie.

A. RÔLE DANS LA DIGESTION DES HYDROCARBONES. — Nous rappellerons simplement que la bile active la saccharification qui est exercée par l'amylase pancréatique sur les matières amylacées et qui aboutit à la formation de dextrine et maltose (1).

B. RÔLE DANS LA RÉGULATION DE LA GLYCÉMIE. — Nous n'avons pas la prétention de faire ici une étude complète de la glycémie ni de la régulation de celle-ci. On sait que cette régulation est un acte fort complexe, dans le mécanisme duquel entrent des éléments très nombreux et dont l'importance n'est d'ailleurs pas actuellement nettement précisée : système nerveux, glandes endocrines sont les principaux de ces éléments. Ajoutons que la glycémie elle-même peut être le point de départ de ce mécanisme régulateur en déterminant par ses variations

(1) On sait que cette reconstruction commence dans les parois mêmes de l'intestin, mais c'est le foie qui semble remplir le rôle capital.

(2) LAMBLING. Loc. cit. — On se rappellera ici les expériences classiques et absolument convaincantes de Cl. BERNARD et de DASTRE qu'on trouvera dans tous les manuels classiques. — Voir de même : ROGER et BINET. *Soc. de biol.*, 15 oct. 1921.

(1) C'est l'invertine intestinale qui, principalement, fournit du glycose.

mêmes la mise en activité des organes chargés de sa régulation.

Au milieu de ces facteurs divers une seule notion se dégage avec clarté et évidence : c'est celle de l'importance de l'hépato-pancréas que nous allons très brièvement essayer de faire ressortir. Signalons immédiatement que cette étude est liée intimement à celle de la pathogénie du diabète et plus spécialement du diabète *dit* pancréatique. Nous prierons donc le lecteur, afin d'éviter des longueurs et la lecture de choses connues par tous, de se rappeler ici les notions classiques sur ce diabète pancréatique (expériences de Mering et Minkowski, Hédon, Lépine, etc.). Tout cela est acquis. Mais voici maintenant un certain nombre de faits nouveaux qui précisent encore l'étroitesse des rapports hépato-pancréatiques dans la pathogénie du diabète et par là même de la régulation normale glycémique (le diabète n'étant autre chose que l'état anormal de la glycémie) :

1. « Allen, après Thiroloix et Jacob, Hédon, Sandmeyer, a montré que suivant que l'excision du pancréas est plus ou moins complète on peut obtenir des diabètes de gravités différentes depuis le diabète rapidement mortel jusqu'à la simple glycémie alimentaire... On est donc autorisé à suspecter le pancréas dans tout diabète même le plus bénin. » [Linossier et Monod] (1).

Allen a également montré que, sur un chien partiellement dépancréaté, en réalisant l'anémie temporaire du fragment persistant de pancréas par compression simple des vaisseaux pancréatiques, on rend l'animal glycosurique; et cela, sans qu'il y ait une lésion histologiquement décelable.

2. Les expériences toute récentes (2) sur l'insuline ou extrait physiologique des îlots de Langerhans *seuls* parlent dans le même sens.

3. Seyfarth (3), dans un grand nombre d'autopsies, a trouvé un parallélisme constant entre les lésions des îlots de Langerhans et la gravité du diabète.

Nous choisissons ces faits au milieu de beaucoup d'autres. Il ressort de cet ensemble impressionnant que l'hypofonctionnement du pancréas détermine de l'hyperglycémie et de la glycosurie. Plusieurs mécanismes ont été invoqués pour expliquer ces faits : tous se sont ramenés en dernière analyse à la conception d'une sécrétion interne élaborée par le pancréas. Mais les conceptions se sont de nouveau opposées quand il a fallu préciser comment agissait cette sécrétion interne. Ce qu'il nous importe ici de souligner c'est que l'*extirpation du pancréas ne produit plus de glycosurie si l'on enlève en même temps le foie* : le foie et le pancréas sont donc intimement unis ici encore. Mais par quel processus?

Pour les uns il y aurait une action directe de l'hormone pancréatique sur la fonction glycogénique du foie (4), soit que cette hormone à l'état normal modère la transformation de glycogène en glycose, soit au contraire qu'elle active la transformation du glycose en glycogène. D'autres pensent que (toujours à l'état normal) le pancréas a pour fonction de sécréter une hormone dont le rôle sera d'activer la combustion du sucre au niveau des tissus en général et du sang (glycolyse tissulaire et hématique).

Nous ne faisons qu'indiquer ces théories si connues. Mais ce que nous voulons faire remarquer, c'est que, dans l'une comme dans l'autre, la régulation glycémique dépend étroitement de l'harmonieuse synergie du foie et du pancréas. Et en effet :

1. Dans la première théorie, ces deux organes sont considérés comme deux ouvriers effectuant en collaboration un travail délicat : de ces deux ouvriers, l'un, l'ouvrier hépatique, a pour tâche d'effectuer à proprement parler le travail, sous le contrôle et la direction constante du contre-maître pancréatique.

2. Dans la seconde théorie, ces mêmes ouvriers paraissent s'être partagé le travail, chacun effectuant, parallèlement avec l'autre mais indépendamment, la partie pour laquelle il est en quelque sorte spécialisé : l'ouvrier hépatique règle la glycémie par sa fonction glycogénique et l'ouvrier pancréatique par son hormone.

La régulation de la glycémie apparaît ainsi comme une des fonctions principales de l'hépato-pancréas, et cet organe physiologique semble lui-même avoir la part de beaucoup prépondérante dans cette régulation. D'autres endocrines, on le sait, jouent ici un rôle et surtout les surrénales; mais toutes, antagonistes du pancréas, ne peuvent provoquer la glycosurie que par leur hyperfonctionnement; aucune d'elles par cette raison même ne paraît devoir réaliser un diabète permanent (Linossier et Monod).

Enfin, D'AUTRES PREUVES EXPÉRIMENTALES QUE LE DIABÈTE PANCRÉATIQUE peuvent être invoquées pour démontrer combien le foie et le pancréas agissent intimement dans la régulation glycémique. « Vers le milieu de la vie intra-utérine, la glycogénie cesse d'être diffuse *pour se localiser dans le foie*... Ces remarquables transformations suivent de très près le développement des îlots de Langerhans. Il y a là une relation embryogénique mise en évidence par Aron qui souligne la synergie fonctionnelle du foie et du pancréas et fait pressentir le rôle des îlots de Langerhans dans la régulation de la glycogénie hépatique. » (Roger).

Nous n'insisterons pas davantage sur ces notions qui apparaissent évidentes si l'on réfléchit aux faits connus ; nous conclurons en disant qu'au point de vue du métabolisme des hydrates de carbone, l'hépato-pancréas se montre bien réellement sous l'aspect d'un seul et même organe, un véritable organe physiologique. Cet organe, d'ailleurs, peut subir lui-même des commandements venus de différents côtés qui peuvent lui imprimer des directions de fonctionnement variables (endocrines, systèmes nerveux) : par cette façon de concevoir les faits, il nous semble que le problème de la glycémie tendrait à se simplifier.

Avant de terminer ce chapitre, nous devons signaler un fait dont la connaissance peut avoir un très grand intérêt dans l'étude des rapports hépato-pancréatiques : le professeur Roger, dans toute une série de travaux, a montré que la *glycogénie n'est pas une forme isolée de l'activité hépatique* ni un simple témoin de celle-ci, et qu'il semble bien par contre qu'un grand nombre de fonctions du foie soient tributaires de cette glycogénie, c'est-à-dire *ne puissent se produire* qu'en présence d'une fonction glycogénique normale : il l'a démontré entre autres pour l'action sur les poisons, la destruction

(1) LINOSSIER et MONOD. *Paris méd.*, 1922, n° 18.
(2) Ph. PAGNIEZ. Hormone pancréatique et diabète, *Presse méd.*, 1923, n° 5.
(3) SEYFARTH. *Journ. of metab. res.*, 1922.
(4) Rappelons ici que la quantité de glycogène varie dans le foie avec les modes de l'alimentation et les stades de la digestion.

des corps cétoniques, le pouvoir lipolytique, l'action sur les albumines, sur l'uréopoièse, etc. Or, ces faits étant reconnus exacts, si l'on se rappelle le rôle que joue le pancréas dans la glycogénie hépatique (voir plus haut), on comprendra combien par cet intermédiaire le pancréas peut avoir d'influence sur tout l'ensemble du fonctionnement du foie. Des expériences directes seraient intéressantes à faire dans ce sens.

Applications en pathologie de la notion d'hépato-pancréas. — Toutes les connaissances physiologiques que nous venons de brièvement résumer sur les rapports si étroits qui existent entre le foie et le pancréas ne laissent pas que d'être susceptibles d'interprétations intéressantes en pathologie.

L'hépato-pancréas, considéré comme un seul et même organe physiologique, peut être atteint de dysfonctionnement soit dans ses sécrétions externes, soit dans ses sécrétions intérieures.

I. Dysfonctionnement externe. — Nous retrouverons ce mode de dysfonctionnement, surtout dans les *dyspepsies duodénales* : c'est un groupe confus, mal défini et mal délimité, mais d'existence très réelle et certainement plus fréquent qu'on ne le croit ordinairement. La cause de ces dyspepsies réside dans « une modification qualitative ou quantitative d'un des trois sucs biliaire, pancréatique, intestinal... » (1) surtout biliaire et pancréatique, comme peuvent le montrer l'analyse des selles (non-digestion des noyaux et des graisses), le tubage duodénal d'Einhorn, et les signes d'insuffisance hépatique.

Ces dyspepsies duodénales, groupe confus, avons-nous dit, se présentent le plus ordinairement sous l'apparence de digestions longues, pénibles, avec météorisme, quelquefois même un certain degré de douleur localisée dans la région paraombilicale droite. Elles peuvent engendrer à plus ou moins longue échéance, l'apparition d'un syndrome entéritique vrai et même d'une colite muco-membraneuse. Les selles sont irrégulières. L'état général subit souvent un retentissement marqué.

Il est d'ailleurs très difficile de faire le départ de ce qui revient à l'estomac (dyspepsies hypopeptiques) et à l'hépato-pancréas. L'insuffisance des deux organes peut se combiner car, si on connaît mal les influences qui font diminuer les sécrétions biliaire et pancréatique, il semble à peu près acquis que l'on doive accorder une place importante parmi ces influences à la diminution de la production de sécrétine laquelle, on se le rappelle, est l'excitant normal des sécrétions biliaire et pancréatique. Devant l'imprécision des signes cliniques et la difficulté du diagnostic, l'examen méthodique des selles s'impose et « c'est lui seul qui, ici plus que dans tout autre affection intestinale, est susceptible de donner la clef du diagnostic (2) ».

Les dyspepsies graisseuses, c'est-à-dire, avec digestion très insuffisante des graisses et intolérance de l'appareil digestif à l'égard de celles-ci, sont le type des dyspepsies duodénales. Etant donné l'insuffisance de l'hépato-pancréas, à l'origine de ces dernières, on peut essayer dans leur traitement, conjointement avec le régime, l'opothérapie associée, hépatique et pancréatique, *à la fois*.

A côté de ces affections, on peut se demander s'il ne faudrait pas faire rentrer dans le cadre du dysfonctionnement de l'hépato-pancréas, les cas assez fréquents de débilité familiale digestive, et principalement, les cas où l'on a pu « vérifier le pernicieux effet, sur les fonctions digestives de l'enfant, de troubles digestifs présentés par la mère pendant la grossesse (1) ».

Enfin, nous rappellerons que, dans les *pancréatites aiguës*, certains auteurs attribuent les lésions de stéatonécrose et d'hémorragies à une activation accidentelle de la trypsine par de la bile qui aurait reflué dans les conduits pancréatiques : cette trypsine ainsi activée « digérerait », en quelque sorte, le tissu pancréatique et les parois vasculaires. On peut, un peu arbitrairement peut-être, rattacher ce processus à un fonctionnement anormal de l'hépato-pancréas dans ses sécrétions externes.

Enfin, dans un ordre d'idées voisin, mais un peu différent « quoi d'étonnant si les complications pancréatiques sont fréquentes au cours de la lithiase biliaire, si angiocholites et angiopancréatites se superposent souvent, déjouant le diagnostic différentiel (2) ». On se rappellera ici la fréquence des lésions cholédociennes dans l'étiologie des pancréatites chroniques.

II. Dysfonctionnement interne. — Le type clinique complet du dysfonctionnement interne de l'hépato-pancréas est le *diabète pancréatique* sur lequel nous avons insisté plus haut ; nous n'y reviendrons pas.

Mais, à côté de ce diabète, il semble que l'on peut encore retrouver ce dysfonctionnement dans d'autres cas :

1. La glycosurie alimentaire. — Longtemps considérée comme un signe d'insuffisance hépatique pure [épreuve de Colrat (3)], elle semble, dans bien des cas, déceler surtout une insuffisance glycolytique de l'organisme et par là-même un trouble de la sécrétion interne du pancréas. Cette épreuve a donc une *valeur bilatérale* et réalise dans son ensemble une manifestation d'impuissance de l'hépato-pancréas, vis-à-vis de la glycorégulation. Il en est de même de l'hyperglycémie provoquée. Ce que l'on explore, en somme, c'est la fonction glycorégulatrice tout entière et non pas seulement la glycogénie hépatique, même avec la méthode d'Achard et Weill, pour éliminer le facteur de l'insuffisance glycolytique tissulaire (4). Toutefois, en ce qui concerne le diabète et en tenant compte de ce qui vient d'être dit, l'épreuve de Colrat conserve une réelle valeur en tant que signe prémonitoire (Lambling).

2. Les cirrhoses pigmentaires. — On sait que ce sont là des syndromes caractérisés, dans les cas typiques, par une hépatomégalie régulière, de la mélanodermie, et de la glycosurie. Or, les observations de plusieurs auteurs (et principalement de Letulle, Gilbert et Grenet, Regaud, Olmer et Gros)

---

(1) De Luna. Les syndromes duodénaux, *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 27 mai 1921.
(2) Joltrain et Baufle. *Examen clinique des intestinaux*, 1919.

(1) Apert. *Hérédité morbide*, 1919.
(2) Oddo. Loc. cit.
(3) Colrat. *Lyon méd.*, 1875.
(4) Il faut d'ailleurs bien se souvenir qu'il est impossible d'exclure ici l'influence des autres organes de la régulation glycémique. La preuve en est que des auteurs américains ont utilisé l'hyperglycémie provoquée pour apprécier le fonctionnement du corps thyroïde.

décrivent des cirrhoses pigmentaires *sans* glycosurie; il semble que, dans l'ensemble du syndrome, il faille rattacher l'hépatomégalie et la mélanodermie au foie, et la glycosurie aux lésions du pancréas. Selon l'importance des lésions de cet organe, la glycosurie apparaît ou non et le syndrome est soit complet, soit incomplet.

Lésions de l'hépato-pancréas dans le cancer du pancréas. — Nous devons ici insister sur cette question :

Il s'agit souvent, comme on le sait, de métastases qui se font particulièrement dans le foie, fait très bien expliqué par la disposition des vaisseaux efférents pancréatiques, ces métastases sont nombreuses, fréquentes, quoique souvent difficilement décelables; ce sont les taches de bougie classiquement décrites à l'autopsie.

Mais, nous désirons insister surtout sur le fait suivant, ordinairement peu mis en relief, à savoir que le cancer du pancréas est en quelque sorte un cancer hépato-pancréatique, tout au moins par ses signes, et cela :

1. Par le fait de la juxtaposition des voies biliaires et de la tête du pancréas.

2. Par l'atteinte du foie, toujours existante à notre avis, qu'il s'agisse du néoplasme de la tête ou du corps.

Le syndrome de Bard et Pic est trop connu pour qu'il soit utile d'insister sur la compression des voies biliaires dans le cancer de la tête. Cependant, cette répercussion directe est assez remarquable pour qu'on le signale, encore qu'elle soit la simple conséquence d'une position anatomique.

Plus intéressants seraient, pensons-nous, les faits de troubles hépatiques consécutifs à un cancer du corps du pancréas, puisque l'action du système pancréatique sur le système hépatique est ici non mécanique et violente, mais physio-pathologique pure. Là, plus directement que dans tout autre cancer de l'organisme, le foie est traversé par les produits toxiques, issus au niveau de la tumeur, et son action antitoxique normale est précocement débordée.

Car, on ne peut admettre un néoplasme du corps sans lésion plus ou moins marquée du système hépatique, soit lésions métastatiques, soit lésions ou troubles simplement toxiques et nous pensons que ces derniers existent toujours; si les auteurs ont signalé, dans le cancer de la tête, la dyspepsie duodénale, si on a noté l'hypothermie, le retard à la coagulation sanguine (Loeper, Rathery), il est possible que ces troubles se retrouvent, quoique à un moindre degré, dans les cas de néoplasme du corps ; et ces derniers signes ne sont-ils pas fonction d'insuffisance hépatique associée? De même l'ictère ne serait-il pas un ictère toxique avant d'être un ictère par rétention, « lorsque le néo du corps a envahi la tête ».

Enfin (1), la dénutrition et la cachexie d'une rapidité étonnante, nous conduisent à penser que, même en dehors de toute lésion macroscopique du foie, le cancer du pancréas est véritablement le type du cancer digestif, touchant presque simultanément (cliniquement parlant), les fonctions des deux glandes principales, et représente un bel exemple de relations pathologiques hépato-pancréatiques.

De tout cet ensemble de faits, phylogéniques, embryologiques, anatomiques et physio-pathologiques, NOUS CONCLURONS MAINTENANT en disant qu'il semble vraiment exister, entre le foie et le pancréas, plus que de simples rapports, que de simples sympathies, comme il en existe entre d'autres organes. Il nous paraît que les notions acquises plaident en faveur de l'existence d'un seul et même « organe physiologique » se présentant morphologiquement, sous l'apparence de deux formations, séparées chez les organismes supérieurs, d'une seule et même formation dans les organismes inférieurs, et qu'en réalité le foie et le pancréas ne sont que « les deux parties d'un même tout (Laguesse) » : l'hépato-pancréas.

Il ne faut chercher, dans cette étude, ni des faits nouveaux, ni une table des matières des faits déjà connus, mais une simple façon de grouper et de concevoir les plus caractéristiques de ces derniers. Si nous avons voulu faire un travail de synthèse et non d'analyse, c'est peut-être le moindre défaut de notre essai.

(1) La pigmentation bronzée a été retrouvée aussi dans le cancer de la tête par Lancereaux et dans les pancréatites aiguës ou subaiguës. Sa pathogénie n'est pas éclaircie : origine solaire ? ou endocrinienne? *ou hépatique* ?

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1923)

Le centenaire de Laënnec. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle qu'il y a cent ans Laënnec fut nommé membre titulaire de l'Académie de médecine. Il était âgé de quarante-deux ans et était déjà en pleine gloire. Il était médecin de la duchesse de Berri, professeur au Collège de France et à la Faculté de médecine. Son activité académique se résuma en quelques communications. Son existence était d'ailleurs bien remplie, sa santé était délicate et il travaillait beaucoup à son immortel *Traité de l'auscultation*.

M. le Secrétaire général a pensé, avec raison, qu'il était opportun de rappeler à l'Académie, à l'occasion de son centenaire, la vie de l'une de ses plus pures célébrités.

L'insuline, le lévulose, le traitement diététique du diabète. — M. DESGREZ, en son nom et au nom de MM. BIERRY et RATHERY, fait connaître les résultats des nouvelles recherches qui ont conduit à une meilleure utilisation du lévulose et qui justifient son emploi dans l'alimentation du diabétique. L'acidose diabétique et l'acidose du jeûne hydrocarboné relèvent du même mécanisme. L'acétonurie ne peut être jugée que sur un dosage portant à la fois sur les corps acétoniques et sur l'acide acétogène-oxybutirique. Le choix des méthodes a une importance considérable.

Les expériences des auteurs pratiquées avec l'insuline apportent la confirmation de l'importance de l'aliment hydrocarboné dans la physiologie pathologique et le traitement de l'acidose.

La syphilis du poumon. — M. LETULLE fait sur ce sujet une véritable leçon, d'ailleurs très intéressante, appuyée de projections très instructives. Il résulte de cette communication que la syphilis du poumon est plus fréquente qu'on ne le croit généralement et qu'il est très important de pouvoir distinguer ces lésions syphilitiques des lésions tuberculeuses avec lesquelles elles coexistent souvent.

L'observation qui a servi de base à cette étude a été fournie à M. Letulle par M. Widal. Il s'agissait d'une femme dont le foie et les poumons portaient de véritables gommes syphilitiques en même temps que des lésions tuberculeuses des poumons, ce qui permet de distinguer sur les mêmes pièces les unes des autres.

M. SERGENT félicite M. Letulle d'appeler l'attention sur la

syphilis du poumon, trop souvent méconnue. Il apporte, à l'appui, deux observations personnelles.

M. Léon Bernard fait observer qu'on prend bien souvent pour des lésions tuberculeuses des lésions qui ne le sont pas et plus particulièrement des lésions syphilitiques. Il pourrait en apporter de nombreux exemples. L'association des deux maladies est fréquente. M. Léon Bernard a pu constater que le néo-salvarsan est sans effet sur la tuberculose, mais que, dans les cas où syphilis et tuberculose sont associées, le néo-salvarsan donnait des résultats appréciables.

M. Sergent a très souvent constaté que le Wassermann était positif chez des malades atteints de lésions pulmonaires tuberculeuses. Si l'on pose à ces malades cette question : Quand avez-vous eu la syphilis? Ils répondent aussitôt qu'ils l'ont eue à telle époque.

On ne saurait donc trop appeler l'attention des praticiens sur la syphilis pulmonaire et ses rapports avec la tuberculose.

Poliomyélite résultant d'une intoxication par les champignons. — MM. Rémond (de Metz) et Colombier rapportent deux observations de poliomyélite ayant eu pour point de départ une intoxication par les champignons, datant d'un an avant le début de la maladie. L'espèce incriminée serait le vulgaire mousseron, inoffensif au printemps, mais qui peut devenir plus ou moins toxique pendant les périodes de grande chaleur.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

ERREUR DE DIAGNOSTIC. GROSSESSE. ACQUITTEMENT

Le 16 novembre 1922, le Tribunal correctionnel d'Evreux a statué sur une question de responsabilité médicale qui doit attirer spécialement l'attention des lecteurs.

Voici les faits :

Le 2 février 1921, la dame veuve J... qui, au dire de son père, se plaignait depuis quelque temps de souffrir dans le ventre, se présenta à la consultation du docteur V... qui crut reconnaître un fibrome à opérer d'urgence; aussi conseilla-t-il à sa cliente d'entrer dans sa clinique le 7 du même mois pour être préparée à l'opération, qui devait être faite deux jours plus tard. Mais, aux premiers temps de l'hystérectomie, exactement alors que les attaches utérines gauches venaient d'être sectionnées, le docteur V... s'aperçut que la dame J... était simplement enceinte; s'orientant alors vers l'opération césarienne, il finit par retirer de l'utérus une fille vivante et viable, née à terme ou bien près du terme : puis le chirurgien procéda à la suture des parois utérine et abominale. Mais vers cinq heures du soir « le pouls s'accéléra, la malade pâlit, se refroidit et succomba aux alentours de six heures » d'une hémorragie résultant de la rupture de cinq des six ligatures au gros catgut de l'incision utérine de 16 centimètres de longueur.

Une poursuite pénale fut dirigée contre le docteur V... pour homicide involontaire sur la personne de la dame J... dont le père, qui se constitua partie civile, demanda, tant en son nom personnel qu'au nom et comme tuteur des trois enfants mineurs de la défunte, condamnation au paiement d'une somme de 106.000 francs, en réparation du préjudice subi.

Pour établir les responsabilités dans une affaire aussi spéciale et aussi grave, des experts minutieusement choisis en raison de leur autorité furent commis : MM. les docteurs Rieffel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, Tissier, médecin accoucheur des hôpitaux de Paris, et Paul, médecin-légiste à Paris. Ils déposèrent leur rapport le 30 janvier 1922.

Dans ce rapport, les médecins, examinant la conduite de leur confrère dans deux périodes successives dont la première a commencé au diagnostic pour finir avec la laparatomie exploratrice, posèrent comme un fait notoire, que bien des grossesses ont été méconnues, prises pour des tumeurs et

traitées en conséquence, et ils « attestèrent que pas un chirurgien parmi les plus expérimentés et les plus consciencieux n'a été au cours de sa carrière indemne de cette méprise »; mais ajoutant immédiatement que « ces erreurs, souvent inévitables, se sont presque toujours produites dans les premiers stades de la grossesse ou bien s'expliquaient par une anomalie : hydramnios, gemellité, monstruosité... Dans le cas qui nous occupe il n'existait aucune de ces dispositions troublantes. » Voici la conclusion du rapport : « L'erreur nous semble constituer une faute : mais les conditions dans lesquelles s'est effectué l'examen atténuent la faute et la rendent presque excusable. »

Dans ces circonstances, le Tribunal avait à examiner le fondement et l'étendue de la responsabilité médicale. Cet examen s'imposait.

Le Tribunal commence par poser en principe, et ce en conformité de la jurisprudence actuelle dont nous avons donné maintes fois des applications, qu'aucun texte ne faisant bénéficier les médecins d'un régime exceptionnel de faveur, ils doivent répondre, comme quiconque, de leurs fautes civiles et pénales; mais ils ne sauraient être inquiétés pour une violation ou une fausse application des règles de l'art médical dont la critique échappe d'autant plus aux profanes que ces dogmes sont loin d'obtenir le consentement universel des professionnels d'une même époque et que leur existence est limitée dans le temps.

« Attendu, dit le jugement, que la conduite du docteur V... n'étant condamnable que dans les conditions limitatives de l'article 319 du Code pénal, il importe de voir si, dans les circonstances retenues, le chirurgien s'est rendu coupable de maladresse, d'imprudence, d'inattention, ou même seulement de négligence, *et la première question qui se pose est celle de savoir si, de son mieux, il a établi un diagnostic, auquel cas il serait lavé de tout reproche initial.*

« Attendu que lors de la première comparution en date du 28 février 1921, devant le juge d'instruction, l'inculpé déclare avoir interrogé sa cliente, l'avoir examinée, ce qui lui a fait « constater une tumeur volumineuse médiane donnant abso- « lument l'impression d'un fibrome utérin », à quoi, cependant il ajoute : « Connaissant l'excellente réputation de la « famille de M. P... (père de la dame J...) bien que ne con- « naissant pas personnellement Mme J..., mon attention n'a « pas été attirée sur la possibilité d'une grossesse », ce qu'il maintient dans son dernier interrogatoire du 24 février 1922, où il précise — comme il le fera par la suite à l'audience — qu'il a néanmoins recherché, mais en vain, au cours des deux examens de la malade, auxquels il a procédé d'abord dans son cabinet, puis dans sa clinique, des signes de grossesse;

« Que, dès lors, il serait excessif de soutenir que le médecin n'a pas posé de diagnostic, comme de lui imputer à faute de n'avoir pas recouru à des procédés exceptionnels d'investigation, tels que la radiographie, puisque, d'un côté, il estimait son diagnostic assuré, et, d'autre côté, il s'agit là de méthodes encore nouvelles, non vulgarisées, dont tous les praticiens ne disposent pas et dont, au surplus, l'emploi en pareille conjoncture serait, d'après le professeur Faure, discutable;

« Attendu, en conséquence, qu'à ce premier temps on ne relève pas contre le docteur V... de maladresse, d'imprudence, d'inattention ou de négligence le mettant sous le coup de la loi, puisque, aussi bien, il est admis qu'une grossesse, même à terme, peut déjouer les plus subtils diagnostics;

« Attendu, en ce qui concerne la seconde phase, qui part de la laparatomie, que les experts exposent que « toutes les « erreurs ont été presque toujours reconnues et réparées « après la laparatomie » et, comme on l'a vu, ils font grief au chirurgien qui avait « l'utérus directement sous la vue et sous « la main » de n'avoir pas discerné qu'il avait fait fausse route, d'où l'on devrait pouvoir inférer, avec vraisemblance, qu'un utérus gravide n'a pas le même aspect qu'un utérus fibromateux; mais les experts ne s'en sont point formellement expliqués dans leur rapport et l'absence à l'audience du professeur Rieffel et du docteur Tissier, particulièrement compétents et documentés sur la spécialité, n'a pas permis d'obtenir les éclaircissements désirables sur un point des plus importants et, malheureusement, des plus brièvement traités, de leur travail;

« Attendu, par contre, que le professeur Jean-Louis Faure, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Paris, témoin entendu à la requête du docteur V..., affirme non seulement qu'une grossesse à terme peut n'être point décelée, mais encore qu'un utérus gravide que le chirurgien a « direc- « tement sous la vue et sous la main » peut bien ne pas se distinguer d'un utérus fibromateux, ce qui, pour le cas de l'espèce, corrobore les déclarations, dès l'instruction, des docteurs Gillet et Etienne, assistants du docteur V... qui assurent que rien dans l'aspect de l'utérus de l'opérée, ne donnait l'impression d'un utérus gravide;

Qu'en raison de ces divergences d'opinion entre chefs d'écoles également réputés, les juges, désarmés pour départager Hippocrate et Gallien, ne peuvent qu'être pénétrés d'un doute, qui sera le bénéfice du docteur V... »

Et le tribunal a renvoyé ce dernier des fins de la poursuite dirigée contre lui, et déclaré en conséquence mal fondée la demande de dommages-intérêts.

Ce jugement montre, encore une fois, combien est délicate la question de la responsabilité civile ou pénale des médecins ou des chirurgiens à l'occasion des traitements qu'ils prescrivent ou des opérations qu'ils effectuent. En cette matière, les juges ont un pouvoir souverain d'appréciation : l'espèce rapportée en est un exemple frappant. Mais dès qu'il s'agit de prendre parti sur une question de méthode, d'ordre scientifique ou thérapeutique, ou sur une controverse médicale, les juges se déclarent impuissants; il ne peut résulter d'une discussion scientifique une responsabilité civile ou pénale à la charge du médecin ou du chirurgien.

De quoi s'agissait-il dans ce procès jugé par le Tribunal d'Evreux? D'une erreur de diagnostic, et accessoirement d'une faute opératoire.

Erreur de diagnostic! Les erreurs de ce genre existent et existeront toujours, peut-on dire; et on ne peut en faire grief au médecin ou au chirurgien, quand elle a été commise de bonne foi. Le diagnostic ne dépend pas uniquement du savoir de l'homme de l'art; il se fonde aussi sur les renseignements donnés par le client. Or, il ne paraît pas douteux que dans l'espèce soumise aux juges d'Evreux, la malade n'avait pas fait connaître la situation réelle au médecin; elle connaissait certainement son état de grossesse, ou tout au moins elle aurait pu indiquer certaines circonstances de nature à attirer l'attention du chirurgien. Comment pourrait-on rendre ce dernier responsable dans ces conditions?

Le Tribunal a bien jugé; et du moment qu'il n'a pas relevé *une faute lourde* contre le chirurgien, celui-ci ne pouvait être retenu ni civilement, ni pénalement.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les Angines de poitrine. Le syndrome clinique. Pathogénie. Pronostic. Thérapeutique. Pratique médicale (1), par A. MARTINET.

Après avoir montré que l'angine de poitrine n'est qu'un syndrome clinique banal sans spécificité nosologique, l'auteur relate un certain nombre d'observations personnelles typiques.

Il étudie la pathogénie des angines de poitrine et dégage le rôle des pressions artérielles et celui des artères coronaires. Les éléments du pronostic, il les dégage de diverses statistiques et surtout de la sienne particulièrement documentée. Il donne ensuite les indications de thérapeutique générale.

Une partie importante du volume est consacrée à la pratique médicale courante. L. G.

(1) Un vol. in-8 écu de 140 p. avec 35 fig. et 14 pl. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

VENTE, le 14 mai 1923, à 2 h., Etude Me VIGIER, notaire à Paris, 18, rue des Pyramides, FONDS de Cce de PHARMACIE à Paris, 165, r. Legendre. MISE A PRIX, *10.000 fr.* Matériel en sus, 7.155 fr. Marchandises à dire d'experts. — S'adresser à Mes BRUNET et Thorel avoués; Vigier, notaire.

ACTIONS et PARTS *Soc. Eaux minérales* (Œuvre de prévoyce médicale), 30, r. Londres. A adj. Et. CHARPENTIER, not., 16, av. Opéra, 3 mai, 4 h. p., en 39 lots, *4 act. porteur* : M. à p., 400f ; *40 act. nomin.* (8 lots de 5) : M. à p., 500f le lot, et *300 parts* (30 lots de 10) : M. à p. 750f le lot. Cons. : 100f. S'ad. au not.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 19 avril. — MM. Lorin et Leveuf, 23; Pascalis, 25 ; Girode, 27.

Epreuve clinique. — Séance du 21 avril. — MM. Charrier, 17; Boppe, 16; Bloch (Jacques), 25.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Cathala, Tissier, Macé, Potocki, Devraigne, Gandy, Heitz-Boyer.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Rochon-Duvigneaud, Dupuy-Dutemps, Magitot, Cantonnet, Morax, Pierre Marie, Gernez.

LA DÉCLARATION DES CAUSES DE DÉCÈS. — La Commission chargée d'étudier le problème de la déclaration des causes de décès, s'est réunie le 11 avril, sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui a insisté sur la nécessité de le résoudre rapidement : la connaissance des causes de décès est indispensable pour entreprendre la lutte contre les fléaux sociaux, la tuberculose, la syphilis, le cancer notamment.

Le ministre a fait un pressant appel à la collaboration du corps médical représenté par plusieurs membres au sein de la Commission.

Après le départ du ministre, la discussion s'est engagée : Il est apparu que le seul moyen d'obtenir une documentation exacte consiste à assurer la déclaration sans heurter le principe de l'inviolabilité du secret professionnel.

La Commission a été unanime à orienter ses travaux dans ce sens, et les vues échangées ont permis de désigner des rapporteurs qui la saisiront prochainement de propositions concrètes.

— M. le professeur Balthazard et MM. les docteur Briau, Louis Martin et Pottevin sont nommés membres de la commission instituée à l'effet d'étudier les moyens d'assurer la déclaration des causes de décès. (*J. O.*, 21 avril 1923.)

LE CENTENAIRE DE PASTEUR. — Voici le programme des fêtes organisées à Paris et à Strasbourg en l'honneur du centenaire de Pasteur :

A Paris. — Jeudi 24 mai : arrivée des délégués étrangers; 21 h. 30, réception à l'Elysée.

Vendredi 25 mai : 9 h. 30, visite à l'Institut Pasteur et au tombeau de Pasteur; 15 heures, cérémonie à la Sorbonne, sous la présidence du président de la République.

Samedi 26 mai : 10 heures, visite à l'Ecole normale; 15 heures, réception à l'Hôtel de Ville.

Dimanche 27 mai : réception par les diverses sociétés; 20 heures, soirée de gala à l'Opéra et au Théâtre-Français.

Lundi 28 mai : midi, banquet à Versailles; grandes eaux; visite au palais de Versailles.

Mardi 29 mai : 15 heures, garden-party à Chantilly organisée par l'Institut de France.

Mercredi 30 mai : départ pour Strasbourg.

A Strasbourg. — Jeudi 31 mai : matinée, inauguration du monument de Pasteur; midi, grand banquet; après-midi, visite au palais du Rhin; inauguration du musée Pasteur; inauguration de l'exposition d'hygiène; soir, réception à l'Hôtel de Ville de Strasbourg.

Prochainement sera publié le programme des fêtes de la Franche-Comté auquelles les invités étrangers seront représentés par une délégation.

INSTITUT SCIENTIFIQUE D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE. — Cet Institut avait invité, samedi dernier, 14 avril, le professeur Francis G. Benedict (de Boston) à exposer les résultats de ses derniers travaux.

A 6 heures précises, le président de la Société scientifique d'hygiène alimentaire, M. Eugène Roux a rappelé que c'est en 1904, que fut fondée cette Société dans le but d'étudier tous les problèmes relatifs à l'alimentation rationnelle, problème bien complexe qui préoccupe encore aujourd'hui tous les gouvernements.

La parole a été ensuite donnée à M. F. G. Benedict, qui a montré, devant une nombreuse assistance, l'œuvre accomplie par le « Nutrition Laboratory » de Boston, déjà signalée à nos lecteurs (1).

Le laboratoire qui s'occupe exclusivement de ce qui se passe dans le corps, a étudié tout récemment les points suivants : transformation des hydrates de carbone en graisses,

(1) J. M. Le Goff. L'Institut Carnegie de Washington, *Gaz. des hôpit.*, 1919, p. 1215.

influence de la température sur le métabolisme, sur la digestion, sur le métabolisme des ruminants, enfin la perspiration.

Les hydrates de carbone, par leur transformation en CO^2 et H^2O, apportent du calorique à l'animal, cependant le lévulose n'est pas brûlé dans le corps, mais transformé en graisse, d'où son emploi, depuis longtemps, dans l'alimentation des diabétiques.

Pour l'étude clinique du métabolisme, il a décrit son nouvel appareil permettant le dosage rapide de l'oxygène absorbé, ce qui évite l'emploi si dispendieux de la chambre calorimétrique.

En terminant, M. Benedict a évoqué la grande figure d'Armand Gautier qui fut l'un des fondateurs de cet Institut. Il a fait appel aux jeunes Français pour qu'ils viennent travailler dans son laboratoire à Boston.

M. le professeur Richet a clos la séance en félicitant l'orateur de ses belles découvertes et a ajouté : « Nous allons essayer de faire comme vous et nous rentrerons dans la tradition de Lavoisier qui avait commencé toutes ces recherches ! »

J. M. LE GOFF.

LES VACANCES DU MÉDECIN. — L'initiative qu'elle a prise, chaque saison, depuis 1918, ayant été marquée par un succès chaque année plus grand, la Société des Eaux d'Evian nous prie d'aviser nos lecteurs qu'elle a décidé de réserver à nouveau à MM. les Médecins et à leur famille des conditions tout amicales au Splendide Hôtel d'Evian, du 1er mai au 10 juin. Il en sera de même au Grand Hôtel du Parc, à Thonon, à partir du 1er septembre.

Tous les habitués de la station connaissent le confort et l'agrément du Splendide. Quant au Grand Hôtel du Parc de Thonon, dont la Société des hôtels d'Evian vient de s'assurer la direction, son vaste parc et sa situation incomparable, comme centre d'excursion, en font un séjour idéal pour les familles.

Ajoutons que des moyens de communication rapides sont organisés pour le relier avec l'Etablissement thermal et le Casino d'Evian.

Bien vouloir écrire, le plus tôt possible, à l'Administrateur délégué de la Société des Eaux d'Evian, *21, rue de Londres, Paris.*

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Branche, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur M. F. WIDAL). — COURS DE PERFECTIONNEMENT, sous la direction de MM. Lemierre et Abrami, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. 2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. 3° Hypertension artérielle et oscillométrie. Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : albumine, sucre, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — 1° *Maladies du foie* (2 leçons). — 1° *Etude des ictères.* — Recherche de la bilirubine, de l'urobiline et de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies. 2° *Insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

Réactions de fixation (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses. Réactions de floculation.

Cytodiagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleurotuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Examen du chimisme gastrique et duodénal (1 leçon).

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 h., à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines.

Le début du cours aura lieu le lundi 30 avril.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versement relatifs à ces cours au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Les jeudis 26 avril et 2 mai, grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 16 h., sur « la Psychanalyse » (suite); lundi 30 avril, à 10 h., asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), « Présentation de malades ».

CONFÉRENCES SUR LE PROBLÈME DU CANCER (avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de projections microphotographiques). — M. G. Roussy, agrégé, chef des travaux d'anatomie pathologique, commencera le dimanche 29 avril, à 10 h. 1/2 du matin, une série de dix conférences sur le problème du cancer, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Ces conférences auront lieu dans la salle des cours des travaux pratiques d'anatomie pathologique. Elles s'adressent plus particulièrement aux médecins français et étrangers et aux étudiants ayant terminé leur scolarité.

Ces conférences sont libres et ne comportent aucun droit d'inscription. Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Les médecins et les étudiants qui désirent assister à ces conférences sont priés d'envoyer si possible leur adhésion par correspondance au laboratoire d'anatomie pathologique, ceci en vue de l'organisation de la salle des cours.

ERRATUM. — *Gaz. des hôpit.*, 14 avril 1923, n° 30, p. 479, col. 2, ligne 5, au lieu de « Muton (Mme Cl.) », lire « Mulon (Mme Cl.) ».

NOTE DE PRATIQUE

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Médication d'urgence : large saignée générale de 300 à 400 g. avec des saignées locales par ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, la région du foie et des reins.

Cela fait, trois grandes indications se posent :

1° Combattre le collapsus cardiaque par des injections de caféine ou d'huile camphrée.

2° Combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire par des injections de strychnine ou l'électrisation du nerf vague.

3° Combattre l'élément toxique par la prescription du régime lacté et de la Théosalvose phosphatée ou caféinée (4 cachets de 0g50 pro die). Cette dose sera ensuite abaissée à 2 cachets, à prendre pendant plusieurs semaines, de façon à prévenir le retour de l'œdème pulmonaire.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

AFFECTIONS CIRCULATOIRES

L'œdème de stase par inactivité. (J. Konings et G. Maes. *Le Scalpel*, 31 mars 1923, n° 13, p. 341-345.) — Parmi les innombrables formes d'œdèmes, les auteurs en retiennent une qu'ils attribuent à l'insuffisance du mouvement. Ces cas sont bien connus en pathologie vétérinaire, en particulier, chez les chevaux, et jamais un fermier n'ira demander les lumières du spécialiste pour un poulain chez lequel il constate un œdème des membres. Il croit que ce phénomène est dû au séjour à l'écurie, à la stabulation. Il envoie l'animal en pâture ou au travail, et l'œdème disparaît. Ces œdèmes, très fréquents, comportent un pronostic bénin et ne se compliquent jamais d'asystolie. Le cœur n'est donc pas en cause.

Ces phénomènes existent-ils chez l'homme ? Oui. Ils ont été signalés chez des prisonniers, tenus en cellule ou au secret pendant l'occupation allemande, et ils se sont résorbés dès que ces prisonniers, remis en liberté, ont pu se livrer à quelque exercice.

Les auteurs rapportent un nouveau cas d'œdème de stase, disparu au bout de six jours de vie en plein air, revenant dès que le malade reprenait sa vie sédentaire, et indépendant, comme l'ont montré les examens de laboratoire, de toute lésion cardiaque ou rénale. L. BABONNEIX.

Transmission auriculaire du souffle de l'insuffisance mitrale. (Roch [de Genève]. *Revue méd. de la Suisse romande*, janv. 1923, n° 1, p. 44-45.) — Pour expliquer la localisation à la pointe du souffle mitral, il est classique d'invoquer une transmission par les parois ventriculaires et les piliers valvulaires tendus par la systole (Potain), un contact intime de la pointe avec la paroi thoracique (Friedreich), des remous dans le contenu ventriculaire (Bergeon). Quant à la propagation axillaire, la transmission costale nous en donne une explication suffisante.

Il y a pourtant des cas où le souffle systolique mitral rentre partiellement dans la règle générale et se propage dans le sens du courant sanguin qui lui a donné naissance. On trouve, en plus du foyer apexien et de la propagation axillaire classiques, un foyer auriculaire. Il s'agit toujours, dans ces cas, de malades ayant un petit thorax et une grosse oreillette qui vient toucher la cage thoracique. On comprend donc que l'onde de retour qui reflue dans l'oreillette, puisse transmettre au stéthoscope le bruit de souffle produit par l'orifice valvulaire insuffisant.

Si la colonne vertébrale est en contact avec la partie postérieure de l'oreillette et du ventricule, on entendra fort bien le souffle systolique sur les apophyses épineuses et parfois un peu à gauche dans l'espace scapulo-vertébral, même si le souffle au foyer classique est très faible. La transmission osseuse pourra donner lieu à une extension extraordinaire de la zone d'auscultation du souffle, de l'occiput au sacrum comme l'auteur a pu le constater chez plusieurs malades en particulier, chez celle dont M. Turrettini a publié récemment l'observation.

Il est, en général, facile de constater, à la radioscopie, que le cœur touche ou ne touche pas les corps vertébraux. On n'a qu'à faire tourner lentement le malade devant l'écran, en recherchant l'espace clair qui existe normalement entre l'ombre cardiaque et l'ombre osseuse. Si on trouve cet espace clair, on peut affirmer qu'il n'y a pas contact. L'auscultation dorsale et la radioscopie ont toujours jusqu'ici donné des résultats concordants. Les cas les plus démonstratifs sont ceux qui montrent d'abord, à l'entrée à l'hôpital, le contact et le souffle dans le dos, puis ensuite, après quelques jours de repos et de traitement amenant la sédation des phénomènes asystoliques et la diminution de la dilatation cardiaque, l'apparition d'un espace clair entre cœur et colonne et la disparition concomitante du souffle systolique dans le dos.

La transmission du souffle de l'insuffisance mitrale, à la base du cœur en avant, paraît plus rare et il n'a pas été possible à l'auteur d'en démontrer radioscopiquement le mécanisme. Elle a déjà été signalée par Bacelli, Naunyn, Petit, Pezzi et Bordet, Lian. Ces derniers la considèrent comme assez fréquente.

L'auteur en a observé un exemple intéressant chez une toute petite femme de 1m40 de hauteur, de 0m70 de thorax, ayant eu autrefois du rhumatisme articulaire aigu et porteuse d'un rétrécissement mitral, d'une insuffisance mitrale et d'un rétrécissement aortique. Les signes de ces trois lésions sont classiques, mais il y a, en outre, dans les deuxième et le troisième espace gauches, un souffle systolique très intense qui se différencie nettement, par son foyer bien localisé et par son timbre, des deux autres souffles systoliques ; il siège dans une région occupée par l'oreillette gauche dilatée qui donne une matité absolue dépassant de trois travers de doigt le rebord sternal. Particularité à signaler, on percevait au deuxième espace, à la limite de la matité, des crépitations pulmonaires, rythmées par le cœur, paraissant dues à l'influence des variations de volume de l'oreillette sur la lame pulmonaire.

Il est intéressant de connaître la transmission du souffle mitral à la base, à gauche du sternum. On le différenciera du souffle du rétrécissement pulmonaire, qui se propage vers la clavicule gauche et s'accompagne du frémissement cataire et du souffle anorganique, plus doux, plus variable et ne coïncidant pas nécessairement avec un souffle organique de la pointe. L. BABONNEIX.

Nouveau traitement de l'angio-artérite oblitérante. (Samuel Gilbert [de New-York]. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 15 déc. 1922, édit. espagn., vol. VIII, n° 12, p. 744-746.) — Le symptôme essentiel de cette affection est, comme on sait, la douleur, constante, violente, et qui prive les malades de tout sommeil. L'auteur se rappelant que : 1° les nerfs du tissu fibreux qui entoure les vaisseaux sanguins, subissent l'action irritative de ce tissu et finissent par subir la dégénérescence secondaire, et que 2° les nerfs les plus affectés sont ceux que l'on trouve au-dessous de la rotule, où ils sont parallèles et adjacents aux vaisseaux sanguins, a eu l'idée de « bloquer » la transmission de la sensation douloureuse en injectant de l'alcool absolu dans le nerf. Cette opération peut se faire en quelques minutes, sous anesthésie locale, et, dans les cas auxquels se réfère l'auteur, il a suffi d'injecter le nerf tibial postérieur à la hauteur de la malléole interne. Si l'on échoue, il y aurait peut-être lieu de pratiquer l'injection plus haut, mais toujours au-dessous du creux poplité, pour ne pas risquer de paralyser les muscles du mollet. Si, malgré tout, la douleur continue, il sera toujours temps de recourir à l'amputation de la jambe.

Pour faire l'injection à la hauteur de la cheville, découvrir le nerf, l'anesthésier à la procaïne, et ensuite injecter soigneusement, à quelque distance, de l'alcool absolu, qu'on ne doit pas laisser s'épancher dans les tissus mous voisins. La paralysie consécutive des muscles intrinsèques des pieds est sans importance.

Gilbert a ainsi traité cinq patients : l'état de trois a été

amélioré. Il a bien soin de faire observer qu'il s'agit d'un traitement seulement palliatif, et qui est encore à l'étude.

L. BABONNEIX.

Transfusion intrapéritonéale de sang citraté. (David M. SIPERSTEIN. *Amer. Journ. of Dis. of Childr.*, mars 1923, vol. XXV, n° 3.) — L'injection intrapéritonéale de sang défibriné a été employée cliniquement, pour la première fois, par Ponfick en 1875. Des cas isolés ont été rapportés par Golgi et Raggi, Magniagalli, Scottini, Giovanni, von Kaczorowski, Liegl et Burresi.

Il n'a été donné, pour aucun des cas cités, des observations complètes, ni de données de laboratoire. Dans tous les cas, on a employé du sang défibriné. Les résultats obtenus furent extrêmement variables, et pour la plupart, ne donnèrent pas de résultats satisfaisants.

Dans une publication précédente (*Id.*, fév. 1923, n° 2), l'auteur avait montré, par des données expérimentales, que la transfusion intrapéritonéale de sang fraîchement citraté est une méthode de grande valeur. « Procédé sûr, simple dans son application et cliniquement efficace » qu'il a proposé comme procédé thérapeutique de mérite dans des cas choisis. Le but du présent article est de rapporter, avec quelques détails, cinq cas dans lesquels la voie péritonéale fut utilisée pour la transfusion sanguine.

Voici les diagnostics cliniques des cas rapportés par Siperstein : Cas 1 : anémie secondaire ; cas 2 : syphilis congénitale ; cas 3 : désydratation, décomposition ; cas 4 : anémie hémolytique, hémoglobinurie (d'origine obscure) ; cas 5 : anémie secondaire.

Résultats. — Aucune amélioration par le traitement médical de l'anémie dans le cas 1. Une transfusion fut tentée : La fontanelle antérieure était fermée, et l'accès d'une veine difficile. Cependant on fit une tentative, avec succès partiels seulement. Des transfusions intrapéritonéales donnèrent des *résultats immédiats et favorables.*

Dans le cas 2 : L'état du malade nécessita une transfusion dans le sinus avant qu'on pût prévoir le résultat d'une transfusion intrapéritonéale antérieure.

Cas n° 3 : Nourrisson moribond de dix-sept jours, déshydraté, émacié. On injecte 100 centimètres cubes de sang citraté intrapéritonéalement. On en retrouva 30 centimètres cubes à l'autopsie, trois jours plus tard. L'absorption avait été évidemment retardée par suite de l'état extrêmement grave du malade.

Le cas 4 présentait un tableau de destruction sanguine. La transfusion était clairement indiquée. La fontanelle antérieure était presque fermée. La méthode intrapéritonéale était la seule méthode pratique. Une amélioration clinique notable suivit les transfusions.

Pas d'amélioration avec le traitement médical dans le cas 5. Les injections sous-cutanées de sang complet ne furent d'aucun secours. La transfusion dans le sinus, aussi loin que le sinus était accessible, donna un début de succès. Les transfusions intrapéritonéales ont évidemment amené une amélioration marquée dans l'état clinique du malade.

Parmi les 5 cas rapportés, des résultats favorables ont donc été obtenus dans 3. La transfusion intrapéritonéale de sang citraté, facile à effectuer et efficace, doit être la méthode de choix dans les cas où la fontanelle antérieure est fermée et où la dénudation d'une veine est difficile.

G. BLECHMANN.

AFFECTIONS RESPIRATOIRES

Les types mineurs d'embolie pulmonaire consécutive aux opérations abdominales. (Laurence R. WHARTON et J.-W. PIERSON. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, Edit. esp., 15 janv. 1923, n° 68.) — On admet communément aujourd'hui que l'embolie pulmonaire consécutive aux opérations abdominales est infiniment plus fréquente qu'on ne le croyait jadis, qu'elle explique la plupart des morts post-opératoires et qu'elle est responsable du nombre de ces étiquetés gangrène, pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie. L'un des auteurs (WHARTON) avait déjà attiré l'attention sur ce sujet en 1920, et tenté de différencier, parmi les déterminations pulmonaires post-opératoires, celles qui relevaient de l'inflammation, et celles qui étaient attribuables à l'embolie.

Quelle est la fréquence de ces complications? Sur 1.600 opérations gynécologiques, 25 cas, dont 10, de nature nettement inflammatoire, 4 douteux, et 11 d'embolies nettes, sur lesquels 2 se terminèrent par la mort subite, tandis que les 9 autres réalisaient le type de l'infarctus.

Trois groupes d'embolies pulmonaires post-opératoires : grandes : mort dans 90 p. 100 des cas; moyennes : mortalité 15 à 20 p. 100; petites : généralement non mortelles.

L'infarctus se manifeste la seconde ou la troisième semaine. Il est souvent annoncé par un peu de fièvre vespérale due à la phlébite et paraît souvent produite par un mouvement brusque. Les signes physiques sont nets le premier jour, s'accentuent le second. La dyspnée exige les doses massives de morphine. L'hémoptysie est très inconstante. De par ces éléments : apparition tardive, non précédée de phénomènes pulmonaires, début brusque, absence de fièvre le premier jour, il est facile d'éliminer une affection inflammatoire du poumon. A partir du deuxième jour, amélioration progressive. Parmi les signes physiques, les auteurs attribuent une certaine importance au frottement, à la matité, aux râles muqueux et aux altérations des bruits aortiques expiratoires.

L'infarctus peut d'ailleurs être incomplet. On sait qu'expérimentalement (KARSNER) les petits emboli stériles de l'artère pulmonaire ne lèsent le poumon que quand ils se logent dans des vaisseaux occupant les bords angulaires des lobes et que, pendant les vingt-quatre premières heures, les lésions n'ont rien de caractéristique. De même, cliniquement, on voit, chez des opérés, survenir des complications pulmonaires qui ne durent que vingt-quatre heures, à condition que poumons et cœur soient sains, et correspondent sans doute à un infarctus incomplet

Parmi les manifestations cliniques associées, les auteurs insistent sur la thrombo-phlébite fémorale et sur les récidives d'infarctus.

La mortalité par infarctus varie de 15 à 20 p. 100. Toute cause qui gêne la circulation : stase ou congestion pulmonaire, favorise sa production et augmente sa gravité.

L'examen radiologique doit être, de toute nécessité, pratiqué avec un appareil portatif. Il révèle des lésions bas situées : diminution de clarté de l'angle costo-diaphragmatique, due soit à un petit foyer broncho-pneumonique, soit à un léger épanchement pleural, avec, toujours disproportion entre les signes radiologiques et les signes cliniques; tache à bords nets, étendue, quoique non lobaire, opaque, mais moins que dans la pneumonie occupant une base, quand l'embolus oblitérait un vaisseau plus volumineux. Cette tache augmente ou diminue selon que la maladie s'améliore ou s'aggrave, ou se reproduit à chaque récidive. Du quatrième au dixième jour, franges d'épaississement pleural, formant un réseau, lésions graves et durant des mois, mais finissant par disparaître, comme les lésions pulmonaires de même origine.

L. BABONNEIX.

Nouvelles observations sur la nitroglycérine dans la pneumonie précoce et frigore. (GRUBB. *Western Medical Times*, fév. 1923, n° 8, p. 249.) — En employant la technique classique, l'auteur avait une mortalité assez coquette. Il a réussi à la réduire de beaucoup en s'adressant à la nitroglycérine, donnée à doses héroïques, chaque demi-heure le jour, jusqu'à neuf heures du soir durant les premiers jours du traitement, puis toutes les deux ou trois heures la nuit et avec veratrum, qu'il prescrit à doses de plus en plus faibles pendant les quatre ou cinq premiers jours; généralement, au sixième jour, il suspend définitivement la nitroglycérine. En aucun cas, on ne doit administrer morphine ni opiacés. Le veratrum, à lui seul, ne suffit pas, malgré ses propriétés vaso-dilatatrices. La nitroglycérine aide à abaisser la tension sanguine pulmonaire. La méthode peut être utilisée en cas de pneumonie grippale, et chez les vieillards hypertendus.

L. BABONNEIX.

GÉNÉRALITÉS

Un cas d'empoisonnement par la belladone par application d'un topique. (Herman FRIED. *New-York Med. Journ. and Med. Record*, 21 fév. 1923.) — Après une étude de la toxicologie de la belladone, l'auteur conclut :

Une investigation sérieuse de l'histoire personnelle et fami-

liale, doit être instituée pour découvrir et combattre l'idiosyncrasie au médicament. Dans le cas d'intoxication, la morphine doit être employée avec des précautions extrêmes ou pas employée du tout.

Le malade doit être tenu sous une surveillance constante; étant habituellement dans le délire, on doit se mettre en garde contre toute tentative de suicide ou de violence contre autrui.

Le traitement doit commencer par une évacuation de l'estomac par tubage ou administration d'émétique.

Le meilleur antidote chimique de l'empoisonnement par la belladone est la solution de Lugol par doses de six gouttes, la fréquence étant calculée sur la quantité de poison absorbée.

L'acide tanique (par doses de 1 gr. 20 cent.) est un excellent médicament, dans le cas où la solution de Lugol ne peut être employée.

Le chlorhydrate de pilocarpine peut être administré hypodermiquement par doses de 15 milligrammes comme antagoniste physiologique de l'atropine.

Un traitement tonique (strychnine, caféine et alcool) doit être institué si le pouls et la respiration s'affaiblissent.

G. BLECHMANN.

Tolérance aux hydrates de carbone dans l'arthrite chronique. (Gl. KERR PRINGLE et S. MILLER. *The Lancet*, n° 5187, vol. CCIV, 27 janv. 1923.) — Pemberton et d'autres auteurs ont publié en 1920 (*Arch. int. méd.*, avril-mai 1920) une série d'articles portant sur 400 cas d'arthrite dans l'armée américaine. Pemberton a montré que dans un pourcentage considérable de cas d'arthrite, il existe un rapport précis entre l'ingestion d'une certaine nourriture d'une part; et la fréquence ou la persistance des symptômes de la maladie d'autre part. Des trois substances alimentaires, graisses, protéines et hydrates de carbone, il paraît évident que les hydrates de carbone exercent la plus grande influence sur la persistance des symptômes.

L'auteur a donc recherché s'il existait un trouble quelconque dans le métabolisme des hydrates de carbone, et dans ce but, il a étudié dans 60 cas d'arthrite la glycémie normale et la tolérance aux hydrates de carbone. Il est évident d'après ces recherches que l'intolérance pour les sucres était augmentée dans un très grand nombre des cas d'arthrites, et que — malgré la disparition de cette intolérance après la suppression d'un foyer infectieux dans un certain nombre de cas — l'état articulaire n'a pas été spécialement amélioré par la suppression du ou des foyers infectieux (amygdale par exemple), et ne s'est pas amélioré de façon marquée jusqu'à ce que le malade ait été mis pendant quelque temps à un régime avec réduction très marquée des hydrates de carbone.

La réaction de Wassermann fut effectuée dans les sérums de 53 cas de la série : toutes furent uniformément négatives. Il n'y a donc aucune preuve que l'affection spécifique joue un rôle dans la production d'arthrites de ce genre.

G. BLECHMANN.

INFECTIONS

L'iodure bismuthé d'émétine dans le traitement de l'amibiase (P. MANSON RENNIE. *The Lancet*, 30 déc 1922, vol. CCIII, n° 5183.) — L'emploi de l'iodure bismuthé d'émétine (E. B. I.), dans le traitement de la dysenterie amibienne, a été introduit dans la pratique, pour la première fois, par Dumez. Il a expérimenté sur des chiens et utilisé l'iodure mercurique d'émétine et l'E. B. I. Les composés étant insolubles dans l'eau et dans l'acide chlorhydrique dilué, il semble que la drogue devait rester plus longtemps en contact avec les amibes.

D'après Dale, l'iodure double de mercure et d'émétine aurait été utilisé dans cette maladie avant Dumez par Walsh et H. Wardon. Dale a donné 20 centigrammes d'E. B. I. en capsules (représentant 6 centigrammes de chlorhydrate d'émétine), pendant douze nuits consécutives. Le produit est uno poudre rouge insoluble dans l'acide dilué. Elle traverse l'estomac sans modification, mais se décompose graduellement, avec libération de l'émétine et précipitation du sulfure de bismuth dans l'intestin.

La forme sous laquelle on administre le médicament est importante. Low a montré que la drogue traverse l'intestin sans être absorbée, si elle est comprimée en tablette dure ou recouverte de paraffine, résine, kératine ou stéarine. Certains auteurs ont montré que les pilules enveloppées de stéarine et salol ne sont pas aussi efficaces que les capsules de gélatine contenant la poudre.

L'action thérapeutique de l'E. B. I. peut être considérée comme ayant un effet curatif définitif sur l'amibiase, bien qu'on soit parfois obligé de s'y prendre à deux ou trois fois pour effectuer une guérison, tandis que les injections d'émétine ne peuvent être regardées que comme palliatives.

En ce qui concerne l'administration de l'E. B. I., certaines règles sont à observer.

Le traitement doit être réglé sur la tolérance du malade. Il n'est pas nécessaire d'administrer le médicament jusqu'à la dose de tolérance dans tous les cas.

Le malade doit être traité au lit; le régime doit être léger et assimilable ; il peut être varié par du pain grillé et des œufs et non pas nécessairement limité au lait.

Le vomissement, s'il est retardé (quatre heures après administration de la drogue), n'implique pas que la drogue ne sera pas absorbée. Le vomissement différé semble indiquer que le médicament commence à faire effet.

Le malade est quelquefois prévenu par une sensation spéciale quand la capsule éclate.

La diarrhée est d'une importance favorable et typique de l'action du médicament. Il y a, en général, trois ou quatre expulsions diarrhéiques liquides par jour, ressemblant aux déchets d'extrait de viande.

La restriction de régime, pendant un mois environ après le traitement, est importante, et il faut en avertir le malade avant de le quitter.

L'augmentation de poids est très frappante après une série favorable de l'E. B. I.

G. BLECHMANN.

Les manifestations bucco-pharyngées des fièvres typhoïdes. (E. FROMMEL et Ed. GRASSET. *Revue méd. de la Suisse romande*, fév. 1923, n° 2, p. 92-97.) — Après un résumé très court des notions classiques, les auteurs rapportent un cas de gangrène des amygdales survenue au cours d'une infection à paratyphique A. Il s'agissait d'une jeune femme, atteinte d'une amygdalite droite bénigne depuis les premiers jours de novembre 1921, puis d'une grave amygdalite gauche apparue dès le 12 novembre et considérée, d'abord, comme une gangrène amygdalienne gauche à streptocoques et anaérobies associés. L'état général étant fort précaire, la malade est conduite à l'hôpital, le 19 novembre. Là, le diagnostic de septicémie streptécoccique paraît d'abord se confirmer, bien que l'hémoculture ait décelé un bacille « mobile ». Mort dans le coma. A l'autopsie, lésions typiques de fièvre typhoïde, avec nombreux foyers hémorragiques disséminés çà et là. Par ensemencement de la rate, il se développe un bâtonnet mobile, cilié, Gram-négatif, présentant les caractères généraux du groupe typhique et qui, cultivé sur milieux différentiels, permit d'identifier en bacille paratyphique A. Les réactions d'agglutination confirmèrent ces examens.

Cette observation soulève divers problèmes :

Le premier est celui de l'association de divers microbes et du bacille typhique, qu'il s'agisse du bacille diphtérique, d'entérocoque, de streptocoque, de staphylocoque, de pyocyanique, de tétrogène, de colibacille ou d'anaérobies. Ces associations caractériseraient les formes sévères (Rodet et Bonnamour), fait contesté par M. Bloch et P. Hébert.

Second point. La précession amygdalienne autorise-t-elle à voir, dans l'amygdale, une porte d'entrée possible (Adler)?

Troisième point. Le médecin doit penser à la fièvre typhoïde, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'ulcérations bucco-pharyngées avec état septicémique. Il ne devra pas se contenter de rechercher le bacille typhique par hémoculture, mais il devra s'adresser, pour préciser son diagnostic, aux réactions d'agglutination de Widal qui, seules, pourront le fixer définitivement sur la nature de la maladie.

L. BABONNEIX.

Gangrène et exfoliation de la paroi vésicale dans la fièvre typhoïde. (Th. GRIER MILLER et Ch. C. WOLFERTH. *Journ. Amer. of the med. Assoc.*, édit. espagn., déc. 1922, vol. VIII, n° 12, p. 734-738.) — Il s'agit d'une complication rare, puisqu'elle a été seulement signalée par Cossy, Lemaire,

Perriol et Legueu et que l'on n'en connaît que quelques cas. Il concerne une femme blanche de trente-huit ans, célibataire, entrée à l'hôpital, le 9 septembre 1922, au treizième jour d'une typhoïde modérément grave, avec hémoculture et séro-réaction de Widal positives. Les premières analyses d'urines ne révélèrent qu'une trace d'albumine, et la présence de quelques cylindres. Le 14, rétention d'urines subite, que l'on dut combattre par la sonde. A partir du troisième jour, urines troubles, de réaction alcaline; au sixième, elles prennent une coloration rougeâtre, et l'examen y décèle la présence de sang et de pus en petites quantités, mais les cultures ne permirent pas d'y trouver le bacille typhique. L'état général, après s'être amélioré légèrement, ne tarda pas à s'aggraver. On constata de la fièvre, de la leucocytose sanguine, un grand frisson, bientôt suivi de collapsus, dont la tirèrent seulement les injections de sérum. Le jour suivant (26), on découvrit, dans le flanc droit, une masse volumineuse, dont il était difficile de dire si elle appartenait au rein ou au foie. Un examen cystoscopique montra que l'urine contenait beaucoup de sang, qu'il y avait une cystite membraneuse étendue, et que la muqueuse paraissait avoir subi la transformation gangréneuse. Les orifices urétéraux étaient obstrués. A l'examen bactériologique, nombreux microbes appartenant, pour la plupart, au groupe *Proteus*. Malgré les lavages vésicaux, l'urine devint plus fétide et plus riche en pus, plus sédimenteuse; au cours d'un cathétérisme, on retira un lambeau de membrane sphacélée de 7 centimètres de large sur 2,5 de haut. La mort survint le 6 décembre. A l'autopsie, quantité de tissu sphacélé dans le petit bassin, dilatation basse de l'uretère droit, oblitération de l'espace de Retzius par de grosses adhérences, distension de la vessie dont la paroi était vert sombre, mais sans ulcérations profondes. Sur des coupes, absence de muqueuse et de sous-muqueuse, congestion modérée des vaisseaux.

Une femme de trente ans, célibataire, entre à l'hôpital, le 14 septembre, au début de la troisième semaine d'une typhoïde, confirmée par le laboratoire. Rien d'autre dans les urines qu'une trace d'albumine et quelques rares cylindres. Au huitième jour de son entrée, rétention d'urines, ayant nécessité des cathétérismes réguliers, lesquels ramenèrent bientôt une urine purulente, riche en bâtonnets et en diplocoques extracellulaires, puis fétide, et qu'interrompaient fréquemment l'expulsion de fragments solides, dont l'examen n'a pu malheureusement être fait. Le 30, stupeur, apparition d'une tuméfaction rénale droite (pyélonéphrite ?) mort subite, le 9 octobre, au bout de dix jours de septicémie.

Ces cas sont intéressants, car ce sont les seuls où l'on ait noté une gangrène avec exfoliation de la vessie chez des sujets dont la fièvre typhoïde avait été diagnostiquée, non seulement par la clinique, mais encore par le laboratoire. Bien que les deux cas aient été observés dans le même hôpital et à la même époque, il ne s'agit pas de contagion intérieure, car il n'y avait eu aucune espèce de communication entre les deux malades. Comme causes prédisposantes, il faut signaler le sexe féminin, la rétention d'urines, la perte de tonicité vésicale. La cause déterminante semble être l'infection locale. L'élimination de tissu nécrosé est fatale, si le patient vit assez longtemps. L. BABONNEIX.

Dangers que court l'organisme qui héberge des parasites en train de mourir. (F. G. GASTOWN [Durban]. *Practitioner*, déc. 1922, p. 460 461.) — On connaît depuis longtemps les relations de certains cancers avec la présence, dans les segments correspondants du tube digestif, de parasites, soit à l'état adulte, soit à l'état de vers. De tels faits ont été signalés par les vétérinaires pour le cancer de l'estomac qui, parfois, se développe juste à l'endroit où sont agglomérées des larves d'œstres [Petit (d'Alfort)] et, chez l'homme, pour les cancers de l'intestin qui semblent avoir pour point de départ un nid de Bilharzia (Letulle). L'auteur fait observer que, dans le traitement des infections parasitaires, on s'estime généralement satisfait quand on a soulagé quelques vagues troubles fonctionnels. C'est ainsi qu'on a donné *per os* l'hexaméthylène-tétramine dans l'hématurie chronique du Cap, l'émétine dans le traitement palliatif de la bilharziose et de la distomatose pulmonaire. Or, il y a de grands dangers à ne pas tuer le parasite :

1° Divers médecins ont signalé la fréquence du carcinome hépatique chez les Sud-Africains infestés de schistomiase;

2° Lorsque les parasites sont seulement ratatinés, leurs œufs meurent, sont transportés par le courant sanguin, peuvent s'accumuler dans le rein et provoquer ainsi des crises de coliques néphrétiques;

3° Nombre de sujets insuffisamment traités font de l'hépatite chronique.

Conclusion : Ne recourir qu'aux traitements qui peuvent amener une guérison radicale en moins d'un mois et ne le confier qu'à des personnes expérimentées. En principe, il devrait s'adresser aux injections intramusculaires d'émétine pour les enfants, aux injections intraveineuses d'émétique pour les adultes. L. BABONNEIX.

Le diagnostic, le pronostic et le traitement précoce de la poliomyélite. (Robert W. LOVETT. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 27 mai 1922, vol. LXXVIII, n° 21.) — Les conclusions de cette étude sont fondées sur 5.100 cas de poliomyélite que l'auteur a traités depuis 1916; 1.836 de ces cas ont été observés dans l'Etat de New-York; 2.159 dans le Massachusetts; 610 à Vermont et 500 dans la clientèle privée.

Le diagnostic appartient d'abord au neurologiste, au pédiatre et au médecin, plutôt qu'au chirurgien; mais celui-ci, appelé à voir de si nombreux cas à la dernière période, doit être familier avec les accidents du début.

De nombreux cas de poliomyélite sont méconnus à la période du début parce qu'on établit un diagnostic erroné et que celui-ci n'est reconnu qu'après l'apparition de la paralysie.

La maladie débute en général à la fin de l'été par une attaque fébrile, parfois très violente, parfois légère, à signes respiratoires ou gastro-intestinaux. C'est pendant cette attaque ou peu après que l'on s'aperçoit de la perte du mouvement dans un ou plusieurs membres.

Le symptôme le plus suspect est la raideur de la nuque dans le fléchissement de la tête. La sensibilité des régions qui seront atteintes survient précocement et peut être excessive, avec occasionnellement des sensations de piqûre ou d'engourdissement.

La paralysie se produit dans un délai variant d'une ou de deux heures à trois ou quatre jours après l'attaque, sous forme de paralysie motrice le plus souvent à peu près symétrique. Elle se produit dans les extrémités inférieures plutôt que dans les membres supérieurs, et dans presque tous les cas elle est accompagnée de sensibilité et même de douleur dans les parties atteintes. On ne saurait trop insister sur le danger de laisser échapper au début le réel caractère de la maladie, car cette erreur se produit fréquemment et la famille la comprend et l'excuse difficilement.

Parmi les diagnostics erronés qui se produisent, les plus communs sont ceux de rhumatisme, fièvre typhoïde ou muqueuse, méningite cérébro-spinale, hémorragie cérébrale.

Expérimentalement, l'hexaméthylénamine a paru retarder ou atténuer l'infection des singes quand on l'administre avant l'infection, mais il n'y a pas de preuve qu'elle soit efficace quand l'infection s'est produite. Pourtant, son emploi est inoffensif. La strychnine, l'ergotine, le bromure, etc., ne sont pas recommandables. Dès que le diagnostic a été posé, le malade devra rester parfaitement tranquille, non seulement physiquement mais aussi cérébralement.

Durant cette période, il n'y a pas de danger d'ankylose ou d'atrophie sérieuse ou irrémédiable.

Dès que la sensibilité a diminué, en général de la seconde à la quatrième semaine, le malade éprouve beaucoup de soulagement et d'amélioration apparente par immersion dans un bain salin chaud; on lui fera effectuer quelques mouvements des articulations en même temps qu'un changement de position, pratique qui peut être répétée quotidiennement. On réchauffera chaque jour les régions sensibles pendant quelques minutes à l'aide de la lumière électrique. Des examens fréquents ou étendus du malade pendant la période de sensibilité sont à éviter car ils donnent des résultats imparfaits et sont nuisibles au malade. Toute estimation du degré ou de l'étendue de la paralysie est sujette à caution tant que cette sensibilité existe.

En ce qui concerne la station assise, s'il y a eu des troubles respiratoires par gêne des muscles thoraciques, il ne faudra pas laisser les malades trop longtemps couchés sur le dos.

L'impossibilité de tousser de façon perceptible est un signe important et de tels malades meurent parfois de complications respiratoires un ou deux mois après le début de la maladie. Ces patients doivent être soigneusement préservés de toute cause pouvant amener des complications respiratoires.

En général, après quatre semaines, la sensibilité est devenue beaucoup moindre, et il est généralement sage de laisser le malade assis sur une chaise aussitôt que la sensibilité a diminué de façon marquée. S'il y a gêne des muscles abdominaux (près de 70 p. 100 des cas), on devra appliquer un corset abdominal avant d'autoriser la station assise.

G. BLECHMANN.

MALADIES DE LA NUTRITION

La détermination des ions hydrogène dans les milieux organiques par la méthode colorimétrique de Sœrensen. (Alph. LABBÉ. *Gaz. méd. de Nantes*, 15 avril 1923, n° 8, p. 145-153.) — La concentration en ions hydrogène dans les solutions est peut-être le facteur le plus important dans les phénomènes de la vie, ou plutôt, dans la réaction des organismes vis-à-vis du milieu. Les physiologistes, biologistes et océanographes l'ont déjà beaucoup étudiée. Seuls, les médecins l'ignorent à peu près totalement. Ignorance fâcheuse, s'il est vrai que nos cellules ont leurs fonctions réglées, non par des concentrations salines diverses, mais par l'ionisation du milieu intérieur salin dans lequel elles vivent. Chaque humeur a une réaction d'équilibre qui établit sa valeur normale. A l'état pathologique, cet équilibre est rompu, ce dont on doit s'assurer sur la détermination de l'alcalinité et de l'acidité vraie.

Pour cela, il faut déterminer la quantité d'ions H ou OH libres dans le liquide considéré.

Rappelons, avant d'aller plus loin, quelques notions de chimie physique indispensables.

On sait que les acides et les bases n'agissent que par les ions libres.

Prenons l'acide chlorhydrique HCl et la soude NaOH.

HCl est formé d'un ion Cl, électronégatif et d'ions $\overset{+}{H}$ à charge positive; NaOH, d'ions Na, à charge positive, et d'ions $\overline{OH}$ à charge négative. Les ions Na et Cl donnent à la solution les caractères propres à la soude et à l'acide chlorhydrique, mais l'acidité est déterminée dans *tous* les acides par les ions $\overset{+}{H}$ et dans *tous* les alcalis par les ions $\overline{OH}$.

Autrement dit, ce sont *toujours* les ions $\overset{+}{H}$ et les ions $\overline{OH}$ libres qui déterminent la réaction alcaline ou acide du liquide considéré.

Tous les liquides organiques sont à base d'eau, H^2O, formée d'ions $\overset{+}{H}$ et d'ions $\overline{OH}$.

On appelle *concentration* le nombre de molécules-grammes ou d'ions-grammes contenus dans un litre de solution :

$$C_H = [H'].$$

La *dilution* est l'inverse de la concentration, c'est-à-dire le nombre de litres qui renferment une molécule-gramme ou un ion-gramme :

$$D_H = \frac{1}{[H']}.$$

Dans l'eau pure, il existe une relation entre les ions $[\overline{OH}]$ et les ions $[\overset{+}{H}]$ qui se combinent pour former H^2O. Le produit de leurs concentrations est une constante K, *constante de dissociation*. On a ainsi l'équation :

$$(1) \qquad [\overset{+}{H}]\ [\overline{OH}] = K\,(H^2O) = \frac{1}{10^{14}} = 10^{-14}.$$

Si cette solution est électriquement neutre on aura :

$$(2) \qquad [\overset{+}{H'}] = [\overline{OH'}] = \frac{1}{10^{7.07}} = 10^{-7.07}.$$

Dans ce cas, le nombre d'ions H est égal au nombre des ions OH. Mais toute addition d'un sel ou d'une autre substance libérant des ions supplémentaires H ou OH déterminera une rupture de l'équilibre.

Si $[\overset{+}{H'}] > [\overline{OH'}]$, la solution sera acide.

Si $[\overset{+}{H'}] < [\overline{OH'}]$, la solution sera alcaline.

L'écart est fonction de la force de l'acide ou de la base, c'est-à-dire de sa dissociation en ions, les acides forts libérant plus d ions que les faibles.

En pratique, on éprouve de grandes difficultés pour figurer par des chiffres les concentrations en ions hydrogène ou en hydroxyles, car, en concentration, on obtient des nombres très petits, en dilutions des nombres très grands.

Prenons comme unité de mesure la solution normale N contenant 1 gramme d'hydrogène par litre d'eau.

Dans l'eau électriquement neutre, la concentration en ions hydrogène est égale à 0g000.000.1 par litre, c'est-à-dire $\frac{N}{10^7}$.

La constante de dissociation de l'eau $K = \frac{1}{10^{14}}$. Comme $K = [\overset{+}{H'}]\ [\overline{OH'}]$, on a :

$$[OH'] = \frac{K}{H'} = \frac{10^7}{10^{14}} = \frac{1}{10^7}.$$

C'est là le point de neutralité vraie.

Supposons que l'on ait trouvé :

$$[H'] = \frac{1}{10^6}$$

on aura :

$$[OH'] = \frac{10^6}{10^{14}} = \frac{1}{10^8}.$$

En pratique, il est plus facile de déterminer $[H']$, mais on voit qu'il est toujours facile d'en déduire $[OH']$.

Nous avons toujours $[H'] = \frac{N}{10^n}$.

Puisque $N = 1$,

$$[H'] = \frac{1}{10^n}.$$

On est convenu, pour faciliter les calculs, de remplacer la valeur absolue de cette fraction par l'exposant *n*. Or, les exposants varient en *raison inverse* des concentrations. Celles-ci vont en progression géométrique, tandis que ceux-là varient en progression arithmétique, ce qui veut dire que ces exposants sont les *logarithmes* des chiffres de concentration.

Le symbole P_H de Sarensen, qui est maintenant d'un emploi universel, est le *logarithme de l'inverse de la concentration en ions hydrogène* :

$$P_H = \log.\ \frac{1}{[\overset{+}{H}]}.$$

Cette notation a été adoptée à cause de sa commodité, et parce que la méthode électrométrique la donne aussi bien que la méthode colorimétrique.

Avec la solution normale N, nous avons :

$$P_H = \log.\ \frac{1}{[H']} = \log.\ \frac{1}{1} = 0.$$

Si nous prenons une solution de 1 gramme d'hydrogène dans 1 litre d'eau, nous aurons : $[OH'] = 1$.

D'où $[H'] = 1$, d'où $P_H = 14$.

P_H peut donc varier de 0, acidité vraie, à 14, alcalinité vraie. La formule $P_H = 7$ représentera donc la neutralité chimique.

Comment déterminer P_H?

La méthode par titrage est inapplicable.

La méthode électrométrique, fondée sur le principe de Nernst (la différence de potentiel observée entre une solution et une lame d'hydrogène plongée dans cette solution est liée à la concentration de cette solution en ions hydrogène) est très sûre, mais peu pratique, et fort coûteuse.

Reste donc la méthode colorimétrique, dite de Sœrensen-Palitzsh, qui consiste à mettre en présence des solutions à examiner, des liquides colorés, susceptibles de changer de coloration suivant la P_H. Nous renvoyons, pour son exposé, à l'article de M. A. Labbé, qui signale, non seulement la technique, mais encore les principales causes d'erreur.

La détermination de P_H n'a d'ailleurs de valeur que si on la complète par la détermination de concentration moléculaire et le dosage de l'HCl et du CO^2 total. Ainsi contrôlée et appliquée au liquide céphalo-rachidien, elle peut donner des résultats inattendus en pathologie nerveuse et mentale.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES [1]

e. Auscultation de la voix. — Elle fournit aussi des renseignements importants : elle donne à l'oreille, tantôt un murmure vésiculaire fort, à timbre caverneux mais indistinct (*bronchophonie caverneuse*), tantôt nettement articulé et bien distinct (*pectoriloquie*). La voix semble sortir directement de la poitrine et les paroles frappent l'oreille comme si elle sortait du point que l'on ausculte. Si le malade parle à voix basse, on a l'audition nette de la voix chuchotée (*pectoriloquie aphone*).

f. Auscultation de la toux. — La *toux caverneuse* est déchirante, pénible, à timbre creux, à retentissement exagéré. Elle éclate au creux de l'oreille et est même pénible. C'est un signe très important de caverne pulmonaire.

De tous ces symptômes, il faut en retenir, surtout d'après Laënnec, trois principaux :

— le souffle caverneux,
— le gargouillement,
— la pectoriloquie.

Il faut y joindre le retentissement de la toux. Ces quatre symptômes se perçoivent si la caverne est ouverte. Dans certains cas la caverne peut être fermée quand la bronche est obstruée par du muco-pus ou quand la caverne est pleine de pus. Ces *cavernes fermées ou muettes* sont d'un diagnostic plus difficile. Les seuls signes physiques sont : la matité, la diminution ou la disparition du murmure.

Enfin, même en cas de cavernes ouvertes, les signes cavitaires peuvent faire défaut :

S'il s'agit d'un rétrécissement du larynx, de la trachée (Barth), d'accolement des parois de la caverne par une énorme infiltration périphérique (Woillez);

S'il y a des fausses membranes très épaisses;

S'il y a un retrait du poumon à la suite d'un pneumothorax.

AUTRES FORMES DE CAVERNES. — A côté des cavernes *ouvertes* et des cavernes *fermées ou muettes*, on peut placer les *petites cavernes* peu perceptibles à l'auscultation, et les *grandes cavernes* à parois lisses, donnant des signes de pneumothorax localisé avec bruit de pot fêlé, souffle amphorique, tintement métallique, etc. Enfin, signaler les cavernes *multiples* et les cavernes *bilatérales*, les cavernes sèches, dont l'évolution semble arrêtée.

2° **Signes fonctionnels.** — *a.* La *douleur* thoracique est variable. Elle peut ne pas être intense. Elle siège au niveau même de la caverne ou bien en divers points à distance. Elle est surtout vive quand il coexiste de la pleurésie sèche à ce niveau.

b. La *toux* est fréquente, intense, pénible, quinteuse, surtout le matin au réveil; elle aboutit alors à l'expectoration. Très pénible la nuit, elle peut empêcher le malade de dormir. Dans certains cas même, elle peut être émétisante.

c. L'*expectoration* est très abondante. A elle seule, son abondance doit faire craindre l'existence d'une caverne. Cette expectoration est faite de crachats nummulaires muco-purulents ou purulents, verdâtres ou gris sale, d'odeur fade. Elle constitue parfois une purée véritable, épaisse et visqueuse. Le matin, au lever, l'expectoration peut être tellement abondante qu'elle simule une pseudo-vomique. Les crachats peuvent être striés de sang.

d. La *dyspnée* est plus ou moins prononcée. Elle n'est pas seulement due à la caverne même, mais aux lésions pleuro-pulmonaires plus ou moins étendues qui l'accompagnent.

La diminution du champ de l'hématose s'accompagne de cyanose plus ou moins accentuée avec refroidissement.

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 31, p. 502.

e. Les *hémoptysies* sont fréquentes, dues à des ruptures vasculaires, notamment à des ruptures d'anévrismes de Rasmüssen. Elles sont plus ou moins abondantes, répétées, parfois massives et foudroyantes, amenant la mort rapide.

3° **Signes généraux.** — La cachexie tuberculeuse s'installe et se développe à cette période. L'état général du malade devient peu à peu lamentable. Le malade est en proie à la fièvre hectique : accès de fièvre quotidienne, irrégulière, intermittente, à oscillations considérables, à exacerbations matinales ou vespérales, terminées par des poussées sudorales, parfois réalisant le type inverse.

L'amaigrissement s'accentue rapidement; le thorax est rétracté, le dos est voûté, les tempes sont creuses, la peau est pâle et cyanotique, la peau est fine et moite, les pommettes saillantes, les yeux creux, les lèvres cyanosées.

Les troubles intestinaux sont fréquents et la diarrhée prédomine. L'aphonie, la dysphagie sont en rapport avec des lésions laryngées.

L'examen du sang montre une anémie intense : diminution du nombre des globules et diminution de la masse totale du sang.

Les doigts présentent à la longue une déformation spéciale : doigts hippocratiques. La troisième phalange est épaissie d'avant en arrière avec incurvation de l'ongle en verre de montre.

Les jambes sont souvent le siège d'œdèmes cachectiques (œdème bilatéral) ou œdème par phlegmatia (unilatéral).

On observe aussi des troubles divers : anorexie, muguet, asthénie extrême, albuminurie souvent en relation avec la diarrhée et la dégénérescence amyloïde, pouls veineux du dos de la main, suppression des règles. Contrastant avec cet état physique vraiment lamentable, l'état psychique reste souvent excellent; on note souvent une sorte d'euphorie, un optimisme bienfaisant, au milieu duquel la mort vient le surprendre (hémoptysie, embolie ou cachexie progressive).

Tous ces signes généraux paraissent liés à :

— la diminution du champ de l'hématose;
— l'intoxication tuberculeuse;
— à la dénutrition et à la cachexie.

RADIOSCOPIE ET RADIOGRAPHIE. — Les renseignements fournis par les rayons X sont extrêmement importants car ils permettent de préciser le siège exact, la forme, les dimensions, la multiplicité des cavernes pulmonaires, ainsi que les lésions pleuro-pulmonaires concomitantes. Mais ils ne sont pas infaillibles cependant, et il est classique de répéter aujourd'hui que Rœntgen montre plus de cavernes que Laënnec, et Morgagni plus que Rœntgen encore.

La diminution de transparence et l'opacité d'un lobe pulmonaire montrent un aspect caractéristique : au milieu d'une masse sombre se manifeste une zone claire; limitée, de forme assez régulièrement arrondie et qui correspond à une caverne. Il ne faut pas confondre cette zone claire avec une portion de tissu pulmonaire sain, incluse dans une région infiltrée. L'image de la caverne se caractérise par sa clarté plus grande que celle du parenchyme pulmonaire sain et par l'anneau sombre qui la limite. L'aspect peut varier d'un jour à l'autre, être clair un jour, sombre le lendemain; ces aspects différents correspondent aux moments où la caverne est pleine ou vide de pus.

La caverne peut aussi passer inaperçue, si les rayons X traversent successivement une caverne et des masses solides, fibreuses ou caséifiées, dont l'opacité complète la clarté de la caverne. Ainsi s'explique comment des cavernes peuvent échapper complètement à l'écran radioscopique.

Par ailleurs, l'examen complet de la cage thoracique révèle la diminution de transparence des champs pulmonaires, l'existence d'ombres irrégulières, la diminution de l'amplitude de l'incursion diaphragmatique pendant l'inspiration, des masses hilaires.

La prise de radiographies est souvent très utile, en révélant plus de détails.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 34. — SAMEDI 28 AVRIL 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 28 AVRIL 1923. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

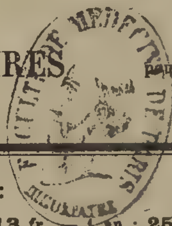
Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 avril. — MM. Gouverneur, 18; Lorin, 17; Quénu, 16.

— PROSECTORAT. — Le concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie sera ouvert le lundi 11 juin 1923, à 16 heures, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du lundi 14 mai jusqu'au samedi 26 mai 1923 inclusivement, de 14 à 17 heures.

— ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — La réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude se réunira le lundi 18 juin 1923, à 16 h. 1/2, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le nombre des places d'assistant d'électro-radiologie à attribuer par cette Commission est fixé à huit.

MM. les docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du lundi 28 mai 1923 au samedi 9 juin inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Des conférences seront faites à la Faculté de médecine de Paris par MM. le Doyen et les professeurs de la Faculté de médecine de Madrid dont les noms suivent aux jours, heures et lieux indiqués ci-dessous :

Professeur Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid, au petit amphithéâtre de la Faculté, le mardi 1er mai, à 17 heures, sur « Les nouvelles applications de la radiothérapie en gynécologie ».

Professeur Hernando, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, le jeudi 3 mai, à 10 h. 3/4, sur « L'action de quelques médicaments sur la sécrétion du suc gastrique ».

Professeur Cardenal, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, le mardi 1er mai, à 11 heures, sur « Le traitement des péritonites aiguës diffuses ».

Professeur Aguilar, à la clinique oto-rhino-laryngologique (hôpital Lariboisière), le mercredi 2 mai, à 10 heures, sur « Les infections générales d'origine dentaire ».

Professeur Marquez, à la clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu), le lundi 30 avril, à 10 heures, sur « La méthode des coïncidences dans l'examen et dans la signification des diplopies binoculaires ».

Professeur Goyanès, au siège de la Société de chirurgie (12, rue de Seine), le mercredi 2 mai, à 17 heures, sur « La contribution à la chirurgie vasculaire ».

IVe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE (8 ET 9 JUIN 1923). — La IVe Réunion neurologique internationale annuelle se tiendra à Paris, les vendredi 8 et samedi 9 juin 1923, dans l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière.

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h., l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante est mise à l'étude : *Les compressions médullaires.* Rapporteurs : 1° Pour l'anatomie pathologique et la pathogénie : MM. James Purves Stewart et George Riddoch (de Londres); 2° Pour la physiologie pathologique, la clinique et la thérapeutique : M. Ch. Foix (de Paris).

Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres de communications au secrétaire général : Docteur Henry Meige, 35, rue de Grenelle, Paris, 7e.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES DES HOPITAUX DE BORDEAUX. — Nous apprenons que vient d'être fondée à Bordeaux une Association professionnelle réunissant les externes et anciens externes des hôpitaux de Bordeaux. Cette Association cherche à resserrer les liens de camaraderie entre ses membres, à leur assurer son appui pour toutes les questions matérielles et morales qui peuvent les intéresser, et à permettre aux anciens externes dispersés de reprendre contact avec leurs camarades.

MONUMENT DU PROFESSEUR S. ARLOING. — L'inauguration du monument du professeur S. Arloing dû au talent du professeur P. Richer aura lieu à l'Ecole vétérinaire de Lyon, sous la présidence de M. le ministre de l'Agriculture, le dimanche 6 mai prochain, à 15 heures.

Les souscripteurs sont invités à assister à cette cérémonie.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

ERREUR DE DIAGNOSTIC, GROSSESSE, ACQUITTEMENT EN PREMIÈRE INSTANCE. CONDAMNATION EN APPEL

Notre éminent collaborateur juridique Me H. Ribadeau-Dumas rapportait dans un de nos derniers numéros (n° 32, 21 avril 1923, p. 516) le texte du jugement d'Evreux renvoyant des fins de la poursuite exercée contre lui pour homicide par imprudence un confrère d'Evreux et rejetant la demande en dommages et intérêts formée par la famille de la malade.

La Cour d'appel de Rouen vient d'infirmer ce jugement. L'arrêt décide que le docteur V... s'est rendu coupable du délit prévu par l'article 319 du Code pénal et le condamne à payer au père de Mme J..., à titre de dommages-intérêts, une somme de 2.000 francs et aux trois enfants qu'elle a laissés une somme globale de 9.500 francs.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cet arrêt qui va soulever dans le corps médical une légitime émotion. F. L. S.

CHRONIQUE

LE ROLE MÉDICAL DANS LE RECRUTEMENT DE L'ARMÉE

La loi de recrutement, qui vient d'être votée par le Parlement et publiée dans le *Journal officiel*, s'inspire de cette idée humanitaire et patriotique que l'on ne doit incorporer que les conscrits ayant réellement l'aptitude physique à la vie militaire.

Dans ce but il est prescrit à l'article 10 que « Dans le mois qui suit la publication des tableaux de recensement, et jusqu'au juillet au plus tard, tout inscrit (à défaut, suppléé par un de ses parents ou une personne qualifiée) qui aurait à faire valoir des infirmités ou maladies pouvant le rendre impropre au service militaire, doit en faire la déclaration à la mairie de sa commune, en y joignant pour constituer son dossier sanitaire tous les certificats utiles ».

C'est en somme un appel à la collaboration du « Médecin de famille », et nous l'enregistrons bien volontiers.

« Les déclarations des inscrits sont, à l'expiration des délais, transmises par le maire à l'autorité compétente, qui les comprend, avec toutes les pièces s'y rapportant, dans les dossiers des jeunes gens », et ceux-ci sont alors convoqués devant une « Commission médicale ».

« Elle est composée de trois médecins militaires, dont un médecin de réserve ne résidant pas dans l'arrondissement, et chargée, avant la séance publique du Conseil de revision, de l'examen préalable des jeunes gens qui en font la demande. Elle examine chacun d'eux séparément, après avoir pris connaissance des dossiers et renseignements sanitaires le concernant, et note son aptitude ou son inaptitude aux diverses armes et services de l'armée, conformément à ses caractéristiques morphologiques et à ses dispositions professionnelles. Elle peut demander au Conseil de revision que les sujets douteux soient soumis à une expertise médicale et renvoyés pour cet examen devant des médecins spécialistes, militaires ou civils, agréés par le Ministre, ou qu'ils soient mis en observation dans un hôpital, sans attendre l'incorporation » (article 17).

Cette « Commission médicale » constitue une innovation qui ne peut qu'être approuvée dans notre monde professionnel. De même la déclaration de l'aptitude ou de l'inaptitude aux diverses armes ou services est une innovation heureuse. Lorsque je fus désigné pour la première fois comme expert près un Conseil de revision — c'était en Saône-et-Loire — j'étais hanté par le souvenir des nombreux changements d'armes que j'avais vu faire à la suite des visites d'incorporation; aussi je crus devoir indiquer pour les conscrits reconnus bons pour le service leur aptitude pour telle ou telle arme. Cette déclaration amena l'officier de recrutement à protester, parce que, dit-il, j'empiétais sur ses attributions. Je répondis que l'expert avait le devoir de signaler complètement, à la personne qui l'avait chargée de l'expertise, la situation de l'individu examiné. Le Préfet approuva cette déclaration. Mais pour ne pas envenimer la situation les jours suivants je me contentai de déclarer l'aptitude ou non au service militaire. Mais actuellement j'enregistre, comme un progrès sérieux, la détermination obligatoire de l'aptitude à telle ou telle arme.

Voici, d'après l'article 19, comment les choses se passeront désormais au Conseil de revision : « Les jeunes gens sont présentés par le Président de la Commission médicale ou son délégué, qui fait connaître l'avis de la Commission sur chacun d'eux en ce qui concerne son aptitude aux diverses armes au service de l'armée ».

Le Conseil de revision, qui est assisté « par un médecin militaire, ou, à défaut par un médecin de réserve, ne résidant pas dans l'arrondissement, et désigné par l'autorité militaire, classe, au point de vue des aptitudes physiques, les jeunes gens présenlés en quatre catégories : 1° bons pour le service armé; 2° bons pour le service auxiliaire; 3° ajournés à un nouvel examen; 4° exempts de tout service militaire. »

« Les hommes des 2e et 4e catégories sont astreints à se présenter et à subir l'examen d'une Commission de réforme : 1° à la date du passage de leur classe dans la disponibilité; 2° cinq ans après la visite précédente; 3° cinq ans après cette seconde visite. » Toutefois les exemptés et réformés qui présenteraient des infirmités, maladies, ou mutilations irrémédiables sont dispensés de ces trois examens. La liste des causes d'exemption et de réforme entraînant cette dispense sera arrêtée par une Instruction ministérielle sur l'aptitude physique au service militaire. »

Quant aux Commissions de réforme elles sont composées de quatre membres militaires appartenant au cadre actif ou aux réserves, savoir : un médecin inspecteur ou principal, président; un médecin-major de 1re ou de 2e classe; deux officiers appartenant aux corps de troupe, désignés par le Général commandant la subdivision, et ayant un grade inférieur à celui du médecin-inspecteur ou principal. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante. »

Il m'a semblé, étant donnée l'importance du rôle réservé par cette loi aux médecins de réserve dans le recrutement de l'armée, qu'il y avait intérêt pour les médecins civils à leur signaler cette situation à laquelle ils peuvent être appelés.

Dr GRANJUX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 30 AVRIL AU 5 MAI 1923)

THÈSES

Lundi 30 avril. — Jury : MM. Roger, président; Broca (André), Legueu et Lardennois. — M. Lescure (Jacques). Etude du diagnostic de l'appendicite chronique. — M. Duchein (Paul). Valeur de l'exploration fonctionnelle du rein. — M. Devois (Auguste). Le traitement radiothérapique de la prostate.

Mardi 1er mai. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Lejars, Brindeau et P. Duval. — M. Germain (Louis). Etude des accidents oculaires consécutifs à l'anasthésie rachidienne. — M. Blanchet (Julien). Etude des agglutinations chroniques dans les sacs herniaires. — M. Chapplain (Paul). Papillomes de l'uretère. — M. Pharmachi (Alexan.). L'accouchement spontané chez les femmes ayant subi une opération césarienne.

REVUE GÉNÉRALE

LES CIRRHOSES PIGMENTAIRES

Par JACQUES DE MASSARY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — Il est presque impossible de donner une définition nette et précise, concise surtout, d'un syndrome dont les manifestations cliniques sont si variables, aussi, nous bornerons-nous à dire qu'il s'agit de phénomènes morbides caractérisés par la présence de pigments ferrugineux dans l'organisme, accompagnée de lésions hépatiques.

Historique. — Contrairement à ce que l'on voit généralement se produire dans la découverte et la description des maladies humaines, le médecin, partant de constatations cliniques, à la recherche des lésions anatomiques et des altérations chimiques qui ont engendré les symptômes ayant attiré son attention, nous voyons que dans le cas présent, l'étude du métabolisme du fer et de la formation des pigments ferriques dans les cellules du corps était depuis longtemps, l'objet de nombreux travaux avant que les cliniciens n'aient isolé dans leurs observations d'entités morbides répondant à des troubles dus à l'accumulation du fer dans certains viscères.

C'est ainsi que, dès 1844, Brüch, étudiant la destruction de l'hémoglobine dans les foyers hépatiques, signalait à ce sujet la formation de pigments granuleux.

Wirchow montre ensuite que, par transformation de l'hémoglobine dissoute, il se produit à côté de cristaux d'hématoïdine, des grains amorphes, bruns libres ou inclus dans les cellules, et Perls, en 1867, met en évidence la présence de fer dans ces grains décrits par Wirchow, par la réaction bleu de Prusse, au ferrocyanure de potassium et acide sulfurique.

Mais, c'est Quincke, en 1867, qui fit les premières études expérimentales importantes et précisa le mécanisme de la destruction de l'hémoglobine.

Pour lui, cette destruction entraînerait la formation de deux pigments, l'un qui donne la réaction du fer, en se colorant en noir sous l'action du sulfhydrate d'ammoniaque et qu'il appelle « sidérine », l'autre qui ne la donne pas, ou « pigment brun ». Le premier peut se présenter, soit sous une forme granuleuse, soit sous une forme diffuse et serait une combinaison albuminoïde du fer. On le retrouve au voisinage des extravasats sanguins locaux et dans un grand nombre de maladies caractérisées par une destruction considérable de globules rouges dans le sang : anémie pernicieuse, diabète, tuberculose, leucémie, dans certains viscères : foie, rate, pancréas. Quincke reproduit cette sidérose viscérale en injectant dans les veines et dans le péritoine du chien, du sang de chien défibrinisé. L'autre pigment non ferrugineux, hématoïdine de Virchow, est étudié par Recklinghausen qui démontre qu'il peut revêtir, dans certains cas, le type de grains ressemblant à la sidérine et qu'il appelle « hémofuchsine ».

Revenant sur la constitution de cette sidérine, Kunkel (1880) pense qu'il s'agit non pas d'une combinaison albuminoïde, mais d'un hydrate d'oxyde de fer.

De nombreuses discussions s'élèvent alors (Quincke, Neumann, Hunter, Hecht, Schmidt, Maas), pour savoir s'il s'agit d'une combinaison ferro-albumineuse ou d'un oxyde de fer; si la sidérine peut se transformer en hémofuchsine, et s'il est nécessaire qu'une cellule vitale intervienne ou non pour la formation des pigments.

Enfin, en 1895, Auscher et Lapicque, parvenant à isoler dans les viscères, ce pigment ferrugineux, démontre qu'il s'agit d'un hydrate de sesquioxyde de fer et lui donnent le nom de « rubigine ».

En même temps que ces derniers travaux expérimentaux s'achevaient, certains médecins de l'École française commençaient de leur côté à décrire des cas de pigmentation anormale des téguments, survenant au cours de cirrhose ou de diabète. Troisier, en 1871, publiait à la Société anatomique de Paris, sous le nom de diabète sucré avec pigmentation, un cas tout à fait typique de ce que Hanot et Chauffard allaient isoler quelques années plus tard, en 1882, sous le nom de « diabète bronzé ». De nombreuses observations se succèdent ensuite, rapportées par Letulle, Barth, Pierre Marie, de Massary, Rendu, Jeanselme, Lereboullet et Mouzon ; Gouget, Marcel Labbé, Achard, y consacrent leurs leçons cliniques ; Duvernay à Lyon, Louis Laurent à Paris, dans leurs thèses et Noël Fiessinger s'attachent ensuite à relier les faits expérimentaux des Allemands sur la formation des pigments et les manifestations cliniques.

Parallèlement à ces travaux sur le diabète bronzé, Kelsh et Kiener, en 1889, décrivaient la cirrhose pigmentaire des paludéens et Letulle, en 1894, Gilbert et Grenet, en 1896, établissent un nouveau syndrome d'hépatite pigmentaire, sans diabète, faisant jouer un rôle prépondérant à l'hyperactivité cellulaire hépatique dans l'accumulation des pigments.

De nombreuses observations (Brault et Gaillard, Letulle, Gouget, Lucas-Championnière, Duvernay), sont ensuite venues démembrer ces entités morbides, supprimant, les uns le diabète, les autres la mélanodermie, d'autres même la cirrhose, si bien qu'à l'heure actuelle nous nous trouvons en face d'une série de faits extrêmement confus, groupés sous le terme vague d' « hémochromatose », d'hépatite sidérogène, qu'essayent d'expliquer et de relier ensemble de nombreuses théories pathogéniques non moins confuses. Aussi, après avoir décrit l'anatomie pathologique de ces syndromes, la constitution du pigment ocre ou rubigine d'Auscher et Lapicque, nous passerons en revue les deux grands tableaux primitivement isolés : diabète bronzé, cirrhose paludéenne, pour en étudier ensuite les formes frustes qui nous montreront leurs rapports ou même leur filiation avec l'hémosidérose viscérale, ce qui nous conduira alors à étudier leur pathogénie.

Anatomie pathologique. — Nous décrirons d'abord l'aspect des organes, tels qu'on les découvre à l'ouverture du corps, leurs lésions histologiques et nous étudierons ensuite avec détails le pigment ocre, ferrique qui donne un caractère si particulier à la maladie.

Anatomie macroscopique. — A *l'autopsie*, l'ouverture de la cavité abdominale laisse écouler une quantité d'ascite variable, pouvant même atteindre plusieurs litres. C'est, en général, un liquide clair, citrin, mais il a été parfois trouvé teinté en rouge foncé, presque noir.

Le péritoine, le grand épiploon, l'intestin prennent fréquemment un aspect marbré présentant de grandes plaques à contours irréguliers, de couleur noirâtre, grisâtre, plombée, ardoisée.

Le *foie* est généralement hypertrophié, soit en masse, soit en partie, lobe droit ou lobe gauche, mais il existe de nombreuses observations où il était, au contraire, nettement atrophié (Letulle, Rendu et de Massary, Roques, Chalier et Nové-Josserand, Duvernay). Il est de coloration rouge brun uniforme, sa surface est lisse et montre un aspect chagriné. Parfois, on constate en outre des lésions nettes de périhépatites.

A la coupe, le foie est d'un rouge ocre caractéristique, il crie sous le couteau, lorsque le degré de sclérose est très avancé et dans ce cas, il est possible d'apercevoir à l'œil nu, de grandes bandes de tissu conjonctif sillonnant l'organe en tous sens, séparant des lobes et lobules de volume différent, ce qui donne à la tranche de section un aspect granité, ne laissant aucun doute sur la présence de sclérose hépatique. Mais souvent la teinte est uniforme, la surface lisse et le parenchyme quoique plus dur, plus résistant que normalement, laisse assez facilement pénétrer le doigt. La teinte, rouge brun, très foncée, est seule caractéristique.

Les autres organes viscéraux sont également modifiés.

La *rate* est généralement augmentée de volume, elle pèse de 300 à 600 grammes pouvant même aller jusqu'à 2 kilogrammes. La capsule est épaissie, entourée de lésions de périsplénite.

A la coupe, on trouve aussi, mais moins fréquemment que dans le foie, des bandes de sclérose, le plus souvent, la coloration seule est changée. Plus rouge que normalement, elle tend vers le brun ou le bleu ardoisé, et peut présenter dans certains points des taches rouillées de la grandeur d'un grain de millet (Jeanselme, Achard). Mais, elle est, en général, beaucoup moins ocre que le foie (Fiessinger).

Le *pancréas* apparaît durci, ratatiné, sclérosé et également coloré en brun, mais son atteinte est moins marquée, moins nette que celle du foie, ou de la rate. Il en est de même pour les *reins* et les *capsules surrénales* qui peuvent prendre une coloration rousse.

Par contre les *ganglions lymphatiques* sont très atteints, ils apparaissent parfois entièrement noirs, de consistance extrêmement dure, si dure même qu'il faut s'aider du marteau pour les sectionner, ils sont suivant l'expression de Auscher, transformés en véritable minerai de fer.

Le *cœur* est petit, mou, flasque, couleur feuille morte (Fiessinger). L'endocarde prend aussi quelquefois une teinte brunâtre (Hanot et Chauffard). Enfin dans les cas de sidérose très marquée, la moelle osseuse, les glandes sudoripares, le corps thyroïde, l'hypophyse, ont également une teinte particulière d'aspect rouillé.

Les poumons sont parfois le siège d'une congestion pulmonaire intense dans les parties déclives, surtout à la base droite. On y observe des îlots d'atélectasie qui peuvent avoir également une teinte brun roux (Dutournier).

Anatomie microscopique. — Dans l'ensemble, on peut dire que l'on rencontre à des degrés divers des lésions de sclérose dans la plupart des organes. Mais c'est *au foie* que les lésions sont le plus marquées. On a même pu dire que, dans cet organe, il existe, sur une surface donnée, presque autant de tissu fibreux que de tissu glandulaire. Il est totalement bouleversé dans son orientation normale et est le siège d'une cirrhose bi-veineuse péri et intralobulaire dont les trames conjonctives très développées ont dissocié le parenchyme, enserrant dans leurs anneaux de minces îlots cellulaires.

Ces bandes de sclérose sont surtout volumineuses dans les espaces porto-biliaires et les organes contenus dans ce tissu conjonctif peuvent être le siège d'altérations. Hanot et Chauffard ont signalé une dilatation appréciable des rameaux de la veine porte qui forment alors de véritables sinus béants à parois denses et fibreuses. Les canaux biliaires subissent un épaississement très net de leurs parois.

Mais ce tissu scléreux n'est pas seulement limité à ces espaces portes, il siège également autour des veines sus-hépatiques qui ne sont plus alors représentées que par quelques orifices irrégulièrement arrondis, plongés dans le tissu fibreux, orifices qui peuvent même être si étouffés, si réduits qu'il est parfois très difficile de les retrouver.

Enfin, aussi bien autour de la veine porte que de la veine sus-hépatique, on peut voir se former au milieu de travées scléreuses, des néo-canalicules biliaires, disposés sous forme de réseaux sinueux et constitués de petites cellules cubiques disposées bout à bout ou à deux de front et sans lumière centrale.

Quant à la cellule hépatique, elle est diversement altérée par l'infiltration pigmentaire. Au centre du lobule, les cellules sont assez volumineuses, paraissent être en hyperfonctionnement, le noyau et le nucléole sont restés facilement colorables et visibles; mais, à mesure qu'on s'approche de la périphérie, les lésions sont plus accentuées, le protoplasma est plus fortement pigmenté, le noyau de plus en plus difficile à colorer, enfin au voisinage des travées cirrhotiques, la cellule est petite, atrophiée, à contours anguleux, le noyau a complètement disparu. Outre ces lésions de cirrhose, il n'est pas rare de découvrir d'autres lésions hépatiques : cancer primitif (Letulle), massif ou nodulaire (Blanton et Healy), adénome (Brault), hépatite nodulaire (Gilbert), adéno-cancer (Achard et Leblanc), tuberculose (Duhot [de Lille]).

Ces lésions de sclérose que nous avons décrites pour le foie, se rencontrent également dans de nombreux autres organes : *pancréas*, où l'on trouve des bandes conjonctives péri-acineuses, centro-acineuses et périlangerhancienne: *rate*, où l'on voit des travées fibreuses, irrégulièrement disséminées, en plein parenchyme, et des lésions d'endo et de périartérite; *glandes*, *capsules surrénales*, *ganglions lymphatiques*; mais, ce ne sont pas ces altérations sclérosantes de l'organisme qui sont intéressantes, c'est, au contraire, l'infiltration ferrugineuse des cellules elles-mêmes qui donne un cachet tout spécial à cette maladie et c'est elle que nous allons, maintenant, décrire.

ÉTUDE DU PIGMENT. — I. *A l'examen des coupes*, dont nous venons de faire l'étude d'ensemble, voyons d'abord comment est réparti le pigment ocre sur la *coupe du foie;* nous constatons que le pigment est intracellulaire, mais qu'il n'atteint que les cellules hépatiques saines. Duvernay, Letulle ont longuement insisté sur ce fait, que l'on ne constate jamais de pigments à l'intérieur de cellules, frap-

pées de dégénérescence graisseuse par exemple, et Achard, récemment, remarquait à nouveau que, dans un cas de cirrhose pigmentaire avec adénome, les cellules atteintes par le processus adénomateux ne contenaient pas de pigments. Dans les cellules normales, on peut voir se disposer le pigment en petites granulations, soit dans le voisinage du noyau (Lereboullet et Mouzon), soit dans le pôle biliaire. C'est surtout vers le *centre du lobule*, là où les cellules sont souvent hyperplasiées, où leur protoplasma et leurs noyaux sont encore facilement colorables que l'on constate cette disposition. Là, le pigment est encore en très petite quantité et le tissu noble de l'organe est peu atteint (Dutournier, Caussade et Milhit, Duvernay). Quand le pigment est en plus grande quantité, sa disposition n'a plus de régularité, il infiltre tout le protoplasma, refoulant le noyau à la périphérie ; il peut alors se concréter en grosses masses à contours irréguliers, remplissant toute la cellule. Celle-ci est atrophiée, réduite, et semble même détruite, son noyau n'étant plus colorable. *C'est à la périphérie du lobule*, au voisinage des bandes de scléroses que se trouve réalisée cette accumulation pigmentaire avec mort cellulaire. Il s'agit suivant la comparaison de Rendu et de Massary, de véritables morraines dont les matériaux formés par les cellules, charriés par elles, sont mis en liberté par leur fonte définitive.

Il y a donc opposition entre le volume des pigments et l'état de la cellule. Plus celle-ci est saine, en hyperfonctionnement, plus les grains pigmentaires sont petits, tandis que lorsqu'elle est morte, atrophiée, le pigment est concrété sous forme de gros blocs. Du reste, les bandes de sclérose sont également surchargées de ces gros amas pigmentaires, et Jeanselme pense que ces blocs situés dans la sclérose paraissent être les vestiges des cellules hépatiques détruites. Le même auteur ajoute que l'on peut ainsi saisir tous les intermédiaires entre la cellule infiltrée d'un pigment à l'état de fines poussières, les grains plus volumineux tassés au centre des trabécules et les gros blocs situés entre les fibrilles du tissu scléreux. Roques, Chalier, Nové-Josserand notent, au contraire, que la sclérose est peu pigmentée et seulement dans les points où elle est jeune et active. Duvernay dit aussi que le pigment est moins abondant dans le tissu scléreux.

D'autre part, les néocanalicules biliaires sont mentionnés dans de nombreuses observations, comme contenant également du pigment ferrugineux, sous forme de granulation, il en est de même, et seulement lorsqu'il y a une très grosse surcharge ferrique, dans les cellules de Kuppfer et même dans la lumière des capillaires sanguins, soit à l'état libre, soit, ce qui est plus rare, contenu dans de grands macrophages ou cellules sidérofères de Biondi. Mais, ce n'est pas aux environs des vaisseaux que la pigmentation est la plus marquée, la plus constante, fait que constataient récemment Lereboullet et Mouzon et qui vient à l'appui de ce que Caussade et Milhit ont fait remarquer à ce sujet, ajoutant que dans les cirrhoses pigmentaires, l'infiltration ferrugineuse semblait plutôt se faire du pôle biliaire de la cellule au pôle veineux. A côté de cette forme granulée à grains plus ou moins volumineux, disons pour terminer cette étude de notre coupe du foie, que la substance sidérogène se présente parfois sous forme dissoute, donnant alors à la cellule entière une coloration gris bleuté uniforme.

Dans la rate, le pigment est généralement en très grande abondance. Il se présente presque toujours sous l'aspect de grains muriformes, loin des travées fibreuses (Caussade et Milhit). Son lieu d'élection est le voisinage des corpuscules de Malpighi, dans les lacs sanguins qui les entourent et particulièrement à la limite de ces lacs sanguins et des corpuscules. Il est contenu dans le sang lui-même, mais surtout dans des leucocytes, dans de gros macrophages ou dans des cellules endothéliales (Naunyn et Minkowski, Jeanselme, Achard et Leblanc). Quant aux corpuscules de Malpighi, ils ne contiennent, pour ainsi dire, pas de granulation pigmentaire.

Le *pancréas* est également atteint de surcharge ferrique. On peut la rencontrer aussi bien dans les cellules épithéliales, acineuses, sous forme de granulations de volume variable, que dans le tissu conjonctif péri-acineux et interlobulaire sous forme de gros blocs irréguliers. Nous retrouvons là à peu près les mêmes phénomènes et les mêmes dispositions qu'aux lobules hépatiques.

Le *rein* peut être entièrement sain, mais souvent, à des degrés d'intensité variable du reste, la surcharge pigmentaire est constatée. Les granulations ferriques se rencontrent alors de préférence dans les parties sécrétantes de certains tubes urinifères ; tubili contorti, anse de Henle (Letulle, Jeanselme). En certains points, les grains sont parfois si nombreux qu'ils masquent le noyau et entraînent l'atrophie de la cellule. De plus, il n'est pas rare de constater de gros grains de pigment à l'intérieur des glomérules et qui semblent inclus dans les capillaires. Peyton Hous a trouvé, en outre, une pigmentation accentuée, mais localisée à certaines zones de la corticalité.

De même, dans les *organes glandulaires*, c'est dans la partie sécrétante de la cellule que le pigment va se déposer. Il occupe, en effet, de préférence la portion basale de l'élément. C'est ainsi qu'on l'a trouvé très abondant, dans les cellules granuleuses et dans les croissants de Januzzi des tubes sécréteurs des glandes sous-maxillaires. Les cellules infiltrées ne sont pas atrophiées et leurs noyaux se colorent bien. Les granulations pigmentaires envahissent, de préférence, les cellules les plus profondément situées dans les acini ; elles disparaissent peu à peu, à mesure que l'on se rapproche des canaux excréteurs qui sont, en général, indemnes. Il a également été rencontré dans les cellules du corps thyroïde, des testicules, des capsules surrénales et des glandes sudoripares. Dans ces derniers organes, les cellules sécrétantes sont si pigmentées que sur les préparations soumises à l'action du ferrocyanure de potassium de l'acide chlorhydrique, elles se détachent en bleu, ressortant fortement sur le fond incolore que forment le tissu conjonctif; le derme et l'épiderme.

En effet, la *peau* n'est jamais atteinte, contrairement à ce qui se passe dans la maladie d'Addison, où le pigment, de nature du reste tout à fait différente, est exclusivement localisé dans les cellules de Malpighi, laissant indemnes les glandes sudoripares (E. de Massary).

Les *ganglions lymphatiques* contiennent aussi du pigment en grande abondance, en telle quantité même, qu'il est parfois impossible de reconnaître la structure ganglionnaire (Rendu et E. de Massary). D'autres fois, la surcharge étant moins marquée, on peut constater que le pigment occupe surtout la périphérie des follicules (Duvernay).

Enfin, les *fibres musculaires cardiaques* sont également infiltrées de pigment. Certains groupes de fibres seraient plus atteints que d'autres, sans que l'on puisse incriminer le voisinage d'un vaisseau. Duvernay remarque que le pigment siège de préférence à l'extrémité de la cellule et non au centre, contrairement à l'opinion de Rendu et E. de Massary et à celle de Letulle.

II. Connaissant ainsi la répartition du pigment dans les viscères, nous allons maintenant *l'en extraire et l'étudier isolément.*

Nous avons vu, au début de cette étude, qu'il fut d'abord isolé par Perls, puis par Quincke sous le nom de *sidérine*, que Recklinghausen transforme en hémosidérine, ainsi que les discussions que souleva sa composition : composé albumineux pour les uns (Quincke, Neuman, Hunter), composé ferrique pour les autres (Kunkel) et nous n'y reviendrons pas puisque MM. Auscher et Lapicque ont démontré qu'il s'agissait d'un hydrate de sesquioxyde de fer (Fe^2O^3,H^2O) auquel ils donnèrent le nom de rubigine. Isolé c'est une poudre brune, insoluble dans l'eau, insoluble dans les alcalis étendus. Les acides organiques sont sans action sur elle, les acides minéraux la dissolvent lentement. Avec le ferrocyanure de potassium joint à l'acide chlorhydrique ou sulfurique, elle prend une coloration bleu de Prusse (Perls). Avec le sulfhydrate d'ammoniaque, elle prend la teinte noire du sulfure de fer (Quincke), et l'eau de lavage prend aussi cette teinte noire, ce qui fait penser qu'il y a dans la rubigine une portion colloïdale soluble différente de la poudre.

Mais à côté de ce pigment ferrique pigment ocre, rubigine d'Auscher et Lapicque, nous avons vu que les mêmes auteurs, isolaient en même temps un autre pigment.

C'est le pigment brun de Quincke, infiltrant les tissus sous forme de petits grains noirs, l'hémofuchsine de Recklinghausen, à gros grains jaune clair que l'on retrouve à l'intérieur des cellules, des fibres musculaires lisses, le pigment noir d'Auschütz et plus tard la mélanine d'Auscher et Lapicque.

Cette substance de nom varié résiste à l'action des acides, se dissout dans les alcalis, change de couleur avec les corps réducteurs, est modifiée par l'éther, l'alcool, le chloroforme et est fortement teintée en bleu foncé par le violet de méthyle.

Y a-t-il opposition complète entre ces deux pigments, et ne peuvent-ils pas se transformer l'un dans l'autre ?

Recklinghausen concluait que l'hémosidérine contient du fer libre et l'hémofuchsine du fer étroitement combiné à des substances protéiques. La première se colore en bleu, l'autre en brun sous l'action de l'acide chlorhydrique à froid, mais à chaud toutes deux prennent la coloration bleue ; toutes deux contiennent donc du fer, mais celui-ci, à l'état libre dans la première, est plus accessible aux réactifs que dans la seconde où il est combiné. Or, l'hémosidérine se trouve dans les cellules hépatiques, tandis que l'hémofuchsine siège dans les espaces portes, les parois vasculaires, les ganglions lymphatiques. Celle-là serait du fer libre, déposé dans le foie, celle-ci serait du fer combiné que l'organisme s'efforce d'éliminer.

Lechartre et Büss, Gebel, Mackensie, Wallis, Blanton et Healy, admettent aussi l'identité des deux pigments. P. Carnot et Castaigne voient également des relations étroites entre la rubigine et la mélanine, celle-ci pouvant être une transformation de celle-là.

Par contre, Hintze s'y oppose, puis Ranvier et Renaut pensent qu'il s'agit de deux produits d'élaboration cellulaire distincts. De nos jours, Beattie et Schow-Dunn n'acceptent pas cette identité. S'il est vrai, disent-ils, que les acides à chaud colorent la plus grande partie de l'hémofuchsine, il en reste une quantité considérable incolorable. Ce pigment ne paraît donc pas contenir de fer et ne serait pas caractéristique de l'hémochromatose.

Étude clinique. — Nous diviserons cette étude pour la clarté de la description en deux grands chapitres, correspondant à des types cliniques de diagnostic possible, puis nous verrons ensuite les formes frustes qui ne sont bien souvent que des découvertes d'autopsie.

I. **Diabète bronzé.** — Cette entité morbide décrite pour la première fois sous ce titre par Hanot et Chauffard, en 1882, a été depuis cette date l'objet de nombreuses communications. Gonzales-Hernandez en signale 4 cas, Dutournier 18 cas, Auschütz 24 cas, Duvernay 34 cas, et depuis, tant en France qu'à l'étranger, plusieurs observations ont été publiées dans diverses sociétés scientifiques qui viennent confirmer l'existence réelle de ce syndrome.

Début. — Le début du diabète bronzé est extrêmement variable. Fréquemment, les malades se présentent surtout comme des hépatiques (Hanot et Chauffard). Ils se plaignent de douleurs souvent assez violentes, soit localisées à l'hypocondre droit, avec irradiation vers l'épaule droite, soit généralisées à tout l'abdomen, sous forme de coliques. Des crises de diarrhées même dysentériformes (Lereboullet et Mouzon) peuvent se déclarer, alternant avec des périodes de constipation.

Dans d'autres cas, ce sont, au contraire, les signes de diabète qui ouvrent la scène. Le sujet, souvent vigoureux jusque-là, remarque un affaiblissement général, une perte de force marquée, une asthénie progressive. Sa soif augmente ainsi que son appétit, quoique d'une façon moins appréciable, et naturellement la polyurie s'installe à son tour, moins forte cependant que dans les cas de diabète banal ; puis l'amaigrissement, les troubles digestifs apparaissent, accélérant la marche de la maladie.

Parfois, la mélanodermie apparaît, dès le début, en même temps que ces troubles hépatiques, ou diabétiques, ouvrant la scène de concert avec eux. Plus rarement, on a signalé des cas (Pierre Marie et Auscher, Duvernay), où les phénomènes initiaux consistent en troubles de l'appareil respiratoire, telle qu'une bronchite intense et longue accompagnée ou non du syndrome de la grippe, puis surviennent ensuite des troubles hépatiques et des signes de diabète.

Nous voyons donc que l'un ou l'autre des symptômes formant le trépied clinique du diabète bronzé peut ouvrir la scène, mais après une période d'évolution de longueur variable, allant de quelques semaines à plusieurs mois, les trois signes cardinaux : mélanodermie, cirrhose du foie, diabète se trouveront réunis, signes auxquels s'ajoute bientôt une cachexie particulièrement rapide, constituant ainsi la période d'état de la maladie.

Période d'état. — Ce qui frappe d'abord à l'exa-

men du malade est la *teinte particulière de ses téguments.* Tous les auteurs s'accordent pour décrire cette mélanodermie d'une façon identique. Il s'agit d'une teinte plombée, uniforme de nuance, d'un gris noirâtre, à reflets presque métalliques, rappelant la plombagine, ou l'ardoise. Cette pigmentation allant du noir au gris bleu, en passant par le brun sépia, vaut au sujet des surnoms variés de « Mulâtre », « Zoulou », « Sénégalais », « Nègre », « Mary blue » (Abbott). Elle est uniformément répartie sur toute la peau et on n'observe pas de points hyperpigmentés à côté d'autres plus pâles, à moins qu'il n'existe d'anciennes cicatrices qui sont alors particulièrement foncées. Il faut noter cependant que cette coloration bistrée a certains points d'élection : face, cou, dos des mains et des pieds, aines, organes génitaux externes. La peau est sèche et écailleuse.

Par contre, *elle respecte,* en général, *les muqueuses.* Cependant, Mossé a constaté une légère pigmentation de la face interne d'une joue et de la lèvre inférieure. Jeanselme mentionne, dans une observation, une tache pigmentaire très nette sur la gencive supérieure droite, dans un point qui correspond à l'incisive latérale et à la canine. Gouget signale dans un cas, sur le bord de la langue, trois taches ardoisées typiques de part et d'autre de la pointe. Fiessinger et L. Laurent ont également observé au niveau de la muqueuse buccale de petites taches brunes de 2 ou 3 millimètres de diamètre, confluentes par place. Lereboullet et Mouzon trouvent une petite zone ardoisée sur la muqueuse palatine, et Achard et Leblanc décrivent des taches pigmentées lenticulaires sur la muqueuse de la face interne des joues de leurs malades.

Les *troubles hépatiques* que nous avons vus attirer souvent l'attention dès le début de la maladie se précisent : des hémorroïdes, des épistaxis, des hémorragies gingivales, des petits nævi vasculaires apparaissent, et l'examen du foie va confirmer nos soupçons.

La seule inspection permet parfois de constater une voussure de l'hypochondre droit notable (Lereboullet et Mouzon), avec immobilité respiratoire, mais c'est la percussion et la palpation qui nous donneront généralement le plus de renseignements. La première de ces méthodes d'exploration nous révélera une hépatomégalie manifeste ; la limite supérieure est normale, mais la limite inférieure dépasse notablement les fausses côtes, descendant jusqu'à la ligne ombilicale et au delà, le viscère mesurant alors sur la ligne mamelonnaire jusqu'à 20 et 22 centimètres. Cette hépatomégalie frappe d'habitude de préférence le lobe droit, mais peut également frapper le lobe gauche (Abbott). A la palpation qui s'est trouvée dans certains cas douloureuse, il est possible d'accrocher le bord inférieur du foie qui déborde de cinq ou six travers de doigts les fausses côtes. Il est en général mousse, mais régulier ; quant au viscère lui-même, sa surface est lisse et sa consistance dure.

Pour compléter ces signes hépatiques, on ne manquera pas d'examiner *la rate.* Si celle-ci reste normale comme volume, dans un grand nombre d'observations, il n'est pas rare de constater également son hypertrophie pouvant être assez considérable pour permettre à la palpation de l'hypochondre gauche de sentir son pôle inférieur et son bord antérieur crénelé.

A ces signes hépato-spléniques se joignent quelques symptômes abdominaux tels que météorisme et ballonnement du ventre, d'abord passager, se produisant après les repas, puis persistant et s'exagérant au moment des digestions, s'accompagnant alors d'un fin lacis de veines sous-cutanées, dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen.

Le trépied symptomatique est complété, avons-nous dit, par la constatation *du diabète.* Son apparition est variable. Tantôt c'est lui qui amène le malade consulter, et la mélanodermie, la cirrhose n'apparaissent que secondairement, tantôt, au contraire, il n'apparaît que tardivement, quatre ans même parfois (Lereboullet et Mouzon) après le début des accidents. Il peut également ne pas être permanent et déjà A. Marie, en 1895, disait qu'il pouvait disparaître dans la période ultime de la maladie. Il est même parfois intermittent avec des interruptions de deux mois (Letulle), six semaines (Ville), cinq ou six mois (Gonzalès Hernandès).

Lorsqu'il est constaté, il s'observe avec son cortège plus ou moins complet de symptômes, sans être d'une grande intensité. La polyphagie en est la plus infidèle manifestation et en tous cas la moins accusée. Au début elle peut être nette, mais par suite de troubles hépatiques concomitants et des troubles dyspeptiques elle ne tarde pas à diminuer. La polydypsie est beaucoup plus accusée ; la quantité de liquide prise journellement est de 5 à 6 litres, Trousseau signale même 10 litres. La bouche est sèche, tapissée parfois d'un enduit visqueux, la langue est collante, visqueuse sur les parties latérales, sèche et brunâtre sur les parties centrales (Jeanselme). La polyurie existera également, proportionnelle à la quantité de liquide ingéré.

Les urines sont claires, de coloration ambrée ne différant guère de celles de diabétiques ordinaires. Exposées à l'air, elles se décomposent assez rapidement, sans changer de couleur. Leur densité reste dans le voisinage de 1.030 ; la quantité de sucre qu'elles renferment peut aller jusqu'à 300 grammes. En général, on ne trouve ni albuminurie, ni azoturie.

A ces signes urinaires et gastriques s'ajoutent des phénomènes nerveux : abolition des réflexes rotuliens, impuissance génésique, somnolence, engourdissement, crampes musculaires douloureuses, l'intelligence est conservée ainsi que les sensibilités générales et spéciales.

L'état général ne tarde pas à être très gravement atteint ; en effet, la *cachexie* apparaît très précocement. L'amaigrissement rapide, l'extraordinaire affaiblissement des forces, l'impossibilité de continuer tout travail qui ont amené le malade à la consultation ne font que s'accentuer. La face est amaigrie, creuse, le regard vague et incertain, l'expression de la physionomie abattue, triste, exprime le découragement. Le corps est émacié lamentablement. Mossé rapporte le cas d'un malade qui arriva à ne peser que 39 kilos.

A ces constatations cliniques doivent être joints quelques examens de laboratoire ayant trait à l'*étude du sang.*

Jeanselme et Parmentier, N. Fiessinger et L. Laurent notent une anémie faible avec une diminution peu considérable de la contenance en hémoglobine et du nombre de leucocytes. Gilbert, Castaigne et Lereboullet signalent au contraire une augmentation du nombre des globules blancs. Mais jamais il ne fut constaté de pigments ferrugineux libres dans le sang circulant.

En outre, récemment, de nombreux auteurs ont recherché dans le sang des cirrhoses bronzées des stigmates d'hémolyse.

Le sérum ne contient ni auto ni hétéro-hémolysine (Georget, N. Fiessinger, L. Laurent), et on ne trouve pas d'augmentation du nombre des hématies granuleuses.

La résistance globulaire a été également souvent recherchée. Gouget, Chalier et Nové-Josserand, Fiessinger et L. Laurent constatent au début de la maladie une légère fragilité globulaire, mais ils l'ont vue par la suite remonter à un taux normal, sous l'influence de l'acidose pensent-ils. Ces derniers auteurs ajoutent que par l'épreuve des hématies déplasmatisées (Widal, Abrami, Brulé), contrairement à ce qui se passe d'habitude, la fragilité globulaire diminue dans le diabète bronzé, fait qu'ont également constaté Lereboullet et Mouzon dans une récente observation où ils notent une augmentation de la résistance globulaire.

En somme, il y a donc diminution de la résistance globulaire et allongement de la courbe d'hémolyse dans le sang total, et, au contraire, courbe normale ou écourtée par le procédé des hématies déplasmatisées (Oddo).

Mais la constatation de ces modifications sanguines n'est du reste pas constante, et le professeur Achard ne constate chez le malade qui fait l'objet d'une de ces leçons cliniques ni anémie, ni fragilité globulaire. D'autre part, la coagulabilité et la rétraction du caillot sont normales.

Évolution. — La marche du diabète bronzé est progressive. Outre l'aggravation continuelle de l'amaigrissement et de l'asthénie, on voit s'installer l'ascite, souvent abondante, nécessitant des ponctions répétées et s'accompagnant de circulation collatérale marquée, d'œdème des membres inférieurs souvent considérable. Les troubles digestifs s'accentuent, les vomissements sont fréquents, parfois fécaloïdes, l'anorexie remplace la polyphagie du début, des phénomènes hémorragiques, épistaxis, hématémèse, purpura font leur apparition et au bout de six mois à deux ans la terminaison se fait dans le coma, à moins qu'une complication infectieuse, pulmonaire surtout, broncho-pneumonie, tuberculose aiguë, ne vienne précipiter le dénouement.

II. Cirrhose paludéenne pigmentaire. — Etudiée par Kelsch et Kiener, puis par Lancereaux, elle n'apparaît guère que chez de vieux paludéens ayant fait souvent des excès alcooliques.

Début. — Les troubles digestifs ouvrent la scène; on constate de l'anorexie, des vomissements. L'abdomen se météorise, et le malade éprouve de violentes douleurs dans l'hypocondre droit, s'accompagnant de poussées d'ictère. L'amaigrissement s'installe rapidement.

Période d'état. — La *peau* a pris une coloration bronzée, terreuse et porte le cachet de la cachexie palustre; les muqueuses sont décolorées. Le ventre a augmenté de volume et est le siège d'une circulation collatérale marquée. Le *foie* est gros, tuméfié, douloureux à la palpation. La *rate*, toujours augmentée de volume, est accessible sous les fausses côtes, elle peut être le siège de poussées douloureuses liées à la périsplénite.

L'*ascite* fait défaut dans la plupart des cas, et quand elle existe elle est peu abondante.

Par contre, l'*ictère* peut exister à la période d'état, tantôt c'est un ictère par rétention avec selles décolorées, grisâtres, fétides, bilieuses, tantôt c'est un ictère polycholique avec diarrhée abondante, verdâtre et vomissements colorés. L. Géraudel décrit aussi la marche de l'ictère. Il s'agit d'abord d'un ictère spécial, hémaphéique, sans décoloration des fèces, avec accroissement de l'hypermégalie hépatique et splénique, sans ascite, sans circulation collatérale. Puis, dans une dernière période, l'ictère augmente et se transforme en ictère biliphéique, en même temps l'intensité et le nombre des hémorragies augmentent. Les urines contiennent du pigment brun et de l'urobiline, parfois même des sels biliaires.

On a signalé, en outre, avec Castaigne, de l'héméralopie, et il existe parfois des poussées de fièvre intermittente.

Évolution. — Elle se fait rapidement et d'une façon progressive. La mort survient par insuffisance hépatique, au milieu d'accidents nerveux : délire, coma, auxquels s'ajoutent des signes d'insuffisance rénale. Diverses complications : hémorragies abondantes, infections cutanées, purpura, œdème multiple, anasarque, péritonites, infections broncho-pulmonaires, viennent accélérer la marche de l'affection.

Parfois, cependant, l'évolution semble prendre une allure chronique, et dans ce cas la cirrhose paludique peut, sinon guérir complètement, du moins subir un temps d'arrêt notable dans son évolution.

III. Cirrhoses pigmentaires frustes. Formes cliniques. — Tels sont les deux grands aspects des cirrhoses pigmentaires. Nous avons réuni à dessein dans leurs descriptions l'ensemble complet de leurs symptômes, mais le tableau clinique est loin d'être toujours aussi net, et nous allons voir maintenant que nombreuses sont les observations où le trépied établi par Hanot et Chauffard est amputé d'un ou même de deux de ses pieds, ce qui n'est pas fait, comme nous le constaterons, pour faciliter le diagnostic des cirrhoses pigmentaires.

Le *premier terme* supprimé est le *diabète*, et l'on a alors le tableau d'une cirrhose hypertrophique ou atrophique avec mélanodermie. Le tableau clinique est exactement celui décrit au sujet du diabète bronzé, mais la glycosurie est absente pendant toute la durée de l'évolution. La première description de cette forme est due à Letulle en 1894, Brault, Richardière en 1895, Gilbert et Grenet en 1896, Regaud, Gouget, Laignel-Lavastine (1901), Caussade et Milhit (1911), Duvernay, L. Laurent dans leurs thèses en rapportent de nombreuses observations. Le malade présenté par M. Achard en 1922 sous le nom de cirrhose bronzée n'éliminait pas davantage de sucre dans ses urines. Dans ces cas, certains auteurs ont essayé de provoquer une glycosurie alimentaire. Tantôt cette épreuve a été positive (Gilbert et Grenet), tantôt elle est restée négative (Gouget, Osler).

Dans une autre série de faits, c'est l'hypertrophie du foie qui n'est pas décelable. La pigmentation et le diabète existent, mais l'examen de la région hépatique ne révèle aucune augmentation du foie; la cirrhose n'est décelable qu'à l'autopsie (Gouget).

Une troisième éventualité est la disparition de la mélanodermie. Le diabète et la cirrhose sont cons-

tatés seuls mais la nature pigmentaire de l'affection n'est décelable qu'à l'autopsie. Letulle en a signalé un cas en 1885, et Brault et Gaillard deux cas en 1888. Dutournier, Kretz, Frerichs en signalent également quelques cas, ainsi que Gilbert et Lereboullet en 1900.

Puis on note, en parcourant la littérature médicale, une série d'observations publiées sous le nom de *syndromes pigmentaires*, où *un seul élément du trépied* était présent.

Tout d'abord, la *cirrhose* seule est constatée et l'on porte le diagnostic de cirrhose alcoolique ou tuberculeuse. Barjon avec Duvernay rapportent une observation avec cirrhose atrophique; Letulle, une observation (1897) avec cirrhose hypertrophique. C'est l'autopsie qui fait découvrir la pigmentation.

Plus rarement, le *diabète* est seul reconnaissable cliniquement (Lucas-Championnière, Hanot et Schachmann, Barjon et Duvernay).

Puis, la *mélanodermie* seule est constatable sur le vivant; Gouget en signale un cas dont l'évolution fut de onze ans. Regaud et Duvernay rapportent aussi un cas où la mélanodermie fut constatée, localisée à la face seulement et où les lésions hépatiques ne furent révélées qu'à l'ouverture de l'abdomen.

Enfin, il est de nombreux cas, où aucun symptôme clinique n'est constaté, et où la pigmentation sidérosique des organes, est découverte à l'autopsie seule. Ainsi, les observations de Letulle en 1897, à la suite d'un cancer massif du foie, d'une grippe à forme typhoïde; de Barjon, à la suite d'une hémorragie cérébrale; de Regaud, à la suite d'une septicémie colibacillaire; de Duvernay et d'autres, nous révèlent la possibilité de ces infiltrations pigmentaires latentes.

Nous voyons donc que les tableaux cliniques complets que nous avons décrits ont été transformés et démembrés peu à peu. Un seul fait reste permanent dans toutes les observations, si frustes soient-elles quand aux manifestations morbides, c'est la pigmentation viscérale; aussi la tendance moderne tend à réunir tous ces syndromes divers sous l'égide d'une seule et même affection : l'hémochromatose, affection se traduisant avec une intensité variable, pouvant n'entraîner cliniquement qu'un seul symptôme ou réaliser, au contraire, un ensemble complexe dont la plus haute expression serait le diabète bronzé. Mais, si cette conception homogénéise et groupe les descriptions, jusque-là diverses et séparées, elle n'aide nullement ni le diagnostic, ni la pathogénie.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1923)

Sur les larmes et les fonctions de la glande lacrymale.— M. Raphaël DUBOIS.

Production du scorbut chez le cobaye et le lapin jeune au moyen d'un nouveau régime, complet et biochimiquement équilibré, uniquement dépourvu du facteur C. — M. LOPEZ-LOMBA et Mme RAUDOIN.

Passage dans le lait des vitamines C introduites par voie parentérale. — Les intéressantes expériences de MM. E. LESNÉ, CHRISTOU et VAGLIANOS comportent une déduction pratique importante : le régime des nourrices doit comprendre des aliments crus, en particulier des fruits, oranges et citrons riches en vitamines C. Si, pour une raison quelconque, la nourrice n'en peut pas prendre, les jus de fruits crus doivent être donnés au nourrisson; *a fortiori*, seront-ils un complément indispensable et précoce dans l'allaitement artificiel afin d'éviter l'apparition de l'anémie et du scorbut.

Dépression barométrique et choc anaphylactique. — MM. Auguste LUMIÈRE et H. COUTURIER.

La loi de viviréaction en pathologie. — M. Jules AMAR.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1923)

Essais sur la vaccination protéinique antiinfectieuse polyvalente préventive. — MM. F. ARLOING et L. LANGERON ont constaté que des injections intrapéritonéales d'une substance protéique banale (sérum, caséine, peptone) était capable de conférer au cobaye un état réfractaire vis-à-vis de l'infection par le bacille pyocyanique. A l'appui de ce fait intéressant, leurs expériences donnent une mortalité globale de 55 p. 100 chez les cobayes traités contre 86 p. 100 chez les témoins. Mais cette immunité comporte diverses conditions :

1° Trois injections donnent une protection absolue tandis qu'une et deux injections ne protègent que dans 66 p. 100 des cas;

2° L'immunité est au maximum si l'infection est réalisée trente minutes après l'injection protéique (mort. 26 p. 100). La mortalité passe à 50 p. 100 s'il y a un intervalle de quatre à vingt-quatre heures entre l'injection protéique et l'infection. Elle s'élève à 100 p. 100 pour un délai de quarante-huit heures (état d'hyperréceptivité). Elle tombe à 33 p. 100 pour un délai de six jours et remonte à 78 p. 100 après douze jours.

Le mécanisme de ces états réfractaires peut être hypothétiquement rattaché, soit à la colloïdoclasie, soit à des phénomènes vago-sympathiques.

Le diagnostic des maladies de la hanche. — M. CALOT (de Berck) démontre que la prétendue « maladie nouvelle et infectieuse » de la hanche, étiquetée coxa plana, est en réalité des anomalies de conformation méconnues jusqu'ici.

Ces petites anomalies de la hanche sont d'une fréquence extrême, mais généralement il s'établit une adaptation, une « compensation », un équilibre fonctionnel, ici comme pour les anomalies congénitales du cœur, si bien qu'elles restent cliniquement silencieuses pendant de longues années ou même toute la vie, pourvu qu'on ne leur impose pas un régime au-dessus de leur capacité de travail.

Mais vienne à se rompre cet équilibre fonctionnel, nous aurons une hanche « forcée », de même qu'il y a des cœurs « forcés », cette rupture d'équilibre étant due, soit à un surcroît de travail imposé à l'organe anormal, soit à un affaiblissement de sa musculature, par traumatisme ou par maladie intercurrente, et ce seront à la hanche des entorses répétées, d'où douleurs et boiteries que l'on a prises généralement jusqu'ici pour des coxalgies chez les jeunes et des rhumatismes chez les adultes.

Le docteur Calot donne les moyens d'établir le diagnostic de la cause du mal; ce qui permet d'instituer la thérapeutique rationnelle qui convient à chaque cas.

Syphilis. — M. BALZER présente une note de MM. les professeurs Spillmann et Douris de l'Université de Nancy sur l'emploi du dérivé cyanomercurique de l'uroformine ou nitrilo-méthylène-aminate de mercure, comme médicament antisyphilitique. L'influence des groupements aminés introduits dans la composition du sel de mercure se manifeste par une diminution de l'action corrosive et une augmentation de l'activité thérapeutique du cyanure de mercure.

Tuberculose. — M. REMLINGER a étudié le paradoxe bactériologique présenté par le cobaye qui, très sensible à l'inoculation expérimentale de la tuberculose, se montre très résistant à la contagion tuberculeuse dans les cages de laboratoire, ce qui tient, semble-t-il, à ce qu'il ne crache pas, ne se lèche pas et émet des matières très sèches.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1923)

Ictus bronchitique et réflexe oculo-cardiaque. — M. SÉZARY rapporte une observation d'ictus laryngé bronchitique survenu chez un emphysémateux gazé de guerre. Les ictus qui s'étaient répétés quinze fois en cinq mois ont disparu en huit jours sous l'action de pilules de belladone. Cependant le réflexe oculo-cardiaque, fortement exagéré avant le traitement, est demeuré toujours aussi exagéré. Aussi l'auteur se demande-t-il si l'efficacité de la belladone est bien due à son action antivagotonique.

Gigantisme et haute taille. Cas fruste d'acromégalo-gigantisme. — M. René BÉNARD présente un jeune homme de haute taille (1m84) chez qui paraissent manquer les principaux signes d'acromégalie. Il n'a notamment ni macroglossie, ni augmentation de volume des mains et des pieds, ni cyphoscoliose. Malgré son grand nez, qui est chez lui un caractère familial, on serait tenté de le prendre pour un géant essentiel. Toutefois un prognathisme manifeste, progressif et d'apparition récente, amène à se demander s'il n'y a pas là un processus d'acromégalie fruste. L'examen radiologique montrant, outre ce prognathisme, l'existence d'un ressaut post-lambdoïdien, l'agrandissement des sinus frontaux et maxillaires, l'inégalité d'épaisseur de la voûte cranienne et une augmentation de la selle turcique, amène à reformer ce dianostic. S'il n'y a aucun signe d'infantilisme ni d'arriération psychique, l'existence d'une hypertension artérielle notable montre la participation indéniable des autres glandes endocrines, ainsi que peut-être d'ailleurs la notion d'un rachitisme très prononcé dans l'enfance. Cette observation vient à l'appui de l'hypothèse autrefois formulée par Brissaud qui admettait que parmi les sujets classés comme atteints de gigantisme essentiel, il doit y avoir des cas d'acromégalo-gigantisme méconnus.

La constante uréo-sécrétoire dans l'albuminurie orthostatique. — M. AUBERTIN a constaté que dans ces cas d'albuminurie orthostatique, dans certains cas la constante était normale, dans d'autres notablement élevée, même avec une azotémie normale. L'auteur a pu voir une néphrite aiguë subazotémique évoluer sous le masque d'une albuminurie purement orthostatique avec oligurie, l'une et l'autre curables.

M. LINOSSIER signale l'intérêt de la communication de M. Aubertin et insiste sur ce fait qu'un trouble rénal peut parfois être décelé par l'albuminurie orthostatique.

Association des rayons X et ultraviolets dans le traitement des adénites tuberculeuses. — MM. SAÏDMAN et RUBINE préconisent des séances hebdomadaires de rayons X à doses faibles (14 à 24) après filtre et des applications plus fréquentes de rayons ultraviolets dont la dose peut atteindre la réaction érythémateuse (obtenue lors de la première séance en moins d'une minute à soixante minutes).

Les rayons X ont une action locale plutôt lente, tandis que les ultraviolets améliorent rapidement l'état général et tarissent la suppuration.

Parmi leurs observations, les auteurs citent une malade adulte ayant une adénopathie sus-sternale suppurée guérie en vingt jours (doses totales : rayons X, trois heures ; ultraviolets, neuf minutes).

Un cas de gangrène pulmonaire traitée avec succès par le lardage. — MM. CAUSSADE et ROSENTHAL, dans un cas de gangrène pulmonaire, ont injecté jusqu'à 8 centimètres de profondeur, à quatre jours d'intervalle, 5 centimètres cubes d'électrargol, puis 5 centimètres cubes d'huile goménolée, 5 centimètres cubes d'électrargol et 5 centimètres cubes de lipiodol. Malgré des signes fonctionnels graves après la deuxième injection, la malade guérit. Les auteurs font néanmoins des réserves pour l'avenir, les récidives de gangrène étant la règle.

Trois cas de leucémie aiguë. — MM. E. RIVALIER et E. HARTMANN relatent trois cas de leucémie aiguë. Les deux premiers, observés chez des hommes de plus de cinquante ans, sont remarquables par la pauvreté des symptômes cliniques qui rapproche ces cas de l'anémie pernicieuse, et par la leucocytose relativement faible (13.000 au moment de la mort pour un cas et 27.000 pour l'autre); dans une de ces observations le syndrome hématologique est pur : toutes les cellules pathologiques sont de grands lymphocytes agranu-

F^ds *fabr. et* Vte *produit désinfec. microb.* LE PURIFIC à Levallois, 19, *route Révolte*. Adj. Et. AUGOUARD, not., 10, r. St-Antoine, le 8 mai, 3 h. pr. M. à p. p^t ét. b. : 25.000f. Cons. : 5.000f. S'ad. M PRÉVOST, synd., 6, q. de Gesvres, et au not.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

CIRCUITS AUTOMOBILES DANS LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — Jusqu'au 2 novembre 1923, les services automobiles d'excursions dans la forêt de Fontainebleau, organisés par la Compagnie P.-L.-M., seront remis en marche. En correspondance avec les trains de et pour Paris, ces services comporteront :

1° Chaque jour : un circuit dans la matinée pour la visite de la partie Nord de la Forêt ; un circuit dans la soirée pour la visite de la partie Sud de la Forêt.

2° Les jeudis, dimanches et jours fériés, pendant toute la saison, plus les lundis et samedis pendant les mois de juillet, août et septembre : un troisième circuit comprenant la visite complète de la Forêt (avec arrêt à Barbizon pour le déjeuner).

leux; dans l'autre au contraire, de nombreuses cellules embryonnaires contiennent des granulations protoplasmiques et semblent évoluer vers la série myéloïde. Le troisième cas, très différent, concerne un enfant de onze ans; tout à fait typique dans son évolution clinique il est remarquable par l'abondance extrême des hématies nucléées (170 pour 100 leucocytes, soit 45.000 au millimètre cube contre 29.000 leucocytes) que l'on trouve à tous les stades de leur évolution et qui accompagnent les cellules-souches indifférenciées caractéristiques du syndrome. Cette observation est encore remarquable par l'envahissement successif des divers territoires ganglionnaires.

Rivalier et Hartmann rapprochent ces observations de celles précédemment publiées par divers auteurs, et concernant des cas intermédiaires entre la leucémie aiguë et l'anémie pernicieuse. Ils soulignent la variabilité des syndromes cliniques et hématologiques que peut déterminer le virus encore inconnu mais probablement unique de la leucémie aiguë.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1923)

Eloge de Pasteur. — M. MAUCLAIRE prononce l'éloge de Pasteur (voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 32, p. 506).

Hydronéphrose résultant d'un vaisseau anormal. — M. MARION, à propos de la communication faite par M. Grégoire sur ce sujet, affirme que le meilleur moyen contre les hydronéphroses intermittentes est de sectionner le vaisseau anormal et cela sans aucun danger, ni même sans le moindre inconvénient pour le rein. Après cette section on voit disparaître les douleurs et l'hydronéphrose elle-même.

M. Pierre BAZY demande à M. Marion s'il ne fait que sectionner le vaisseau anormal et si ce vaisseau se rend au rein ou à la capsule périrénale?

M. MARION répond qu'il ne fait jamais d'opérations complémentaires, ni décortication, ni fixation.

M. BAZY fait observer que pour arriver au vaisseau, M. Marion doit forcément faire une opération complémentaire.

M. MARION maintient que non.

Vaccinations contre les tuberculoses chirurgicales. — M. Louis BAZY fait une communication très documentée sur ce sujet. Il a fait de nombreuses expériences sur les nouveaux essais de tuberculinothérapie.

Cholécystectomie et cholécystotomie. — M. GOSSET rapporte l'observation d'une malade qui a été opérée, il y a douze ans, à Chartres, par une cholécystotomie pour calculs biliaires. Cette malade a souffert de nouveau et M. Gosset vient de lui pratiquer la cholécystectomie. Sa vésicule contenait de nouveau des calculs. Conclusion : Mieux vaut pratiquer d'emblée la cholécystectomie dans les cas de lithiase biliaire.

M. ALGLAVE vient de pratiquer une cholécystectomie chez une malade que M. Potherat avait opérée, par la cholécystotomie, sa vésicule contenait 300 calculs.

M. Alglave a, de nouveau, trouvé des calculs dans la vésicule biliaire, ce qui confirme l'opinion de M. Gosset.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 MARS 1923)

Sur l'utilisation de l'éther picriqué dans le zona, la dithydrose, l'herpès et l'érysipèle. — M. A. CHALLAMEL rapporte les résultats excellents qu'il a obtenus par ce traitement.

Il rappelle que cette utilisation trouve théoriquement sa raison d'être dans le travail présenté en 1906, à la Société de biologie, par le docteur Brissemoret sur les fonctions chimiques derméréthistiques.

L'orthotripropyldiarsénophénol - parasulfonate - hydrargyro-potassique. — M. E GAUTRELET présente ce nouveau médicament comme étant un agent actif et général des affections bactériennes. Il semble être surtout un médicament actif dans le traitement de la tuberculose (pulmonaire, osseuse, viscérale, méningée, cutanée ou ganglionnaire) principalement dans ses formes graves, c'est-à-dire à tendances caséeuses.

L'orthotripropyldiarsénophénol - parasulfonate - hydrargyro-uranyle. — M. E. GAUTRELET indique que comme le précédent corps, c'est un antithermique puissant, mais qu'en plus c'est un corps à action très intense sur le genre tréponème de la classe des spirochètes; action très supérieure aux spirillicides connus et qui doit sans doute cette action à son poids atomique très élevé, celui-ci étant de 1.236.

La radiothérapie dans les affections de l'estomac. — M. Iser SOLOMON présente une étude sur le traitement radiothérapique des maladies d'estomac.

I. *Cancer gastrique*, deux méthodes : a. *radio-transcutanée*; b. *radio après extériorisation de l'organe.*

Ces méthodes appliquées surtout à l'étranger n'ont donné que des résultats palliatifs.

Pour l'auteur, l'échec est dû au manque de diagnostic précoce.

II. *Affections non néoplasiques.* — La radio a été employée : *a.* dans l'hyperchlorhydrie : résultats probants; *b.* dans l'ulcus gastrique : succès notés également; *c.* dans les troubles consécutifs à la gastro-entéro-anastomose : bons résultats.

M. G. LEVEN estime que le traitement radiothérapique ne doit être retenu dans les affections de l'estomac que pour le cancer. Quant au symptôme hyperchlorhydrie, il guérit par des moyens habituels si simples qu'il repousse la méthode, d'autant que les rayons peuvent avoir le résultat néfaste de détruire les glandes nobles de l'estomac.

En ce qui concerne l'ulcus, celui-ci guérit si fréquemment par le traitement médical, et les preuves de guérisons radiothérapiques sont si peu nombreuses qu'il est préférable de voir dans la radiothérapie une méthode non utile.

M. René GAULTIER demande des faits nouveaux pour admettre l'avenir qui paraît brillant pour la radiothérapie stomacale.

M. SCHMITT croit à l'efficacité de la radiothérapie dans l'hyperchlorhydrie et est partisan de la méthode dans le traitement des tumeurs.

M. Iser SOLOMON déclare qu'en effet il a peu d'observations personnelles, la plupart de celles qu'il a présentées sont des observations d'auteurs étrangers, mais il a cherché surtout à attirer l'attention et à exposer la méthode dans son ensemble.

Sur l'éthylthéobromine. — MM. Fernand MERCIER et Albert LANDRIN, étudiant ce produit, concluent :

1° L'éthylthéobromine est environ deux fois plus toxique que la caféine;

2° Elle présente les mêmes propriétés pharmacodynamiques que la caféine, mais elle semble être sans action sur la diurèse, tout au moins sur les animaux normaux.

Sur la toxicité d'un nouveau sel de bismuth soluble : un cacodylate de bismuth. — M. Fernand MERCIER, à la suite d'une série d'expériences, conclut que la toxicité du cacodylate de bismuth n'est pas supérieure aux toxicités déjà connues des autres composés solubles de Bi.

Des essais sont actuellement en cours pour le traitement de la syphilis; on fait des injections intramusculaires et intraveineuses d'un mélange de cacodylate de Bi et de cacodylate de soude en sérum saccharosé isotonique. L'avantage de l'injection de cacodylate de soude est d'augmenter la solubilité du cacodylate de Bi, et d'autre part d'obvier à l'amaigrissement et à l'anémie provoqués par les sels de Bi.

La paraffine en radiumthérapie. — M. Ch. SCHMITT indique les conditions que doivent remplir les substances destinées à entrer dans la fabrication des appareils en curiethérapie. De toutes, la paraffine lui paraît la plus avantageuse, employée pure, soit additionnée de cire d'abeille.

Pour lui donner de la consistance, il préfère la gaze ou l'ouate hydrophile au feutre ou à la sciure de bois. Il décrit ensuite quelques-uns des dispositifs qu'il a adoptés, tant pour les applications en surface que pour les applications internes dans le cancer de la langue, de l'utérus ou du rectum.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 26 avril. — MM. Brodin, 20; Rouillard, 17; Weill, 18; Léchelle, 17 1/2; Binet, 17.

Séance du 27 avril. — MM. Pruvost, 17; Weissenbach, 20; Paraf, 18 1/2; Lévy (Pierre-Paul), 17.

Séance du 29 avril. — MM. Bith, 18,18; Gautier, 17; Heuyer, 18.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril. — MM. Brocq, 19; Pascalis, 17; Maurer, 18.

Séance du 27 avril. — MM. Madier, 20; Monod (Raoul), 16; Gatellier, 13.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Hovelacque, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon (section d'anatomie), est attaché, en la même qualité, à partir du 1er novembre 1923, à la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Lelièvre est nommé, du 1er janvier au 31 octobre 1923, chef du laboratoire de clinique obstétricale (Baudelocque).

— Concours de l'adjuvat. — Le jury est composé de MM. Richet, président; Cunéo, Duval, Legueu, Gosset.

Liste des candidats : MM. Baranger, Mérot, Lubin, Ameline, Raiga, Robin, Godard, Bernard, Gérard-Marchant, Lemonnier, Seille, Lemariée, Chastang, Gaume, Le Chaux, Thalheimer, Cuvigny, Breton, Gueullette, Velt, Chevallier, Bertrand (Louis), Larget, Metzger, Chabrut.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Le médecin inspecteur des troupes coloniales Gaide est placé hors cadres comme directeur local de la santé en Annam.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le secrétaire général du Syndicat nous communique l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat des médecins de la Seine,

Très convaincu de la nécessité d'une lutte organisée contre la syphilis, mais surpris de voir des personnages considérables malheureusement incompétents et dépourvus de conseils techniques médicaux couvrir de leur autorité les affirmations d'un médecin isolé, le docteur Vernes, qui se prétend l'auteur de procédés de diagnostic et de traitement de la syphilis supérieurs aux autres connus;

Considérant que ces procédés employés à l'Institut prophylactique découverts, non par le docteur Vernes, mais par Porgès, Meier, etc., en 1907, étudiés en 1917 par Meinicke, mis au point par Sachs et Georgi en 1918, ne sont pas tenus par les syphiligraphes comme supérieurs aux autres méthodes et qu'ils sont regardés par quelques-uns comme inférieurs;

Considérant que les « traitements d'inspiration » dont parle le Comité pour l'abolition de la syphilis ont, depuis des années, cédé la place à des traitements comportant l'étude de l'évolution de la syphilis par la recherche des réactions sérologiques et l'examen du liquide céphalo-rachidien et, en conséquence, l'appréciation du résultat thérapeutique obtenu;

Considérant d'ailleurs que, pour toutes les maladies, les procédés de laboratoire ne sont jamais qu'un complément de l'étude clinique qui reste toujours souveraine;

Informe le public que l'intérêt des malades est de se confier à des cliniciens qui, s'aidant des procédés de laboratoire les plus sensibles et les plus fidèles, lui donneront les meilleurs conseils;

Blâme de la manière la plus énergique le Comité pour l'abolition de la syphilis de ne s'être pas adjoint tous les médecins syphiligraphes de Paris, comme il en avait été question, et d'avoir exclu en particulier tous les professeurs syphiligraphes de la Faculté, tous les médecins syphiligraphes des hôpitaux pour s'en tenir à un seul spécialiste;

Proteste contre l'exclusion systématique des médecins praticiens dans la solution d'une si importante question d'hygiène sociale alors que l'expérience démontre la si grande utilité de leur concours;

Demande, dans l'intérêt des deniers publics, qu'avant de se lancer dans les achats onéreux de nombreux appareils, on

attende de connaître d'abord les conclusions des hôpitaux et laboratoires qui vérifient la valeur réelle de la floculation ;

Appelle l'attention des Pouvoirs publics sur l'urgente nécessité de faire contrôler le fonctionnement des dispensaires largement subventionnés de l'Institut prophylactique ;

Et transmet, à toutes fins utiles, son ordre du jour à l'Union des syndicats médicaux de France et au Comité pour l'abolition de la syphilis.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique municipale a enregistré, pendant la 11e décade, du 11 au 20 avril, 1.139 décès, au lieu de 1.241 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.242, moyenne décadaire des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 13 décès, la rougeole 29, la scarlatine 9, la coqueluche 4, la diphtérie 5, la diarrhée infantile 17.

On a enregistré la naissance de 1.290 enfants vivants (647 garçons et 643 filles).

Le chiffre des décès de la fièvre typhoïde est encore sensiblement supérieur à la moyenne. D'autre part, le nombre des typhiques dans les hôpitaux est de 190. Celui des entrées de chaque jour varie entre 6, 7 et 8 au maximum et exceptionnellement. En réalité, la recrudescence de la typhoïde qui s'est manifestée il y a quelques semaines dure sans s'aggraver et il y a lieu de penser, étant donné la saison, qu'elle ne se développera pas davantage.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Henri Boissin, de Joyeuse (Ardèche), fils de notre excellent confrère et ami le docteur Boissin, conseiller général de l'Ardèche, auquel nous adressons l'expression de nos condoléances les plus vives ; — et celles de MM. les docteurs Légenne (de Cousolre) et Pourtal, médecin principal de la marine en retraite, à Nîmes.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Un cours de *chirurgie d'urgence et pratique courante*, en 10 leçons, par M. le docteur Daniel Petit-Dutaillis, prosecteur, commencera le 7 mai 1923, à 14 heures.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 150 fr. — S'inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

SÉPARATION DE BIENS DES ÉPOUX
OBLIGATION SOLIDAIRE AU PAIEMENT

Il est connu que la séparation de biens est souvent un moyen employé pour rendre le mari insolvable ; et, quand il y a une dette à payer par les deux époux, ceux-ci cherchent à exonérer la femme de manière à ce que le recours ne puisse s'exercer que contre le mari qui, étant insolvable, ne paiera rien et que, quand l'huissier viendra pour le saisir, il puisse dire qu'il ne possède rien et que tout appartient à sa femme qui n'est pas débitrice. Les tribunaux se mettent souvent en garde contre cette fraude qui a été très employée pour dissimuler les bénéfices faits pendant la guerre et les faire échapper aux créanciers, le jour où les affaires ont moins bien marché.

Le moyen est également employé contre les médecins ; nous avons déjà donné des solutions rendues par les tribunaux en leur faveur ; en voici une nouvelle.

Le docteur B... avait obtenu, du juge de paix, une condamnation contre les époux M..., en paiement de 535 francs pour soins médicaux donnés à leur fille, de mars à juillet 1914 ; la condamnation avait été prononcée conjointement et solidairement. Ayant fait appel, les époux M... soutenaient qu'étant séparés de biens, il y avait lieu de mettre la dame M... hors de cause. Dans son jugement du 26 février 1923, le tribunal civil de la Seine ne l'a pas admis.

« Attendu, dit-il, que les époux M..., ont contracté mariage en 1890, sous le régime de la communauté, réduite aux acquêts et que le 24 juillet 1893 la dame M... a obtenu la séparation de biens suivant jugement rendu par le tribunal de la Seine ;

Attendu, en droit, que cette séparation judiciaire ne peut entraîner la mise hors de cause de l'appelante, le paiement des soins médicaux, donnés à sa fille, constituant une dette qui est solidairement et pour le tout à la charge de chacun des époux M..., alors surtout que ces soins ont été connus de la dame M... vivant avec son mari et que tous les deux ont à maintes reprises témoigné leur confiance au docteur B..., notamment dans les nombreuses lettres que M... lui adressait de Suisse, au début de 1914, pour réclamer ses conseils.

Attendu que les appelants contestent dans leurs conclusions le nombre et le prix des visites faites à leur fille par le docteur B..., en déclarant très exagérée la somme totale de 535 francs qui leur est réclamée et en offrant une somme de 200 francs correspondant à 20 visites ;

Attendu qu'il résulte des renseignements fournis au tribunal que 51 visites ont été faites à la demoiselle M..., du 9 mars au 25 mai 1914, c'est-à-dire à partir du lendemain du jour où les époux M... sont rentrés à Paris venant de Saint-Moritz, en passant par Bruxelles, que ces visites ont été comptées 10 francs l'une et qu'il y a lieu d'y ajouter 20 francs pour une visite et consultation avec le professeur U... et enfin une consultation au prix de 5 francs ;

Attendu que le prix de 10 francs par visite, ne peut être considéré comme exagéré, même en se reportant aux tarifs appliqués au début de 1914, alors surtout que la demoiselle M... était atteinte d'une affection grave ;

Que d'ailleurs les appelants le reconnaissent implicitement dans leurs conclusions en offrant la somme de 200 francs pour 20 visites ;

Attendu enfin qu'ils ne rapportent au tribunal aucun élément ou renseignement de nature à établir que ce prix de 10 francs par visite se trouve disproportionné avec leurs ressources et leur condition sociale ;

Qu'il y a lieu en conséquence de déclarer légitime et fondée la demande de l'intimé et de confirmer le jugement dont est appel. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 30 AVRIL AU 5 MAI 1923)

THÈSES

Samedi 5 mai. — Jury : MM. Achard, président ; Bezançon, Claude et Champy. — M. WINNAERT (Etienne). Quelques remarques à propos du syndrome pylorique. — M. PAPASSIS PARROGHIOTIS. Tuberculose expérimentale. — M. HÉRIARD (Pierre). Traitement de l'épiphora au cours de la paralysie faciale.

RENSEIGNEMENTS

597. — **DAME AYANT L'HABITUDE DES MALADES** (nerveux surtout), éducation parfaite, parlant anglais, demande à accompagner, campagne ou eaux, personne convalescente. Accepterait situation près de dame seule ou monsieur âgé pour diriger intérieur. Voyagerait. Pourrait remplir fonctions secrétaire près d'un docteur dans clinique ou ville d'eau. — Ecrire Mme de B... aux bureaux du Journal.

598. — **A VENDRE LIT MÉCANIQUE MAC-KAIN** en parfait état. — S'adresser au journal.

FRACTURES CONGÉNITALES MULTIPLES DES MEMBRES CHEZ UN PRÉMATURÉ DÉBILE

PAR MM.

L. BABONNEIX et J. PEIGNAUX
Médecin Interne
à la Charité.

Il nous a paru intéressant de rapporter l'observation suivante :

*
* *

Cot... (Jeanine), âgée de huit jours, fut présentée à l'un de nous à la consultation, dans un dispensaire, le 25 octobre 1922. L'enfant ne fut pas pesée, pour lui éviter tout risque de refroidissement, car elle présentait tous les signes d'une forte débilité congénitale. Elle n'avait pas été pesée non plus à sa naissance.

L'accouchement avait eu lieu le 19 octobre 1922, au terme de sept mois et demi de grossesse environ (les dernières règles datant du 17 février), après une grossesse assez pénible (vomissements fréquents et tenaces, menace d'accouchement prématuré vers le milieu du mois de septembre). La poche des eaux se rompit prématurément avant l'apparition des premières douleurs.

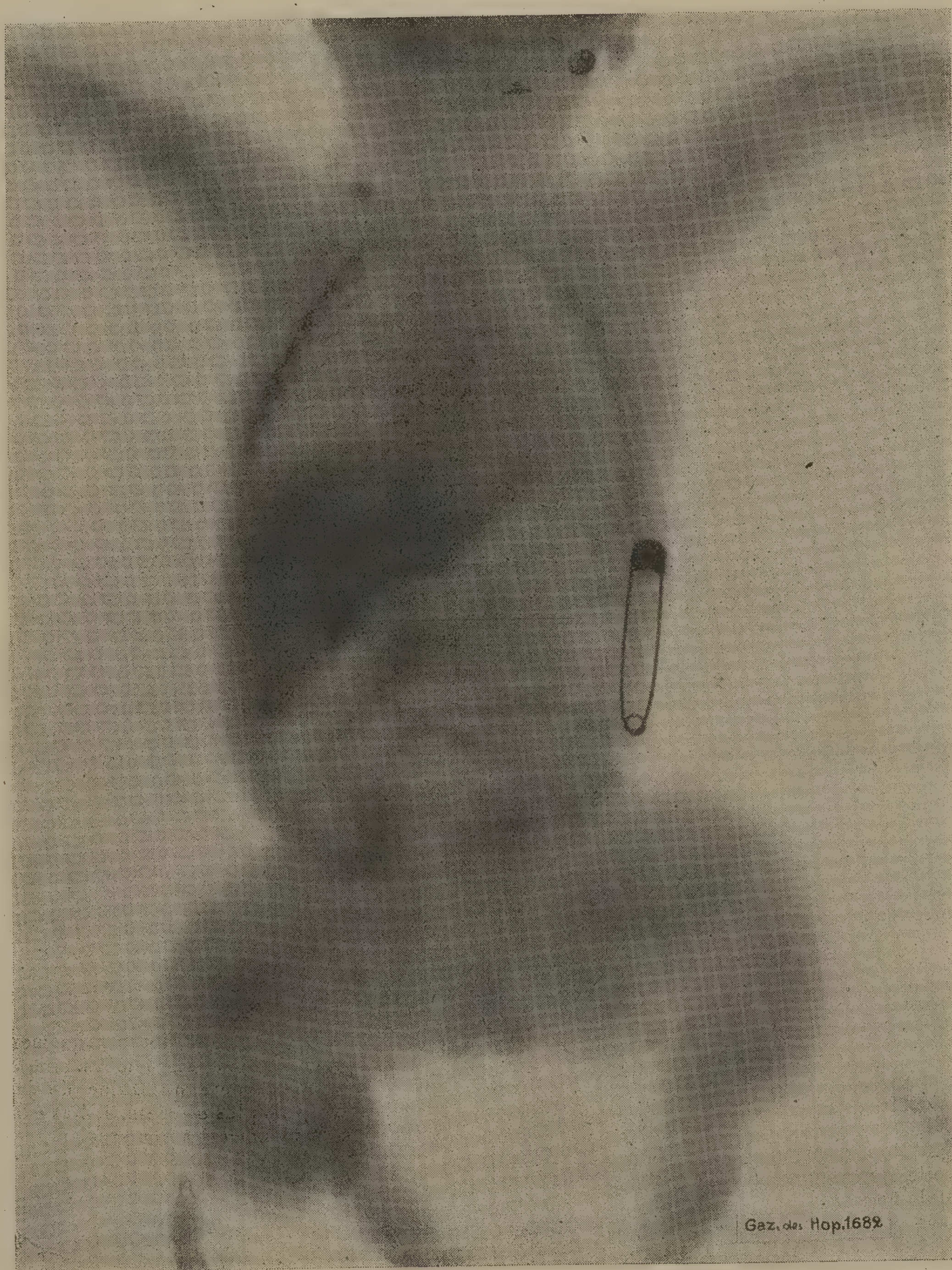
L'accouchement fut fait au domicile de la parturiente par une sage-femme du quartier.

Présentation par le siège, *vraisemblablement* décomplété, mode des fesses. Circulaires du cordon autour du corps. Les tractions opérées sur le siège et sur les membres par la sage-femme n'auraient pas été particulièrement fortes. L'enfant n'était pas en état de mort apparente.

Ce sont là tous les renseignements qu'il nous a été possible de rassembler.

Ajoutons que cette enfant naissait après dix ans d'une union jusque-là stérile. Aucune fausse-couche antérieure.

Aussitôt après la naissance, la sage-femme constata que l'enfant ne remuait pas ses jambes qui apparaissaient déformées et incurvées. Elle fit aussitôt mander un médecin du quartier qui, en palpant les membres inférieurs, perçut des



C..., radiographié à l'âge de douze jours. — *Fractures multiples des membres chez un prématuré débile*

crépitations qu'il rapporta à des fractures possibles. Il crut remarquer aussi une perforation du voile du palais.

Cependant l'enfant fut mise au sein et téta sans difficultés.

L'examen montre, outre un habitus extérieur en rapport avec la débilité congénitale, des malformations évidentes et multiples des quatre membres.

Membres inférieurs. — Les cuisses sont en flexion et en abduction très prononcées. Elles paraissent très épaisses, en forme de fuseau aplati, et *très courtes par rapport aux jambes.* Elles restent presque immobiles.

Les jambes sont déformées, fortement convexes dans le sens antéro-postérieur, surtout du côté droit. Elles s'agitent spontanément, quoique faiblement, la gauche plus que la droite.

Les pieds sont bien conformés. Ils sont en flexion dorsale moyenne, un peu cyanosés.

La palpation des cuisses et des jambes est douloureuse et arrache des cris à l'enfant.

Aux cuisses, on sent les fémurs sous forme de deux masses vaguement ovoïdes, aplaties transversalement, avec une concavité générale regardant en dedans. On ne perçoit pas de crépitation osseuse.

Aux jambes, au contraire, la mobilité anormale et la crépitation osseuse révèlent l'existence de fractures non consolidées. Il semble qu'à droite, les os de la jambe soient divisés par deux traits de fracture en trois segments : supérieur, moyen et inférieur. A gauche, une seule solution de continuité siégeant à la partie moyenne.

Membres supérieurs. — Le segment huméral des deux côtés paraît beaucoup trop court par rapport aux dimensions des avant-bras.

Il y a donc, aux bras comme aux cuisses, micromélie apparente du segment rhizomélique.

Les bras restent collés le long du thorax. A leur partie moyenne, un sillon profond déprime la peau obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Les avant-bras ne présentent, comme malformation apparente, qu'une légère incurvation en dedans.

Les mains, bien conformées, paraissent grandes.

La palpation des humérus permet de sentir une forte augmentation de leur volume, avec aplatissement dans le sens transversal.

La surface de l'os est un peu irrégulière.

On perçoit, du côté gauche, une crépitation osseuse nette.

La tête humérale droite paraît fortement augmentée de volume.

Aux avant-bras, la palpation ne montre que la courbure légère des os en dedans, sans aucun signe de fracture.

La motilité spontanée des avant-bras est conservée.

Les clavicules sont normales.

Le thorax ne présente pas de déformations notables. Pas de chapelet costal. Aucune solution de continuité des arcs costaux.

Le crâne, par contre, présente des troubles importants de l'ossification de la voûte. Celle-ci, dans son ensemble, est d'une mollesse telle qu'on a presque l'impression, en certains points, de palper l'encéphale au travers du cuir chevelu. Les fontanelles antérieure et postérieure sont énormes. Les sutures, très larges, séparent les différents os de la voûte qui ont à peu près la consistance du parchemin.

Il semble y avoir hypertension du liquide céphalo-rachidien ventriculaire.

La face est bien conformée, à part une légère déviation du lobule du nez vers la joue gauche produite sans doute au cours de l'accouchement.

Aux yeux, on note une *coloration bleue des sclérotiques* et une saillie assez importante des globes qui semblent repoussés en même temps vers la paroi inférieure de l'orbite.

La bouche ne présente ni bec de lièvre, ni perforation de la voûte. Cependant celle-ci présente une conformation vicieuse consistant en une gouttière médiane antéro-postérieure assez profonde dont le voile forme le fond. A noter l'existence de nodules de Bohn et de petits kystes épidermiques blanchâtres sur les gencives au niveau des futures incisives médianes inférieures. Pas de muguet.

L'examen des viscères, poumons, cœur, foie, rate, ne révèle aucune anomalie organique ou fonctionnelle.

A noter seulement une légère teinte jaune orangé des téguments qui est le reliquat d'un ictère hémolytique apparu le lendemain de la naissance.

Le 30 octobre, l'enfant est amenée à l'hôpital de la Charité en consultation et est présentée par nous à M. A. Baumgartner qui fait les constatations suivantes :

Raccourcissement des deux cuisses avec épaississement des deux fémurs, par chevauchement (?).

Coudure angulaire des deux tibias, très facilement réductible, à l'union des tiers inférieur et moyen.

Aux bras, crépitation osseuse en rapport avec une fracture du tiers moyen des humérus.

Impression de fractures récentes pour les humérus et les tibias, plus anciennes pour les fémurs.

M. Baumgartner conseille, comme traitement, d'appliquer si possible des attelles en carton aux membres inférieurs et de petites gouttières en carton moulé par imbibition aux membres supérieurs.

Ce même jour, 30 octobre, une radiographie du squelette complet est prise par M. Lomon. Elle montre nettement (voir figure p. 557) :

Une fracture avec déplacement de l'humérus gauche.

Une fracture probable de l'humérus droit (cal assez volumineux).

Une fracture des deux fémurs, mais avec cal à droite.

Des fractures bilatérales des deux os de la jambe.

Aucune anomalie viscérale.

Depuis ce jour, nous avons pu suivre l'évolution de la maladie et nous avons revu l'enfant presque chaque semaine.

L'application des gouttières et des attelles en carton fut difficile et leur contention encore plus. On doit les renouveler chaque jour.

Dès le 9 novembre, on a l'impression que les cals osseux s'organisent et que les diverses fractures se consolident. Mais la palpation des membres est toujours douloureuse.

L'état général est meilleur. Le cri est beaucoup moins faible. L'enfant tette assez bien neuf à dix fois dans les vingt-quatre heures. Les selles sont jaunes, assez bien digérées.

Le 23 novembre, les fractures paraissant suffisamment consolidées par les cals, on autorise la suppression des attelles et des gouttières.

L'ossification de la voûte du crâne est en progrès sensible. Poids, 2.500 grammes.

Le 30 novembre, le cal de la fracture de l'humérus gauche a diminué de volume. L'humérus droit reste beaucoup plus gros et déformé.

Les fémurs, surtout le droit, gardent leur forme de masse ovoïde, épaisse et courte.

Ossification cranienne en progression.

L'enfant vomit quelquefois ses tétées. Poids, 2.600 gr. Il tette souvent et lentement, prenant peu de lait à la fois (40 grammes environ).

On institue un *traitement spécifique* par frictions avec l'onguent mercuriel simple.

Le 7 décembre. Poids, 2.700. L'état général est assez bon. L'enfant remue bien, spontanément, les jambes et les bras. Mais les cuisses restent toujours en flexion forte sur le bassin et s'agitent fort peu.

Le 14 décembre, on perçoit à *nouveau*, en palpant les *fémurs*, de la *crépitation osseuse.* La mère dit avoir très bien senti elle-même ces petits craquements en habillant l'enfant.

Rien de pareil aux bras ni aux jambes. L'ossification du crâne se poursuit, mais la grande fontanelle reste toujours très large et se continue en avant directement avec la suture métopique très large elle-même. Périmètre cranien, 36 centimètres.

Jusqu'à la fin de décembre, les craquements osseux sont très nettement perceptibles aux fémurs.

Mais, dans la première quinzaine de janvier 1923, ils deviennent beaucoup plus discrets. L'état général s'améliore. L'ossification cranienne est à peu près au degré de celle d'un nouveau-né normal.

Les humérus ont en grande partie perdu leur forme ovoïde. L'amplitude des mouvements des bras est assez considérable.

La résorption osseuse des cals est beaucoup plus en retard pour les fémurs qui gardent encore leur forme d'ovoïdes aplatis et les cuisses restent presque constamment en flexion assez forte sur le bassin.

*
**

En *résumé*, cette observation concerne un prématuré, né à sept mois et demi de grossesse avec tous les signes de la débilité congénitale, à la suite d'un accouchement avec présentation du siège.

Des tractions ont certainement été opérées sur le corps de l'enfant et peut-être sur les membres, sans que nous puissions avoir plus de détails précis.

Aussitôt après la naissance, on s'aperçoit de l'impotence partielle des membres et de leur attitude spéciale. Le médecin constate de la crépitation osseuse et diagnostique des fractures. La radiographie confirme leur existence et en montre la multiplicité. De plus, la voûte cranienne présente une mollesse tout à fait anormale.

Quelle pathogénie, quelle étiologie proposer à ces lésions osseuses multiples ?

L'hypothèse la plus simple qui vient aussitôt à l'esprit est celle des fractures multiples des membres d'origine traumatique par manœuvres obstétricales.

En sa faveur, il y a : 1° le fait de la présentation du siège ; 2° l'existence des tractions pratiquées sur le tronc et peut-être sur les membres par la sage-femme.

Mais à cette interprétation simple, nous objecterons :

1° Il serait vraiment extraordinaire que les deux tibias, les deux fémurs, les deux humérus aient été fracturés dans ces manœuvres. A *moins d'admettre une fragilité osseuse toute spéciale*, il faudrait, pour produire de telles lésions, une violence considérable et d'application symétrique dans le dégagement des membres.

2° *Ces fractures paraissent être d'âge différent.*

On sait, en effet, avec quelle rapidité toute spéciale se forme le cal qui consolide les fractures chez les nourrissons. C'est toujours un cal hypertrophique, et ce que nous voyons dans notre cas est conforme en ce point à la règle.

Mais ce qui surprend c'est que, si le cal est déjà volumineux à l'humérus droit et surtout au fémur droit, il est inexistant à l'humérus gauche et aux deux jambes où la mobilité anormale est des plus nettes.

M. Baumgartner eut bien cette impression de fractures d'âges différents.

3° Enfin, la mollesse toute spéciale de la voûte du crâne est nettement pathologique, car elle était bien plus considérable que la mollesse habituelle aux crânes des prématurés. C'est une véritable craniomalacie avec état papyracé des os.

Il nous semble donc plus plausible de penser que nous avons affaire ici à des fractures congénitales des membres, d'origine intra-utérine, au moins pour quelques-unes, par fragilité osseuse spéciale.

La multiplicité et la symétrie des foyers de fractures s'explique dès lors très facilement. Et surtout l'âge différent des foyers de fractures trouve dans cette pathogénie la seule interprétation logique.

En somme, chez ce prématuré débile, le développement intra-utérin du squelette a été fortement compromis, comme en témoignent, outre les multiples fractures des diaphyses, le retard de l'ossification cranienne et la malformation de la voûte palatine.

Ceci admis, quelle est la nature de ces diverses lésions osseuses et quelle cause invoquer à l'origine ? C'est le point difficile.

Il nous semble cependant que ce cas pourrait être rattaché à une forme un peu atypique de ce que Porak et Durante ont décrit sous le nom de *dysplasie périostale.*

Cette affection est essentiellement caractérisée, en effet, par l'ossification imparfaite de la voûte cranienne et une fragilité toute spéciale des diaphyses, entraînant des fractures, quelquefois très nombreuses, elles-mêmes causes de déformations osseuses (incurvations et cals vicieux) et de micromélie.

Ces caractères sont tous présents dans le cas qui nous occupe et la micromélie, surtout du segment rhizomélique, est même si prononcée qu'elle fait inévitablement songer à l'achondroplasie, affection avec laquelle ces cas ont pu jadis être confondus.

Nous devons dire cependant que, dans notre cas, nous n'avons noté aucune fracture siégeant sur les côtes, alors que, dans les cas de dysplasie périostale typique les côtes sont un des sièges de prédilection des fractures.

Par contre, la *réapparition de la crépitation osseuse aux fémurs, malgré des cals volumineux, au bout de deux mois de vie extra-utérine*, nous semble tout à fait en faveur d'une ossification périostique défectueuse comme celle qui caractérise la dysplasie périostale de Porak et Durante.

Nous voulons aussi insister sur ce fait que notre petite malade présente des *sclérotiques bleues.* Sa mère présente quoique plus atténuée, cette anomalie. Or on sait, depuis l'observation princeps d'Eddowes en 1900, combien sont fréquents les cas publiés de sclérotiques bleues chez les enfants atteints de fragilité osseuse congénitale. Le caractère héréditaire de cette anomalie est parfois des plus nets.

Voilà donc encore un argument en faveur de la nature dystrophique et congénitale des fractures multiples des membres chez notre petite malade.

Au point de vue étiologique, la syphilis dans un certain nombre de cas analogues a été mise en cause.

Serait-elle à la fois à l'origine des troubles de l'ossification et de la naissance avant terme ?

Le père paraît robuste. Il nie toute spécificité acquise. La mère est pâle et de constitution certainement plus délicate. Jamais de fausse-couche. Wassermann du sang négatif. En raison de son état de débilité, l'enfant n'a pas été soumis au même examen sérologique. Nous avons jugé prudent toutefois d'instituer chez lui un traitement par frictions mercurielles qui sera continué régulièrement par séries.

Si ce prématuré débile survit, nous nous proposons de le suivre et de surveiller la consolidation des fractures, la résorption des cals, la morphologie des membres et la récupération de leurs mouvements. Mais, dans de tels cas, le pronostic *quoad vitam* reste particulièrement réservé.

LA CLINIQUE EN PATHOLOGIE MENTALE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Il y a une crise de la clinique psychiatrique. Cette clinique est difficile, ingrate, parce que, représentant la clinique des sensations, des idées, des émotions, des passions et des réactions qui en résultent, elle demeure dans la très grande majorité des cas, malgré de longues et savantes recherches, purement fonctionnelle, purement dynamique, purement subjective. Comment s'est développée cette crise ?

Quels remèdes y apporter? Quel travail est à accomplir? Avant d'aborder ces questions, il importe, croyons-nous, de bien fixer la place de la pathologie mentale dans le domaine scientifique.

A. Je sais bien le mal qu'on dit des définitions. Je sais bien qu'il y a des mots presque indéfinissables, en littérature par exemple. La science exige un vocabulaire précis, invariable; si on ne l'établit pas, ce vocabulaire, on reste dans le vague, dans le contradictoire, dans le fantaisiste. En définissant, on risque grandement de se tromper, mais alors l'erreur, résumée en quelques lignes et non pas diffuse en des centaines de pages, est plus aisée à reconnaître. En essayant de définir, on rend donc service à la science.

La psychologie, c'est l'étude des sensations, des représentations, des émotions, des passions normales et des réactions qui en découlent. Elle a des relations lointaines, distantes, avec la métaphysique, au même titre que les autres sciences d'observation qui, dans le fond, sont aussi mystérieuses que la pensée.

La psychopathologie, c'est la recherche des caractères morbides des phénomènes psychologiques : sensations, mémoire, attention, jugement, émotions, etc. La pauvreté des résultats obtenus par la méthode objective, en matière de psychologie normale et pathologique, nous ramène lentement à reconnaître la valeur essentielle de l'introspection, si sujette qu'elle soit aux erreurs.

La pathologie mentale, c'est la connaissance des symptômes et des syndromes d'ordre psychologique, avec les signes physiques qui peuvent les accompagner; c'est la recherche des maladies mentales, en vue de leur classement; c'est l'étude de l'étiologie, de l'histoire clinique, de l'évolution, du diagnostic, du pronostic, du traitement, et enfin de l'anatomie pathologique de ces maladies psychiques. La pathologie mentale, comme chaque partie spécialisée de la médecine, constitue un vaste ensemble qui, dans les temps modernes, nécessite la collaboration d'un minimum de trois individualités.

L'aliénation mentale n'est pas la pathologie mentale. L'aliénation mentale, c'est le fait, pour un sujet atteint de troubles mentaux, de devenir dangereux, soit pour les autres, soit pour lui-même, c'est le fait encore et simplement, à cause des troubles mentaux, de ne pouvoir se diriger et subvenir à ses besoins. D'ordinaire, dans 95 p. 100 des cas au moins, le médecin, après avoir constaté les troubles mentaux, ne peut pas dire si le patient est dangereux ou non; s'il est capable ou non de rester libre, s'il peut ou ne peut pas être soigné par sa famille. Aussi avons-nous formulé que l'aliénation mentale n'est pas à proprement parler de la médecine : seule une enquête, discrète et impartiale, est susceptible d'établir le fait de l'aliénation mentale, c'est-à-dire le fait des risques courus, de l'impossibilité de conserver le sujet dans sa famille, etc.

La neurologie, c'est l'étude des maladies de la motilité, de la réflectivité et de la sensibilité objective; la plupart de ces maladies sont organiques et, pour leur diagnostic, les signes physiques priment tous les autres signes comme en médecine générale. Mais il existe, à côté de la neurologie somatique, une neurologie fonctionnelle ou dynamique représentée par l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie de Beard, l'asthénie (ou la dépression) primitive ou secondaire, l'aphasie, l'agnosie, etc. Les troubles de la mémoire, les troubles de l'idéation, les troubles de l'attention, les troubles de la compréhension, les troubles de l'émotivité, les malaises multiples qui accompagnent ces syndromes ou maladies, sont prédominants et essentiels dans le tableau clinique; ils nécessitent, pour l'observateur, la connaissance des premiers éléments de psychologie normale et pathologique, de sorte que cette pathologie nerveuse se rapproche si évidemment de la pathologie mentale qu'on se demande si elles ne devraient pas être confondues. Cliniquement, une objection reste, importante, très importante : c'est que parmi les malades de l'esprit, toute une catégorie, dits aliénés, sont inconscients et ignorent totalement leurs troubles psychiques, alors que les autres, dits nerveux, parfaitement conscients de ce qu'ils éprouvent, non seulement décrivent bien leurs maladies, mais encore gardent la maîtrise de leur personne et de leur conduite. La question qui se pose est de savoir si l'existence de ces deux groupes de malades, différents incontestablement dans la pratique, doit entraîner deux spécialisations médicales. Le fait que la méthode d'examen est la même pour les deux groupes de sujets n'est-il pas capital? Que valent, par exemple, les signes physiques dans l'aphasie? L'étude de l'aphasie, avant le décès du sujet, n'est-elle pas purement psychologique ou psychopathologique? Que valent les signes physiques dans les syndromes asthéniques ou dépressifs? Combien de fois l'observateur, dans sa vie, a-t-il l'occasion de voir une crise d'épilepsie ou une crise d'hystérie, à moins d'y consacrer tous ses instants? En somme, catégories de malades bien différentes, mais mêmes méthodes d'examen, mêmes sortes de recherches, même importance primordiale de l'interrogatoire, de l'étude de l'intelligence et de l'émotivité, c'est-à-dire des sensations, des idées, des émotions et des passions exprimées par le patient.

B. Comment expliquer la crise actuelle de la clinique psychiatrique? Quelles en sont les *causes*? Cette crise tient-elle à la psychiatrie elle-même ou se passe-t-elle en dehors d'elle?

La pathologie mentale est certainement difficile du fait de sa complexité et de sa variété. Mais n'en est-il pas de même pour toutes les spécialités de la médecine? Elle rebute par l'absence de signes physiques. Cela est vrai, mais qui donc oserait soutenir que les signes psychiques bien caractérisés ont moins de clarté, moins de précision que les signes somatiques? Qui donc oserait mettre en doute le délire, la démence, la manie, la confusion mentale, l'asthénie même, etc.? Les troubles intellectuels et émotionnels ont leur existence, il s'agit de les reconnaître et de les classer justement; on ne méconnaît que ce qu'on ignore. Le travail des Esquirol, des Jean-Pierre Falret a déjà été considérable en ce sens, comment expliquer qu'on n'a pas suivi la voie tracée par eux?

Les sciences médicales, comme toutes les sciences qui ne sont pas absolument exactes, et notamment comme les sciences conjecturales, sont, dans nos temps, influencées par un facteur étrange et dont on s'étonne de voir l'importance : la mode. Il y a une mode en médecine qui tue momentanément l'esprit critique. Il est curieux, par exemple, de considérer la fortune merveilleuse de certains mots : délire de persécutions (sic), dégénérescence mentale, épilepsie larvée, automatisme ambulatoire, démence précoce, psychasthénie, etc. Est-ce bon?

Est-ce mauvais? On aimerait mieux moins d'engoûment, plus de contrôle, moins de parti-pris, plus de discussions. Il est probable que la médiocrité d'organisation des temps actuels et récents nous oblige à ne pas pouvoir faire mieux.

La médecine mentale, en ces trente dernières années, a été dominée par deux mots : la dégénérescence mentale, la démence précoce; par deux noms : Magnan, Kraepelin, et de plus elle n'a guère eu qu'une tendance, se rapprocher de la neurologie, se blottir près d'elle en quelque sorte, comme on se blottit près d'une puissance. Les psychiatres pensaient ainsi gagner les faveurs de la médecine générale. Y sont-ils arrivés? Nous en doutons.

Ce n'est pas tout. Depuis 1860-1870, la pathologie mentale a eu à subir l'influence, successivement prépondérante de l'anatomie pathologique, de la microbiologie, des théories sur les intoxications. A un moment, on a vanté la psychologie objective, pour finalement la battre en brèche. Aujourd'hui, l'heure est à la biologie, à l'anaphylaxie, aux sécrétions internes, au grand sympathique, etc. Que nous réserve demain ? Nous ne contestons point la haute valeur de ces recherches, même quand elles sont négatives. Nous tenons à le dire pour qu'on ne se méprenne pas sur notre pensée, mais il nous semble que l'examen psychique du malade, que la clinique proprement dite sont trop négligés. Qu'on s'adjoigne des collaborateurs, que chacun travaille de son côté, mais qu'on n'abandonne pas l'étude des sensations, idées et émotions du malade.

C. Nous avons parlé, dans notre préambule, de remèdes à la crise de la clinique en psychiatrie : il s'agit, en vérité, moins d'apporter des remèdes que de jeter, si possible, un peu de lumière sur cette spécialité.

Revenir à la clinique en pathologie mentale, c'est étudier avec soin les symptômes qui constituent les syndromes et les maladies : c'est chercher les symptômes fondamentaux et les classer d'après leur valeur propre; c'est essayer de reconnaître comment ils se succèdent, comment ils s'enchaînent entre eux; c'est apporter une attention minutieuse à la mise au point de l'histoire clinique, de la période de début de ces syndromes ou de ces maladies; c'est comparer l'état actuel ou les états actuels successivement recueillis, à l'histoire de la maladie; c'est comparer encore le status retrospectivus à cette même histoire clinique et à ces états actuels, etc. Et ce n'est pas là toute la médecine mentale, puisqu'il reste à compléter l'étude clinique détaillée par les recherches biologiques et anatomo-pathologiques. Un pareil ensemble de travaux scientifiques nécessite la collaboration de divers médecins : hors de Paris, nous ne verrons pas cela tout de suite. Il y a, à l'heure actuelle, une situation économique et financière précaire, compliquée d'une telle diffusion des responsabilités particulières et centrales qu'on n'aperçoit pas encore le moment de la libération totale du travail scientifique. Nous sommes contraints d'organiser limitativement notre activité sans espoir de réaliser une œuvre un peu complète.

Un travail utile qu'on pourrait tenter, ce serait de pratiquer l'observation contradictoire des mêmes malades, non pas dans l'atmosphère réductive d'une société savante, mais à loisir, dans un hôpital, entre médecins également passionnés de vérité. L'expertise contradictoire devant les tribunaux, si coûteuse qu'elle doive être, créerait aussi des obligations de précision qui seraient d'un grand profit pour la médecine : on s'en est aperçu pendant la guerre de 1914-1918.

Un écueil qu'il faut éviter, croyons-nous, c'est de rechercher l'étiologie ou la pathogénie de faits cliniques qui n'ont pas été suffisamment et assez longuement observés. Un travail de patiente analyse clinique, un travail de difficultueuse discrimination s'impose avant la recherche biologique ou histopathologique.

D. Même en organisant son activité en vue de la seule clinique, le médecin spécialiste des maladies mentales et nerveuses reste en présence d'une tâche considérable et longue à accomplir. Toutes sortes de *problèmes* à résoudre se posent devant son esprit. Ils sont si nombreux, ils pourraient alimenter tant de discussions et illustrer le programme de tant de congrès qu'on se demande comment les classer par ordre d'importance. Celui que nous mettrions volontiers en première ligne, c'est celui de la confusion mentale. Quels sont les signes essentiels de ce syndrome? Nous disons de ce syndrome, car la confusion mentale n'est pas une maladie, elle paraît même ne jamais être qu'un syndrome de courte durée. En quoi ce syndrome, confusion mentale, diffère-t-il du syndrome asthénie? Qu'est-ce que la confusion mentale asthénique? Quels sont les symptômes cardinaux du syndrome asthénique? Syndrome asthénique et syndrome dépressif doivent-ils être confondus? En quoi l'asthénie diffère-t-elle de la démence? Peuvent-elles être associées? Comment et en quelles circonstances? La définition qu'on donne de la démence paraît solide, mais ne faudrait-il pas essayer de mieux préciser les caractères différentiels des démences? Que dire du délire, ce vaste syndrome, si riche, si varié, si curieux, si personnel presque? Que dire de ses origines, si complexes, si mystérieuses souvent? Quel rôle jouent les émotions dans l'apparition lente ou brusque des délires? La manie aussi, qui semble un syndrome précis, doit-elle conserver son même cadre? L'aphasie est-elle une diminution de l'intelligence? Que faut-il entendre par dégénérescence mentale, par déséquilibration psychique? Toutes ces questions sont urgentes à étudier. La médecine mentale a atteint sa majorité. Qu'on laisse à d'autres le culte de l'actualité et qu'on accomplisse sa propre tâche.

Et ensuite, cette première besogne faite, il faudrait dire comment concevoir la psychose périodique, la « démence précoce », l'hystérie, la neurasthénie, les obsessions, les délires à évolution chronique, etc.

Enfin, en matière de responsabilité, doit-on se contenter de réclamer la création d'un troisième organisme de protection? Sans doute les asiles de sûreté rendraient de grands services, mais ils ne sont pas construits et quand le seront-ils? On ne vit pas dans l'avenir. On peut vivre dans le passé, on peut vivre du passé. Mais, avant tout, on vit dans le présent. Alors quelles conclusions apporter?

Il y a, à notre époque, un regain d'actualité des problèmes d'assistance, soit du fait des séquelles sociales de la guerre, soit grâce à la Ligue d'hygiène mentale. Les problèmes soulevés par ces questions sont loin d'être résolus; notre souhait est qu'ils restent longtemps à l'ordre du jour des nations.

La pathologie mentale, bien dressée à sa place,

est une force. Présentement, nous traversons socialement une période en proie à des souffrances diverses et peu favorable au développement intense et général des choses positives. Cependant, les notions claires qu'on pourrait fixer dès maintenant, les précisions qu'on pourrait apporter, à ce jour, dans l'ordre des maladies mentales et nerveuses, l'organisation d'un travail méthodique et rationnel à réaliser, seraient de sûrs garants pour l'avenir de cette curieuse spécialité des sciences médicales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1923)

Syndrome pallidal postencéphalitique. — MM. BABONNEIX et PEIGNAUX présentent une femme qui a été atteinte, en 1919, d'encéphalite léthargique, et chez laquelle est apparu, depuis 1921, un syndrome pallidal dont les principales particularités sont : la présence d'une réaction myotonique (MyR) dans la plupart des muscles ; l'existence de troubles trophiques portant sur les phanères ; la lenteur des réflexes iriens ; la micropnée, et, surtout, la contraction involontaire et paradoxale des extenseurs de la main au moment où on place celle-ci en flexion forcée. Cette contraction paradoxale d'extension s'oppose ainsi, de la manière la plus nette, à la contraction, non moins paradoxale, qui envahit le muscle des parkinsonniens quand on rapproche ses points d'insertion, et qui a été décrite sous les noms de rigidité de fixation, de contraction de fixation, de réflexe de posture.

M. Cl. VINCENT rappelle les observations qu'il a faites avec M. Haguenau, sur le mécanisme de la rigidité parkinsonnienne. Une étude approfondie de la mise en tension des antagonistes chez les sujets normaux et chez des parkinsonniens, leur a permis de délimiter, avec plus de précision, l'action de ces muscles : L'action des muscles actifs est prédominante ; les antagonistes n'entrent en jeu que dans certaines conditions du mouvement ; la vitesse et la proximité du but qui ne doit pas être dépassé sont les facteurs essentiels de la mise en action des antagonistes.

Ceux qui s'occupent de sports savent qu'on ne demande pas d'emblée à des athlètes à l'entraînement, le plus grand effort possible, mais qu'on leur fait exécuter d'abord des efforts limités répétés, en leur recommandant de soigner le style, qui signifie aisance, absence de heurt, par conséquent absence de mise en jeu des antagonistes à un moment inopportun.

Torticolis des souffleurs de verre. — MM. SOUQUES, BLAMONTIER, DE MASSARY et Mlle DREYFUSS-SÉE présentent un jeune homme de vingt-quatre ans, exerçant depuis huit ans le métier de souffleur de verre. Ce métier, qui s'exerce assis, exige que la tête soit fortement tournée vers la gauche.

En juillet dernier, cet homme constata un jour en travaillant, qu'un spasme survenu brusquement dans les muscles du cou empêchait sa tête de revenir dans l'attitude normale. Ce spasme fut de courte durée. Depuis lors, il s'est répété tous les jours, plus ou moins fréquemment.

Plus récemment, ce torticolis, d'abord exclusivement professionnel, s'est produit chaque fois que la tête tournait à gauche, soit à l'occasion du soufflage, soit à l'occasion d'autres actes.

Actuellement, quand la tête est immobile, le spasme ne se produit pas ; mais, dès que la tête tourne fortement à gauche, soit volontairement, soit à la suite d'actes professionnels ou fonctionnels, le torticolis spasmodique survient chaque fois, le malade est obligé de se servir de ses deux mains pour ramener sa tête dans la rectitude.

Les auteurs discutent, en terminant, la question de savoir s'il s'agit là d'une crampe professionnelle proprement dite.

M. Cl. VINCENT pense que l'intéressant malade, montré par M. Souques, présente un spasme fonctionnel un peu différent des spasmes professionnels habituels. Certains signes dénotent chez lui une sorte d'aptitude à la contracture, aux crampes, aux spasmes : Il présente des deux côtés, mais peut-être surtout à gauche, un pied creux et de plus, des deux côtés, le phénomène du jambier antérieur. Déjà, avec son interne Bernard, M. Vincent a décrit une variété de paraplégie dont le caractère propre est la flexion dorsale du pied par action isolée du muscle jambier antérieur et tendance au pied bot. Ils montreront, dans une présentation ultérieure, que le phénomène précité n'appartient point en propre à l'encéphalite ou à la maladie de Parkinson, mais qu'il peut s'observer dans les lésions en foyer du corps strié, comme des observations anatomo-cliniques récentes nous ont permis de le constater. Ils pensent donc que le malade de M. Souques présente une aptitude acquise ou congénitale à faire des spasmes dans des muscles soumis, professionnellement, à une excitation prolongée.

Motricité chronique arythmique et rythmique. Groupements striés et pallidaux. — M. SICARD, à propos de malades atteints d'agitation motrice chronique incessante, du type arythmique ou rythmique, montre que le groupement arythmique (chorée, athétose, tremblement désordonné), ne s'accompagne pas d'hypertonie ou de rires et de pleurs spasmodiques ; tandis que le groupement rythmique (tremblement parkinsonien, wilsonien, encéphalitique) évolue sur un fond d'hypertonie et de signes extrapyramidaux. Les réactions de rires et de pleurs spasmodiques évoluent également au cours d'un syndrome hypertonique. Une agitation choréiforme, arythmique, se transformera en tremblement rythmé, cadencé, au fur et à mesure que se développera le processus d'hypertonie.

Il semble que le groupement clinique de motricité arythmique soit sous la dépendance du trouble fonctionnel du striatum, tandis que le groupement clinique de motricité rythmique relève au contraire du trouble fonctionnel du pallidum avec son corollaire obligatoire l'hypertonie, et accessoire, le rire ou le pleur spasmodique. Le tremblement dit « essentiel », dit encore « sénile », à allure rythmique, qui ne s'accompagne pas d'hypertonie, paraît reconnaître une autre localisation anatomique que celle des régions striopallidales.

Sclérose latérale amyotrophique à forme monoplégique brachiale. — MM. GUILLAIN et ALAJOUANINE présentent un malade atteint d'une atrophie musculaire de type myélopathique localisée au membre supérieur droit et d'évolution lente. Cette atrophie s'accompagne de secousses fibrillaires ; l'exagération des réflexes avec repercussivité réflexe à distance constitue un syndrome d'excitation pyramidale ; il n'existe pas, en effet de signe de Babinski. La sensibilité est normale. Il n'existe pas de troubles bulbaires. Ce tableau clinique permet d'éliminer une compression radiculaire, une syringomyélie ou une atrophie musculaire progressive du type Duchenne-Aran. Les auteurs rapprochent ce fait du cas de sclérose latérale amyotrophique à forme hémiplégique et concluent à une forme monoplégique de la maladie de Charcot.

Tumeur pré-frontale droite. — MM. Pierre MARIE, H. BOUTTIER et L. VAN BOGAERT rapportent l'observation clinique d'un malade âgé de cinquante-deux ans, présentant une tumeur du lobe pré-frontal droit. Le début remonte à 1905. Un syndrome psychique caractérisé par une torpeur intellectuelle, un désintérêt affectif coupé de moments d'euphorie et gros troubles de la mémoire s'est progressivement développé. La vie mentale du malade baissait nettement. On signale certaines originalités de conduite. Mais le trouble prédominant était sans conteste l'amnésie de fixation. En juin 1914 en même temps qu'apparaît une céphalée occipitale presque permanente la vue se met à diminuer. En 1915, premiers troubles d'orientation dans l'espace qui se sont accentués jusqu'en 1921, à cette époque le malade se perdait dans sa rue, dans les couloirs du métro ou du théâtre où il travaillait. A la fin de 1922, vomissements prolongés avec céphalée atroce, suivis d'une période d'excitation érotique d'une durée de deux mois. Les auteurs le voient au début de 1923. L'affection avait alors évolué en deux étapes, une première s'étendant sur neuf années et à symptomatologie purement mentale, la seconde de huit années où s'installèrent les troubles d'hypertension intracranienne. Il avait été suspecté de paralysie générale ; mais en présence des réactions biologiques négatives été traité pour neurasthénie et urémie.

Le développement progressif du syndrome mental, l'existence d'importants signes d'hypertension, confirmés à l'examen du fond d'œil par la présence d'une double papille de stase et l'absence de tous signes neurologiques ont fait penser à une situation très antérieure du néoplasme. Un examen neurologique approfondi montrait une déviation constante vers la gauche dans la marche les yeux fermés ; les erreurs au cours des épreuves fines d'orientation dans l'espace se localisaient toujours à gauche du malade et on notait un ralentissement ou absence dans la reconnaissance synthétique des objets du côté gauche, la reconnaissance des caractères primaires demeurant intacte. Ce dernier trouble sensitif surtout parut en faveur d'une localisation droite. L'opération décompressive très antérieure confirmait le diagnostic clinique de néoplasme (gliome) du lobe pré-frontal droit. Les auteurs attirent l'attention sur trois points : 1° l'existence d'un syndrome mental déjà décrit par d'autres auteurs et comprenant le déséquilibre affectif, les troubles de la mémoire et du comportement moral, la torpeur intellectuelle globale n'impliquant pas nécessairement un syndrome démentiel ;

2° Les signes de désorientation dans l'espace signalés chez les blessés du lobe pré-frontal ;

3° La présence d'un trouble sensitif distinct de l'astéréognosie vraie et de l'apraxie.

Cette observation est exceptionnelle par la précocité du diagnostic et de l'intervention qui se placent à la phase préfrontale de la tumeur. La majorité des observations classiques concernent en effet des cas où le développement d'une symptomatologie sensitivo-motrice (par extension aux régions plus postérieures du cerveau) a forcé la localisation ou bien à des découvertes d'autopsie. Ils rappellent le nombre déjà conséquent de tumeurs cérébrales de localisations diverses et évoluant sous le masque d'une paralysie générale atypique et insistent sur l'intérêt de rechercher soigneusement au cours de ces syndromes les signes d'hypertension intracranienne. La précocité du diagnostic comporte d'ailleurs une sanction thérapeutique immédiate. Le malade est actuellement soumis à la radiothérapie profonde.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1923)

Méningite cérébro-spinale primitive à entérocoque. — M. Zuber, à propos du malade présenté par M. Lesné, rapporte un cas de méningite cérébro-spinale chez un enfant de trois semaines ; la ponction lombaire ramène du liquide purulent dans lequel se trouve de l'entérocoque. Soigné par des ponctions lombaires répétées et un auto-vaccin l'enfant s'améliore. Puis il se produit du cloisonnement rendant la ponction impossible. On pratique trois ponctions ventriculaires, mais l'enfant meurt au bout d'un mois.

M. Barbier pense que l'étude des méningites cérébro-spinales est à reprendre. Il croit que le méningocoque B est plus grave. Le sérum se montre peu efficace. Dans les cas à longue durée la vaccinothérapie tardive peut donner des succès.

Myopathie atypique. — MM. Babonneix et Lance apportent à la Société l'examen électrique du malade qu'ils ont présenté dans la séance de décembre dernier. De cet examen, auquel a bien voulu procéder M. Bourguignon, résulte cette importante donnée que si, pour la plupart des muscles, les réactions sont bien celles de la myopathie, pour les muscles de l'éminence thénar il y a D. R. partielle. S'agit-il de lenteur, comme on peut la trouver dans la myopathie, ou d'association d'un processus nerveux dégénératif? M. Bourguignon penche pour la première hypothèse. Au galvanotonus, que présentent la presque totalité des muscles, se serait substituée, pour les masses de l'éminence thénar, une contraction lente. Ces faits sont connus depuis le travail fondamental de MM. Bourguignon et Huet. Mais ceux qui ont été scientifiquement étudiés sont encore assez peu nombreux pour que l'on omette de les signaler lorsque l'occasion s'en présente.

Polyarthrite syphilitique héréditaire. — M. Liougas (d'Athènes) envoie l'observation, que présente M. Broca, d'un enfant qui, à l'âge de deux ans, présenta un spina ventosa d'un doigt, puis les genoux se prirent et enfin un coude. On crut à de la tuberculose, et pendant les cinq dernières années il n'eut pas moins de cent cinquante plâtres. L'ankylose n'est cependant pas complète, et, chose particulière, à certains moments on observe une mobilité assez grande. Syphilis du père. Wassermann positif après réactivation. Amélioration notable après deux mois de traitement spécifique.

A propos d'un cas de paralysie diphtérique. — MM. H. Dorlencourt et Prieur rapportent l'observation d'une fillette chez laquelle est survenue une paralysie diphtérique à localisations multiples : début par une paralysie totale de l'accommodation suivie rapidement d'une paralysie du voile du palais, des muscles de la déglutition, parésie des membres inférieurs avec abolition des réflexes. A aucun moment on n'a vu de fausses membranes de rhinite, d'angine. L'ensemencement de la gorge montre la présence de bacilles diphtériques longs. S'agit-il dans ces cas de paralysie chez des porteurs de germes?

Discussion. — M. Barbier rappelle que des cas analogues sont cités dans les cliniques de Cadet de Gassicourt.

M. Lesné. Ces cas sont connus. Il cite un cas semblable observé par lui il y a quelques jours.

M. Babonneix rapporte deux observations de soldats observés pendant la guerre, chez lesquels il avait pensé d'abord à une paralysie ascendante (poliomyélite) ; l'ensemencement de la gorge montre du bacille diphtérique long, virulent.

MM. Aviragnet, Lesné, Barbier et Babonneix pensent qu'il ne s'agit pas de porteurs de germes seulement, mais qu'il y a eu une lésion de la muqueuse (adénoïdite ou autre) passée inaperçue et impossible à dépister. Le bacille progresse dans la gaine des nerfs jusqu'aux centres bulbaires, comme l'ont montré les travaux de Barbier et Tollemer.

Insuline et diabète infantile. — MM. Lereboullet, Chabanier, Lobo-Onell et Lebert. Une diabétique de onze ans, entrée à l'hôpital avec une glycosurie se maintenant autour de 100 grammes par jour, une acétonurie appréciable, un amaigrissement marqué. Elle fut mise au traitement par l'extrait alcoolique de pancréas de cheval tel que le préparent MM. Chabanier, Lobo-Onell et Lebert. L'injection bi-quotidienne d'insuline a amené la chute presque complète de la glycosurie (tombée au troisième jour à moins de 3 grammes par vingt-quatre heures), la disparition complète de l'acétonurie, la reprise du poids, l'amélioration de l'état général. L'observation est de date trop récente pour qu'on en puisse tirer des conclusions formelles, mais elle montre que le diadète infantile répond à l'insuline aussi favorablement que le diabète de l'adulte. La médication paraît inoffensive avec l'extrait employé.

L'enfant a été maintenue à une ration alimentaire assez fortement hydrocarbonée, et il semble que ce régime soit pour une part responsable de la parfaite tolérance de la médication.

Le caractère immédiat mais temporaire de l'action de l'insuline sur la glycosurie le rapproche de l'action de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse dans la polyurie du diabète insipide.

Discussion. — M. Nobécourt soigne actuellement un garçon de quatorze ans et une fillette de douze ans atteints de diabète, de la même manière. La glycosurie a été très rapidement améliorée malgré la conservation d'un régime riche en hydrocarbones.

Sur le diagnostic de l'anaphylaxie du nourrisson au lait de vache : intradermo et cuti-réaction. Valeur de la transmission de l'anaphylaxie passive au cobaye. — MM. G. Salès et P. Verdier considèrent que chez le nourrisson la transmission de l'anaphylaxie passive au cobaye est le procédé de choix à l'heure actuelle pour le diagnostic des états anaphylactiques au lait de vache. La cuti-réaction (au lait ou à l'un quelconque de ses composants) ne leur a donné aucun résultat satisfaisant. L'intradermoréaction, dans les mêmes conditions, ne leur a pas paru spécifique.

Discussion. — M. Lesné confirme ces conclusions pour l'anaphylaxie passive et la cuti-réaction. Il considère que l'intradermoréaction a une certaine valeur moyennant certaines précautions. La réaction n'est positive que 1 fois sur 20 chez les nourrissons normaux, tandis qu'elle est positive 13 fois sur 20 enfants eczémateux intolérants. La caséine

et surtout le beurre du lait sont les éléments à incriminer dans l'intolérance.

Septicémie et méningite aiguë staphylococciques secondaires à un furoncle du cuir chevelu. — MM. Jules RENAULT et Jean CATHALA. Il s'agit d'un enfant de quatorze ans qui, six jours après l'apparition d'un furoncle du cuir chevelu, entre à l'hôpital avec un syndrome méningé net. Une ponction lombaire ramène un liquide clair avec 20 leucocytes par millimètre cube et quelques rares cocci gram positifs. Quarante-huit heures plus tard, le liquide est purulent, glaireux et renferme de nombreux staphylocoques. Une hémoculture positive révèle l'existence d'une septicémie staphyloccique. Dans ce cas, la vaccinothérapie fut impuissante ; elle avait procuré des succès à MM. Lortat-Jacob et Grivot dans deux cas de méningites aiguës staphylococciques après otite.

Les reprises de la rougeole. — M. RIBADEAU-DUMAS, chez un enfant de six ans, dans le décours d'une rougeole compliquée d'otite puis de mastoïdite, observe au cinquième jour de l'otite l'apparition d'une nouvelle éruption typique de rougeole. Il a observé deux cas analogues chez deux soldats qui, au quinzième jour d'une rougeole, font une élévation de température avec apparition d'un pointillé rouge sur le trone.

L'auteur pense que ces phénomènes de réinfection, au cours de la rougeole, ne sont pas absolument rares, même chez les enfants déjà immunisés.

A propos du triangle radiologique dans la pneumonie du nourrisson. — MM. H. LEMAIRE et LESTOQUOY ayant fait radiographier systématiquement tous les cas de syndromes traduisant un foyer de condensation pulmonaire ont constaté l'existence dans six observations d'un triangle radiologique. Dans quatre de ces cas de condensation, l'examen anatomo-pathologique démontra qu'il s'agissait de broncho-pneumonie pseudo-lobaire ou de pneumonie tuberculeuse, mais non de pneumonie lobaire aiguë franche.

Le triangle dans tous ces cas avait la netteté, la précision des bords que l'on réclame à ce signe radiologique pour être pathognomonique de la pneumonie lobaire aiguë. Les auteurs pensent que pour rendre toute sa valeur séméiologique à l'examen radiologique d'une broncho-pneumonie pseudo-lombaire, il serait judicieux d'employer la radiostéréographie qu'ont préconisée chez l'adulte MM. Ameuille et Gally.

Sténose hypertrophique du pylore. — M. EXCHAQUET (de Lausanne). Cette observation, présentée par M. Barbier, concerne un enfant qui a présenté des accidents au bout de dix jours, mais n'a été amené à l'hôpital qu'à deux mois. Le traitement médical fut inefficace. Opération. Décès. M. Barbier rappelle que les cas de guérison du spasme du pylore du nourrisson par le traitement médical sont extrêmement nombreux, à condition qu'il soit entrepris de bonne heure. Il montre que la physiologie comme la clinique s'accordent à prouver que c'est l'excès de graisse dans l'alimentation du nouveau-né qui provoque le spasme pylorique.

Note sur la sous-alimentation des nourrissons bien portants. — M. EXCHAQUET (de Lausanne) arrive à conclure que la ration doit être dans les six premiers mois de 80 à 100 calories par kilogramme de poids du corps. Chiffre se rapprochant des tableaux de MM. Marfan, Barbier et Budin.

Recherches sur les modifications des pigments biliaires dans les selles du nourrisson. — MM. H. DORLENCOURT et T. FRÆNKEL. Les selles jaune d'or de l'enfant nourri au sein contiennent de la bilirubine.

Si on le nourrit au biberon, le pouvoir réducteur des sels biliaires apparaît dans les sels qui verdissent par oxydation, et on y trouve de la stercobiline et du stercobilinogène. Remis au sein, rapidement la bilirubine reparaît et les selles deviennent jaunes.

Les selles jaunes ou vertes contiennent toujours des oxydases. Les auteurs admettent que la coloration des selles vertes est due non à l'intervention de ferments oxydants, mais à la moindre activité des ferments réducteurs qui, normalement, entravent l'oxydation du pigment et conservent à la selle sa coloration jaune. Les réductases des selles sont produites par les microbes protéolytiques de l'intestin.

Il y a parallélisme entre la pullulation de ces derniers, l'augmentation des réductases et l'apparition de la stercobiline dans les selles.

Œdème infectieux. Péritonite à streptocoque. Gangrène de l'appendice. — M. FOUET a observé chez un nourrisson de trois semaines, une chute tardive du cordon, puis un érythème généralisé, circiné par place, avec œdème de la paroi ; puis huit jours après péritonite généralisée. On constata une gangrène de l'appendice. L'auteur admet que celle-ci est d'origine hématogène consécutive à une streptococcie d'origine ombilicale. Il rappelle qu'au-dessous d'un an l'élimination intestinale des microbes est fréquente avec production de gangrènes et perforations.

Sur un cas de scorbut infantile consécutif à l'emploi continu et prolongé de lait condensé sucré. — M. VONDOURIS (d'Athènes).

Discussion. — M. SALÈS a observé avec M. MARFAN, un cas analogue. Il s'agissait de lait condensé sucré provenant de stocks et conservé très longtemps. Son action scorbutigène est peut-être plutôt due à son ancienneté qu'à une trop forte stérilisation.

Réaction méningée à grandes oscillations thermiques de nature indéterminée chez un nourrisson d'un an. — M. CASSOUTE et Mlle CERTONCINY (de Marseille).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1923)

Technique et modifications de la réaction de Kahn. — MM. BABONNEIX, BOUCHER et CHOAY décrivent d'abord la technique américaine de la préparation de l'antigène et de son emploi pour présenter ensuite les modifications qu'ils lui ont fait subir.

Dans la préparation de l'antigène, au lieu d'un muscle frais, ils se servent d'un extrait total myocardique qu'ils délipoïdent par une lixiviation méthodique à l'éther (appareil de Soxhlet) et qu'ils font macérer dans l'alcool absolu pendant dix jours. Cet antigène est divisé en deux parties égales. A l'une d'elles, ils ajoutent un peu de cholestérine : c'est l'antigène cholestérinisé. L'autre reste non cholestérinisé : c'est l'antigène témoin.

Pour la dilution de l'antigène, les auteurs ont suivi la technique américaine.

Ils ont cependant modifié la réaction elle-même dans les quantités de sérum et d'antigène à employer. Les résultats obtenus seraient plus nets avec 0cc3 d'antigène pour 0cc6 de sérum sanguin.

En terminant, MM. Babonneix, Boucher et Choay soulignent l'importance que peut avoir une réaction aussi simple pour les praticiens éloignés de tout centre médical.

Mesure de la sédimentation sanguine. — MM. A. GILBERT et A. TZANCK proposent une technique rigoureuse permettant d'exprimer la sédimentation sanguine en une formule concise afin de rendre comparables les résultats obtenus par les divers expérimentateurs. Le sang rendu incoagulable à l'aide du sulfarsénol est étudié dans un sédimentomètre de dimensions déterminées. Les niveaux successifs d'affleurement des globules sédimentés sont relevés de cinq en cinq minutes sur un graphique et permettent d'établir la courbe de sédimentation. L'index de sédimentation est donné par la vitesse de sédimentation dans la première heure.

Les microbes des moelles rabiques. — M. P. REMLINGER. Les émulsions des moelles rabiques employées pour le traitement pasteurien sont rarement stériles. Quelques-uns des germes isolés (subtilis, mesentericus, sarcines, moisissures) ont leur origine dans les poussières de l'air ou une faute d'asepsie. La plupart (staphylocoques, coli-bacilles, proteus) proviennent d'infections agoniques ou cadavériques et dépendent des facteurs météoriques, alimentaires, etc., qui régissent ces infections. La prophylaxie des accidents locaux que les microbes des moelles sont susceptibles de déterminer découle essentiellement de cette dernière considération.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DES

CAVERNES PULMONAIRES [1]

COMPLICATIONS. — Au cours de l'évolution des cavernes pulmonaires, il n'est pas rare de voir survenir des *hémoptysies.* L'expectoration peut être teintée seulement de sang; ou bien, on voit survenir des hémoptysies petites et répétées. Enfin, dans d'autres cas, on voit survenir des hémoptysies foudroyantes de sang rouge, par rupture d'un anévrisme de Rasmussen.

Il a pu parfois se produire la rupture d'une caverne dans la plèvre, ce qui amène la formation d'un *pneumothorax* exceptionnellement généralisé.

La *dégénérescence amyloïde* des viscères est une complication fréquente ; elle s'accompagne d'un gros foie, grosse rate, albuminurie massive, diarrhée profuse et œdèmes.

La *gangrène* peut survenir et se greffer sur une caverne tuberculeuse se traduisant alors par l'odeur spéciale de l'haleine et la fétidité des crachats.

La *mort* survient par cachexie progressive, par méningite, par granulie, par asphyxie, par hémoptysie foudroyante, par dégénérescence amyloïde. La guérison est possible, bien qu'exceptionnelle. Le traitement de certains cas favorables par le pneumothorax artificiel peut aussi amener la guérison. On peut voir parfois, au cours d'autopsie ou au cours d'un examen radioscopique des cavernes pulmonaires silencieuses, passées inaperçues chez des sujets atteints de toute autre affection.

DIAGNOSTIC. — Nous avons vu, au cours de l'étude clinique, que le diagnostic positif de la caverne pulmonaire était basé sur le souffle caverneux, le gargouillement, le retentissement de la toux et la pectoriloquie.

Il est très commode, et en même temps très clinique, de distinguer trois cas différents, suivant le siège de la caverne développée au sommet, au niveau du hile ou de la base du poumon.

C'est ainsi que, développée au *niveau du sommet* du poumon, la caverne pulmonaire pourra faire penser à un pneumothorax localisé, à un foyer de congestion pulmonaire, aux signes pseudo-cavitaires de certaines pleurésies.

Développée au *niveau du hile*, le diagnostic de la caverne pulmonaire sera à discuter avec une dilatation bronchique, une compression bronchique par des adénopathies volumineuses, une adénite suppurée ouverte dans une bronche, ou une pleurésie interlobaire.

Enfin, développée à la *base du poumon*, il faut différencier la caverne pulmonaire d'une pneumonie de la base en voie de résolution, d'un pyo-pneumothorax sous-phrénique, d'un foyer traînant de congestion pulmonaire.

a. La *dilatation des bronches* peut avoir des signes fonctionnels et physiques se rapprochant de ceux que donne une caverne de la partie moyenne ou de la base du poumon. L'expectoration est très abondante, les crachats se divisent en quatre couches ; leur odeur est infecte, rappelant l'odeur fade du plâtre mouillé. L'expectoration peut être tellement abondante qu'elle peut simuler des fausses vomiques, surtout le matin au réveil. L'appétit, les forces du malade, l'embonpoint sont, en général, conservés au cours de la dilatation bronchique.

Plus tard, seulement, le malade se cachectise pouvant, à la phase tardive, revêtir l'aspect d'un tuberculeux, ayant de la cyanose et la déformation typique hippocratique de l'extrémité des doigts. La radiographie seule peut donner à cette période des notions précises sur la nature exacte des lésions pulmonaires et bronchiques.

b. Le *pneumothorax partiel*, localisé à un sommet : le diagnostic est parfois fort difficile, surtout avec les grandes cavernes du sommet.

Il a, en effet, de nombreux signes communs avec la grande caverne :

— son tympanique,
— souffle amphorique,
— succussion hippocratique,
— absence de vibrations thoraciques,
— tintement métallique.

Mais on constate une saillie sous-claviculaire dans le pneumothorax, au lieu de la dépression et de la rétraction des *premières* côtes dans la caverne pulmonaire.

De même, on note du tympanisme au cours du pneumothorax et de la matité avec la caverne. Les vibrations sont abolies dans le pneumothorax et exagérées dans la caverne. Le début du pneumothorax est brusque, marqué par une douleur violente, avec dyspnée au moment de la perforation pleurale. Quand le pneumothorax succède à une pleurésie purulente enkystée, il survient à la suite d'une vomique. Enfin, ce qui peut rendre le diagnostic parfois très difficile, c'est la coexistence assez fréquente du pneumothorax partiel avec la tuberculose pulmonaire.

c. La *caverne ganglionnaire*, ou abcès froid médiastinal ou vertebral ouvert dans une bronche du hile. C'est au niveau du hile que prédominent les signes d'ausculation. Le malade a eu brusquement une expectoration purulente très abondante, au moment même où la collection ganglionnaire ou paravertébrale s'est ouverte dans la bronche.

La radiographie des hiles, de la colonne vertébrale de face et de profil peut rendre de réels services.

d. Les signes pseudo-cavitaires. — On peut, dans certains cas, percevoir l'existence de signes cavitaires sans qu'il y ait réellement de caverne pulmonaire. Ils sont produits par la présence de masses tuberculeuses, ou autres dans le médiastin (adénopathie trachéo-bronchique, cancer médiastinal, anévrisme de l'aorte thoracique). Mais c'est surtout chez l'enfant qu'on peut les rencontrer au cours d'une pneumonie ou d'une pleurésie. On entend un souffle tubaire avec gargouillement sans caverne. Mais ces bruits sont dus à une condensation intense du parenchyme pulmonaire. Il n'y a pas ou peu d'expectoration et les signes généraux sont moindres. La cachexie est absente.

e. Les adénopathies trachéo-bronchiques. — L'oreille, qui ausculte, peut percevoir des bruits produits dans la trachée et les bronches et transmis avec amplification par les masses ganglionnaires. Le souffle peut prendre le timbre caverneux, même amphorique; des râles muqueux abondants, transmis par les ganglions, peuvent simuler le gargouillement dans certains cas.

Mais si l'on recherche avec soin la matité, on s'aperçoit qu'elle va en augmentant du moignon de l'épaule, vers la ligne médiane et le maximum du souffle perçu, siège au niveau de la région vertébrale au niveau de la région hilaire.

f. Certaines *pleurésies*, chez l'enfant, séro-fibrineuses ou purulentes, à grand épanchement donnent naissance à des signes pseudo-cavitaires, soit par simple refoulement du poumon, en haut, en avant, soit, soit par transmission de bruits dépendant de lésions pulmonaires sous-jacentes. On peut ainsi percevoir, sous la clavicule, un souffle caverneux, du gargouillement, de la résonance caverneuse de la voix et de la toux et même le bruit de pot fêlé. Mais en examinant complètement le malade, on constate la présence d'un épanchement pleural abondant qui refoule le poumon. Il n'est cependant pas impossible de constater chez le même individu une caverne du sommet et une pleurésie de la base, mais dans ce cas la cachexie du malade, la fièvre hectique, l'expectoration bacillifère mettront sur la voie du diagnostic.

Il en est de même des signes pseudo-cavitaires dus à *une pleurésie interlobaire.* La radiologie montrera les caractères spéciaux de l'ombre interlobaire.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 31, p. 502, et n° 33, p. 535.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 1er mai. — MM. Cain, 17,36; Salomon, 18,36; Lévy (Fernand), 18,27; Leblanc, 18,36.

Séance du 2 mai. — MM. Stévenin, 20; Léon-Kindberg, 17; Bénard, 17,81; Jacquet, 18.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er mai. — MM. Girode, 18; Bloch (René), 16; Métivet, 19; Leveuf, 13.

— *Deuxième concours.* — Le deuxième concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux sera ouvert le lundi 11 juin 1923, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 14 mai au samedi 26 mai 1923 inclusivement.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Médecine opératoire.* — Séance du 30 mai. — Questions données : « Ligature de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole. — Désarticulation du poignet. »

MM. Guéniot, 18; Vaudescal, 16; Couinaud, 14; Cleisz, 19.

Consultation écrite. — Séance du 2 mai. — MM. Cleisz, Couinaud et Vaudescal, 18; Guéniot, 19.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuves éliminatoires. Composition écrite.* — Séance du 2 mai. — Question donnée : « Choroïde. Anatomie, histologie et physiologie. »

MM. Bollach, 29; Monbrun, 28; Bourdier, 29; Cousin, 27; Prélat, 28.

— Par dérogation aux dispositions de l'article 220 du règlement sur les Services de santé, les internes en médecine nommés avant 1914 et ayant accompli quatre années entières d'internat dans les conditions prévues par l'article 220, § 2, sont autorisés à prendre part aux concours de chirurgien, d'accoucheur, d'ophtalmologiste et d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux en justifiant seulement qu'ils sont munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Florence, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, est transféré à la Faculté de médecine de Montpellier.

— NANCY. — M. Weiss, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

M. Barthélemy, agrégé, est chargé d'un cours semestriel de médecine opératoire (chaire vacante).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Liste de classement définitif, par ordre de mérite, des médecins aides-majors de la promotion de 1917 qui ont accompli leur stage à l'Ecole d'application du Service de santé militaire :

1. MM. Martin, Deschamps, Ribellet, Fumeau, Bouchard (Armand), Bouchard (Jean), Prost, Camentron, Salvetti, Brochet,

11. Cœurdevey, Ridard, Dumont, Saint-Paul, Terson, Joly, Esnault, Lhez, Brun, Billot,

21. Corazzini, Petit, Bourdon, Bonnardel, Cadet, Lenoir, Paillier, Fabre, Raymond, Villard,

31. Louis, Allard, Brouard, Tondeur, Cherfils, Capart, Rateau, Boumaingas, Trarieux, Gueguen,

41. Dardy, Geral, Barraud, Vandenbeusche, Gleize, Desse, Picout-Laforest, Andrieu, de Verbizier, Heren,

51. Tramini, Cordier, Curie, Lacaze, Ambrogi, Daigre, Gauthier, Mathey Doret, Malafosse, Jeannest,

61. Leconte, Adisson, Le Mitouard, Habert, Camus, Tisné, Eschbach, Villain, Le Berre, Rocca,

71. Lafue, Bousseau, Barthas, Picquemal, Marvier, Pastore, Simon, Thibault, Donneaud, Noblat,

81. Le Paumier, Tuset, Bergier, Michel, Roche, Rouget, Valade, Dapot, Carlioz.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le poste de médecin directeur à l'asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône) sera vacant à dater du 1er juin 1923.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques (1er bureau), au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION DE LA FRANCE EN 1922. — Le *Journal officiel* vient de publier la statistique détaillée du mouvement de la population de la France pendant l'année 1922. L'excédent des naissances sur les décès a été seulement de 70.579, soit 18 pour 1.000 habitants, au lieu de 117.023 en 1921 et de 159.790 en 1920.

Voici d'ailleurs le tableau comparatif des naissances et des décès pendant ces trois dernières années et pendant l'année 1913. Si lamentables que soient les constatations du *Journal officiel*, on verra que l'excédent des naissances dépasse cependant le chiffre constaté en 1913 :

ANNÉES	NAISSANCES	DÉCÈS	EXCÉDENT des naissances
1922......	759.846	689.267	70.579
1921......	813.326	696.373	118.023
1920......	834.411	674.621	159.790
1913......	790.355	731.441	58.914

En résumé, on constate par rapport à 1921 une forte diminution des naissances qui concorde d'ailleurs avec une diminution importante de la nuptialité, et on doit noter un léger abaissement de la mortalité.

Pour la répartition des naissances les départements où la natalité l'emporte fortement sur la mortalité sont ceux des frontières du nord et du nord-est, de la Bretagne, de la Vendée, du Limousin, la Corse. Les départements des vallées de la Garonne et du Rhône, ceux du Bourbonnais, du Nivernais, de la Bourgogne enregistrent, au contraire, plus de décès que de naissances.

La situation démographique de la France, plus mauvaise que celle des deux années précédentes, un peu meilleure que celle des années précédant immédiatement la guerre, demeure toujours peu favorable par rapport à celle des autres nations.

C'est ainsi qu'alors que la population française augmentait en 1922 de 70.579 unités seulement, celle de l'Angleterre s'accroissait de 293.358 et celle des Pays-Bas de 101.389. Pour les autres pays, on ne connaît pas encore les chiffres de 1922 ; mais, en 1921, alors que la population de la France n'augmentait que de 117.023, celle de l'Allemagne s'accroissait de 661.128, celle de l'Angleterre de 390.416, celle de la Belgique de 62.865, celle de l'Espagne de 192.746, celle de l'Italie de 461.013, celle des Pays-Bas de 112.546, celle de la Suède de 53.310.

LE FOYER NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS. — L'accueil fait par la Presse médicale au projet de création du Foyer national des médecins français prouve combien est souhaitée la réalisation d'un centre spécial de réunion, d'un lieu de rendez-vous, d'un foyer médical en un mot auquel pourront venir s'ajouter la création d'un restaurant, d'un hôtel.

Forte des encouragements qui lui sont parvenus la Commission d'études du Foyer national des médecins français continue son travail et à sa dernière réunion elle a abordé la question des réalisations.

Après avoir examiné différents projets et exprimé à nouveau son intention d'accueillir toutes les suggestions, la Commission d'études a décidé de demander à chaque médecin par un bulletin qui lui sera envoyé individuellement une adhésion de principe en vue de constituer une société civile immobilière.

Les actions souscrites non seulement seront gagées par la valeur du terrain et de l'immeuble où sera installé le Foyer national des médecins français, mais tout fait espérer encore qu'elles constitueront un placement rémunérateur.

Quant aux ressources dont le Foyer national des médecins français aura besoin pour fonctionner, la Commission d'étude estime avoir pour ce point important trouvé les revenus nécessaires.

Si le corps médical français veut donc avoir confiance et aider les organisateurs, nul doute que le projet n'aboutisse dans un avenir très rapproché.

A noter que la Commission d'études a souscrit déjà un nombre important d'actions.

La Commission d'études se compose de MM. les docteurs Boucard, Dartigues, Dieupart, Secreton, Fassina, Forestier, Foucart, Helme, Kopp, Levassort, Molindry, Noir, O'Followell, Thiéry, Vimont; M. Hardy, architecte, conseiller technique; M. le docteur Boudin, conseiller juridique.

Adresser toute correspondance, tout avis, toute suggestion, 5, rue de Surène, soit au docteur Thiéry, président, soit au docteur O'Followell, secrétaire.

LIGUE FRANCO-ANGLO-AMÉRICAINE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale annuelle se tiendra le mardi 8 mai 1923, à 17 heures précises, à la Faculté de médecine (salle du Conseil), 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Conférence de M. le professeur J.-L. Faure sur « La cure chirurgicale du cancer ».

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La prochaine séance aura lieu mardi prochain, 8 mai, à 4 h. 3/4, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Joseph Morel (de Saint-Christophe-en-Brionnais).

NOTE DE PRATIQUE

MYOCARDITE SÉNILE

Régime lacté et lacto-végétarien (ne pas dépasser deux litres de liquide pour éviter la pléthore vasculaire). Purgatifs.

Application d'une ventouse scarifiée sur la région cardiaque, à répéter cinq à six jours de suite.

Comme tonicardiaque, prescrire pendant cinq jours, deux cachets par jour (matin et soir, avant les repas) de *Théosalvose strophantique* et, pendant les cinq jours suivants, deux cachets de *Théosalvose digitalique*; après arrêt de cinq jours, recommencer ce traitement qu'on continuera pendant plusieurs mois. Il a, pour effet, de régulariser les battements cardiaques, de redonner au pouls son amplitude, d'atténuer et même de faire disparaître le bruit de galop.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 7 AU 12 MAI 1923)

THÈSES

Mardi 8 mai. — Jury : MM. Achard, président; Gilbert, Chauffard et Nobécourt. — M. Drayton (Henry). Le syndrome pleuro-pulmonaire de l'éventration du diaphragme. — M. Compin. Etude de l'échinococcose rachidienne. — M. Agoulon (Pierre). Des formes pseudo-chirurgicales de la syphilis du foie. — M. Drujon (Pierre). Des formes cliniques de l'azotémie aiguë.

Mercredi 9 mai. — Jury : MM. Delbet, président; Bernard, Garnier et Mathieu. — M. Laban (Rodolphe). Le segment transversal du côlon. — M. Lucciordi (L.). La valeur diagnostique de la recherche du bacille tuberculeux dans les expectorations.

REVUE GÉNÉRALE

LES CIRRHOSES PIGMENTAIRES [1]

Par Jacques DE MASSARY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Diagnostic. — On ne peut guère espérer porter cliniquement un diagnostic d'hémochromatose que si deux symptômes au moins sont réunis, et encore ne connaît-on pas des faits de diabète par hyperhépatie, avec hypertrophie du foie, sans aucune trace de pigmentation viscérale ferrugineuse (Gilbert et Lereboullet)?

Dans tous les autres cas, où un symptôme seul existe, on portera, comme on le constate dans de multiples observations, les diagnostics de cirrhose hypertrophique ou atrophique dont on discutera l'origine, syphilis, alcoolisme, tuberculose, infection; ou de diabète sucré banal. Là, c'est l'autopsie seule qui révélera la nature véritable de la maladie, et, voulant rester sur le terrain clinique, nous ne pouvons établir aucune discussion entre ces différentes affections et le syndrome qui nous occupe, par manque d'éléments distinctifs. Mais, quand deux signes se trouvent réunis : cirrhose et mélanodermie, cirrhose et diabète, diabète et mélanodermie, par exemple, il n'en est plus de même, et nous allons voir quelles sont les autres altérations organiques qui peuvent nous induire en erreur et les signes particuliers qui pourront nous aider à les éliminer.

1° Tout d'abord, éliminons, sans grande difficulté, *les pigmentations spéciales à certaines maladies.* Pigmentation de la maladie d'Addison, qui est de répartition différente, avec grandes plaques plus foncées, séparées les unes des autres par des espaces de peau plus foncés, et qui intéresse presque toujours les muqueuses, contrairement à l'infiltration ferrique qui les respecte, en général, ou les atteint d'une manière infime, ainsi que nous l'avons vu. D'autre part, la mélanodermie addisonnienne s'accompagnera d'autres symptômes : hypotension en particulier, qui sont absents dans l'hémochromatose, mais ne présentera jamais d'atteinte hépatique comme dans cette dernière affection, à moins qu'il n'y ait association des deux syndromes, comme dans les cas de Rabé (1900), de Le Play et Sézary, de C. et J. Oddo, d'Achard et Leblanc).

Les autres pigmentations, parasitaires ou toxiques (argyrisme, arsenicisme) n'offrent pas non plus de grandes causes d'erreur; un interrogatoire et un examen minutieux les auront vite identifiés.

2° Le diagnostic sera plus délicat lorsqu'on se trouvera en présence d'un malade qui, outre *une pigmentation cutanée* marquée, sera porteur d'une *affection hépatique.*

Le *sarcome mélanique du foie* pourra parfois induire en erreur, en raison de la pigmentation brune de la peau, de l'hypertrophie du foie et de la cachexie rapide. Quelques signes différentiels existent cependant. Il n'y a pas, en effet, dans ce cas, d'hypertrophie splénique, de plus les urines contiennent de la matière mélanigène, facile à déceler pour Heurteaux, par : 1° leur coloration en noir intense après exposition à l'air qui détermine une oxydation lente; 2° l'apparition d'une coloration noire provoquée par l'addition de perchlorure de fer.

Les autres formes de cancer du foie seront encore plus facile à reconnaître, par suite des caractères physiques du viscère à l'examen, de leur évolution, mais rappelons-nous que de nombreux faits prouvent l'association possible de tumeurs malignes du foie et de pigmentation ferrique, et alors cette association ne sera dévoilée que sur la table d'autopsie.

Il est encore possible de distinguer la cirrhose pigmentaire *des cirrhoses biliaires*, quelles que soient leurs formes (lithiasique, splénomégalique, hypertrophique avec ictère chronique de Hanot), quand elles donnent naissance à l'ictère noir. Dans ces cas, il y aurait (Gilbert et Lereboullet) imprégnation de la peau par les pigments biliaires et transformation de ceux-ci en mélanine. Donc la mélanodermie aura été précédée de poussées ictériques, survenues à intervalles plus ou moins éloignés. C'est l'inverse qui se passe dans les cirrhoses pigmentaires où l'on voit l'ictère, fort inconstant du reste (ce qui est encore un signe distinctif), apparaître tardivement quand la coloration ardoisée devient intense.

La *syphilis du foie* sera reconnue assez facilement la plupart du temps. En effet, tantôt elle simule la cirrhose de Laënnec et il n'y a pas de mélanodermie; tantôt elle prend la forme dite de cirrhose biliaire hypersplénomégalique de Gilbert et Fournier et le volume considérable de la rate nous la fera dépister; tantôt il y a hépatite hypertrophique avec splénomégalie et ictère chronique (Hanot, Bernard), et celui-ci aiguillera les recherches loin des hépatites pigmentaires où ce symptôme est tout à fait de second plan. Seul, sera souvent délicat à éliminer, le cas où il y a pigmentation syphilitique concomitante à une modification du volume du foie; mais ce n'est pas à proprement parler de la mélanodermie, car si la peau est brune dans son ensemble, la pigmentation est circonscrite et non diffuse.

La *tuberculose du foie* hypertrophique ou atrophique, avec légère splénomégalie, peut s'accompagner d'une mélanodermie spéciale et prêter à confusion. Cependant, à un examen attentif la peau du tuberculeux cirrhotique, si elle est sans doute foncée, presque noire même, noirâtre rappelant celle du mulâtre, n'a pas le reflet métallique, ardoisé de celle du cirrhotique pigmentaire. Du reste, la pigmentation du tuberculeux se fait par plaques hyperchromiques et achromiques, rappelant le vitiligo (Caussade et Milhit).

Il n'est d'ailleurs pas impossible de voir également ici, association de tuberculose hépatique et cirrhose pigmentaire, comme dans le cas si curieux de Duhot (de Lille).

3° *Dans une autre série de faits*, il nous faut dire un mot des cas où l'on constate une *hypertrophie* ou une *atrophie du foie* avec des *signes de diabète.*

Se trouve-t-on ou non en face d'un diabète bronzé sans mélanodermie?

La réponse est impossible à faire cliniquement. C'est toute la question des rapports du foie et du diabète qui se trouve soulevée ici et qui a été fréquemment étudiée par Dieulafoy, Bouchard, Glénard, Marcel Labbé, Gilbert, Castaigne et Lereboullet. Ce n'est que l'autopsie et même l'examen

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 34, p. 541.

histologique qui permettront de déceler la sidérose viscérale et d'étiqueter, avec exactitude, la maladie en cause.

4° Enfin, signalons pour terminer les cas où *le diabète* constaté s'associe à *la mélanodermie*. Serons-nous alors en droit de parler de diabète bronzé sans cirrhose? Là, c'est l'étude attentive des caractères de la pigmentation cutanée qui, en la distinguant des autres mélanodermies, nous permettra de relier ensemble les deux symptômes constatés, même si la cirrhose n'est pas décelable cliniquement, car nous savons que souvent celle-ci n'est qu'une trouvaille d'autopsie.

Nous voyons donc, pour résumer ce chapitre de diagnostic clinique, que c'est la mélanodermie à type spécial qui est le meilleur élément de différenciation, et qui seul peut nous faire suspecter l'origine sidérosique des troubles constatés. S'il est absent, il nous est impossible d'avoir une opinion précise.

Étiologie. Pathogénie. — Les syndromes pigmentaires décrits sont des maladies de l'âge adulte et surtout du sexe masculin, ainsi sur 60 cas, on n'observe que 6 femmes (Fiessinger). Le rôle prépondérant de l'alcoolisme paraît probable (Gouget), en raison de son influence toxique sur le foie, mais on a vu le pigment ferrique infiltrer l'organisme à la suite de bien d'autres circonstances. C'est ainsi qu'on a vu cette infiltration se produire au cours de l'anémie pernicieuse, d'états cachectiques variés (Peters, Kunkel, Staehl, Lindemann, Kretz), d'états fébriles, tels que la fièvre typhoïde (Césaris Demel) ou une septicémie (Regaud et Duvernay), de leucémie (Hindenlang), d'intoxications aiguës digestives (Peters), d'affections discrasiques telles que la malaria, les néphrites (diminution de l'excrétion ferrique de Garrod), les lésions cardiaques. En réalité, il faut reconnaître que la distribution et le métabolisme normal du fer dans l'organisme, nous étant peu connus, il nous est difficile de savoir ce qui peut les troubler, aussi la pathogénie des cirrhoses pigmentaires est-elle riche en théories diverses.

I. Théorie hépatogène. — La première en date est la *théorie* dite *hépatogène* soutenue par Hanot et Chauffard en 1882. « Sous l'influence combinée de l'hyperglycémie, de sa lésion préalable déterminante et de l'insuffisance circulatoire créée par l'endartérite diabétique, la cellule hépatique subit un trouble évolutif dans sa fonction chromatogénique et devient le siège d'une hypergénèse pigmentaire ou plutôt d'une dysgénèse pigmentaire, puisqu'il s'agit d'une élaboration non seulement surabondante, mais déviée du pigment hépatique. »

Ils se basent pour cela sur deux faits : 1° le foie peut être le seul organe pigmenté; 2° la dissémination embolique existe, puisqu'on a retrouvé du pigment dans les capillaires du poumon (Letulle) et dans ceux du derme (Mossé).

Une première attaque est menée trois ans plus tard, par Letulle, qui entrevoit le premier la formation du pigment dans le sang et, en 1897, Rendu et E. de Massary, ayant constaté la présence du pigment ocre dans toutes les cellules glandulaires, foie, pancréas, glandes sous-maxillaires, corps thyroïde, surrénales, testicules, reins, glandes sudoripares, et son absence dans le sang, élargissaient la théorie de Hanot et Chauffard, la trouvant incomplète. La dysgénèse pigmentaire ne se produit pas uniquement dans le foie, elle se fait dans toutes les cellules glandulaires de l'économie. A la vérité, il y a en plus une autre cellule qui se pigmente, c'est la fibre musculaire cardiaque, tandis que la fibre musculaire banale ne fabrique pas de pigment. Ceci conduit Rendu et de Massary à assimiler à la cellule glandulaire la fibre cardiaque, dont le travail, comme celui de la glande, ne comporte aucun repos. Ils formulent ainsi la loi suivante : les éléments se pigmentent le plus dont les échanges sont au maximum.

Le pigment formé par la transformation de l'hémoglobine du sang par les cellules glandulaires ou par la fibre cardiaque est ensuite abandonné, par la mort de la cellule, dans les mailles du tissu conjonctif, puis charrié dans les ganglions par le travail lent, mais continu, du courant lymphatique.

Cette dysgénèse pigmentaire des cellules glandulaires, en général, et de la fibre cardiaque serait, pour ces auteurs, fonction d'une cachexie spéciale de l'organisme, car la cachexie est le seul caractère commun qui unit les états dissemblables dans lesquels se rencontre le pigment ocre : diabète, cirrhoses, paludisme.

Cependant, malgré ces modifications, la théorie hépatogène est admise par Brault, Hayem, Gilbert et ses élèves, Castaigne surtout (1906), Caussade et Milhit (1911), qui font jouer le rôle essentiel à l'altération hépatique dans la formation du pigment ocre dans la cirrhose pigmentaire.

Les pigments ferrugineux sont formés par les cellules hépatiques dont le fonctionnement est exagéré, et Castaigne en donne une démonstration expérimentale en provoquant un état d'hyperhépatie chez l'animal par des injections d'une solution faible de pilocarpine dans le cholédoque, suivies ensuite d'une injection intraportale de solution ferrugineuse et constate que le foie accumule le fer sous forme de pigments. Si cette accumulation devient trop grande, il se produit alors une dissémination à tout l'organisme de la façon suivante :

La voie lymphatique est la voie d'élimination du pigment par excellence.

Il y a d'abord une étape abdominale, puis une étape médiastinale et enfin tout le système lymphatique périphérique est infiltré. La transformation en pigment noir est encore un moyen d'élimination qu'emploie l'organisme, quand le pigment ocre est trop abondant.

Quant à la glycosurie, elle n'a rien qui soit spécial à la cirrhose pigmentaire, on peut la rencontrer dans toutes les affections hépatiques, c'est un trouble général de la nutrition (Achard) en rapport avec des lésions du pancréas, on peut dire même avec le disfonctionnement des glandes endocrines (Claude et Sourdel).

Puis ces auteurs s'attachent à différencier les cirrhoses pigmentaires, de la sidérose, ou hémolyse sidérogène. Dans cette dernière affection, disent-ils, les hématies ont une résistance diminuée et se détruisent au niveau des différents organes baignés par le sang avec prédilection pour les organes glandulaires en général, en donnant naissance secondairement au pigment ocre, ce qui explique que dans ce cas, on le trouve dans le rein, ce qui ne se produit pas dans les cirrhoses pigmentaires vraies où le fer s'accumule dans le foie par suite d'une aptitude plus grande qu'a la cellule hépatique pour le fixer et non pas en raison d'une fragilité plus

grande des globules rouges, qui ne sont pas alors détruits ailleurs (Castaigne).

Caussade et Milhit appuient cette théorie de constatations anatomiques.

Contrairement à ce que l'on voit dans les cirrhoses pigmentaires, c'est par son pôle veineux que la cellule hépatique s'infiltre dans l'hémosidérose, allant des parois des capillaires à l'intérieur de la cellule. De même, dans la rate, les lésions seront différentes. Très grosse hypertrophie, pas de sclérose, aspect diffus du pigment, faible macrophagie, congestion intense des cordons de Billeroth, surcharge ferrique minime, seraient des signes particuliers à l'hémosidérose qui la différencieraient des cirrhoses pigmentaires vraies. Donc érythrolyse considérable dans l'hémosidérose, macrophagie prédominante dans les cirrhoses pigmentaires.

II. **Théorie hématogène.** — En face de cette théorie, se dresse celle de la *sidérose hématogène*, entrevue pour la première fois, ainsi que nous l'avons vu par Letulle, en 1885. Elle fait jouer un rôle moins actif à la cellule hépatique, mais fait intervenir l'altération sanguine; elle a surtout été défendue par Regaud et Duvernay, puis par Roque, Chalier, Nové-Josserand, Gouget, Marcel Labbé, Claude et Sourdel, Louis Laurent et N. Fiessinger. Letulle ayant constaté des dépôts ferriques dans un grand nombre d'organes, trouve dans cette généralisation même une objection à la théorie embolique avec formation exclusive du pigment dans le foie. Il conclut qu'il s'agit d'une surcharge pigmentaire des organes non pas venue du foie, mais due à la destruction de l'hémoglobine, dont le résidu, le pigment hématique, s'accumule dans les organes et les tissus les moins aptes à la résistance, le foie surtout s'il est déjà le siège d'un processus de cirrhose antérieure. Cette altération sanguine serait sous la dépendance de l'hyperglycémie.

Gonzalès-Hernandez, Kiener démontrent, peu de temps après, qu'il y a complète analogie entre le pigment du diabète bronzé et celui que Quincke avait trouvé dans le foie, le rein, le pancréas de malades morts d'anémie pernicieuse. Ces auteurs concluent alors à son origine hématique et n'isolent plus de ce fait, les cirrhoses pigmentaires d'autres syndromes déjà connus. Mossé, constatant que toutes les fois que la circulation charrie un sang toxique et adultéré, il se développe dans le foie une réaction inflammatoire, pense que la seule présence du pigment dans les vaisseaux et les cellules du foie détermine un processus scléreux. Constatant l'intime union du foie et du pancréas dans la fonction glycoso-formatrice, et remarquant que dans le cas de diabète bronzé, il s'agissait surtout d'un diabète pancréatique, opinion affermie par la constatation constante de lésions anatomiques du viscère, Dutournier, après lui, émet l'hypothèse que le diabète ne serait plus la cause, mais l'effet d'une maladie qui serait produite de toute pièce par une altération sanguine dont le phénomène déterminant reste inconnu.

Duvernay, en 1905, reprend et développe cette théorie. Pour lui, la cellule hépatique est toujours malade la première, soit du fait d'une cirrhose préexistante, soit du fait de lésions parenchymateuses, soit du fait d'un trouble purement fonctionnel.

S'il se produit alors une mise en liberté d'hémoglobine pour une cause intercurrente pouvant entraîner l'hémolyse : grippe, affection pulmonaire ou intestinale, etc., soit même du fait de la lésion hépatique, des phénomènes anormaux vont se passer.

Si l'hémolyse est minime ou débutante, les cellules saines vont hyperfonctionner, le foie fait les frais, il n'en résulte qu'une hypercholie passagère; tout passe inaperçu. Si la quantité est un peu plus forte, le foie travaille encore, mais livre un produit imparfait, l'urobiline. Un degré de plus, la bile abondante et plus épaisse encombre les voies biliaires, les pigments biliaires se résolvent dans le plasma sanguin, il y a cholémie, cholurie, hypercholie. Si la destruction est massive, brutale, la cellule succombe rapidement et l'hémoglobine passe dans les urines, il y a hémoglobinurie.

Mais quand il y a surcroît faible, mais constant, d'hémoglobine détruite (expérience de Quincke, Schurig; intoxications de Naunnyn, Minkovski, Kiener, Engel, Biondi et Heintze), il y a accumulation ferrique dans tous les organes. La cellule hépatique, en effet, essaye de s'en débarrasser et on voit le pigment s'accumuler vers son pôle biliaire, mais elle est insuffisante et d'autres organes essayeront d'éliminer l'hémoglobine restant dans la circulation; organes lymphoïdes et glandulaires, deviendront ainsi des émonctoires accessoires, mais resteront imparfaits. Ils dédoubleront l'hémoglobine en pigment ferrugineux, qui restera inclus, en hématoporphirine ou mélanine qui sera rendue à la circulation et va infiltrer tout l'organisme en devenant noir par oxydation.

Plus tard, la cellule hépatique succombe, les pigments, arrêtés à un stade de formation très peu avancée y restent inclus sous formes de masses de plus en plus volumineuses; les glandes elles-mêmes deviennent insuffisantes et d'autres cellules essayent de les remplacer : cœur, cartilages, cellules conjonctives.

D'autre part, les pigments dans la cellule hépatique aggravent la lésion primitive, ils excitent le tissu scléreux et réagissent par suite sur la circulation générale, augmentant la destruction globulaire, tendant ainsi à établir un véritable cercle vicieux. Le même processus se développe dans le pancréas, entraînant le développement de la sclérose et causant ainsi le diabète.

Donc, dans les stades peu marqués, la sidérose reste un fait anatomo-pathologique; quand elle survient au cours d'une affection hépatique et d'une façon suffisamment prolongée, elle peut lui imprimer une allure particulière ou par des manifestations pigmentaires extérieures donner lieu à des groupements de symptômes syndromatiques.

Chalier, en 1913, appuie cette thèse, disant que les cirrhoses pigmentaires n'ont pas d'individualité propre et que le fer pigmentaire est ici, comme dans tous les états pathologiques avec sidérose, le résultat d'une hémolyse.

Du reste, le professeur Gilbert ne semble-t-il pas dans un article récent sur la sidérose hépatique en collaboration avec Surmont (de Lille) se ranger désormais à cette théorie lorsqu'il écrit : « Nous comprendrons donc que les affections où la rubigine est en quantité notable : anémie pernicieuse, diabète, cirrhoses, puissent de ce fait prendre une allure clinique assez particulière pour justifier les descriptions des médecins français qui ont vu des syndromes méritant une place à part parmi les cadres nosographiques, dans le diabète bronzé ou les cirrhoses hypertrophiques pigmentaires, alors

que dans d'autres cas son apparition ne sera qu'un incident secondaire dans une évolution clinique, conforme, par ailleurs aux modalités pathologiques courantes. » Et plus loin : « Il ne nous paraît pas démontré que la cellule hépatique puisse démolir le fer qu'elle contient à l'état de liaison organique, au point de la ramener à l'état de produit sensible aux réactifs du fer minéral. »

En résumé, pour ces auteurs, l'hémolyse lente et prolongée devient le fait dominant; la lésion hépatique antérieure n'agit que d'une façon mécanique en ralentissant l'élimination du pigment ferrique et en entraînant son accumulation.

III. **Théorie hépato-hématogène.** — Les recherches récentes de L. Laurent et N. Fiessinger appuient à nouveau cette opinion en démontrant qu'il est fréquent d'observer au cours des syndromes pigmentaires une diminution de la résistance globulaire, ce qui les rapproche des ictères hémolytiques. Duhot (de Lille) rapporte de son côté une curieuse observation où il voit se succéder un ictère urobilinurique, une mélanodermie à type ferrique avec hémosidérose viscérale constatée à l'autopsie, phénomènes qu'il rattache à une même cause : l'érythrocytolise, provoquée par une tuberculose des organes hématopoïétiques. Cette hémolyse se produit dans la rate ce qui est démontré par son hypertrophie, par l'abondance des macrophages hématiques dans les ganglions que l'on trouve infiltrés de pigment ocre et dans le foie dont le rôle hémolytique est bien connu. Cette hémolyse viscérale est d'autant plus facile que les hématies sont sensibilisées par une fixation d'hémolysine. Rapprochant ces faits de la constatation d'un état d'hyperfonctionnement du foie, ces auteurs aboutissent à la théorie mixte suivante, très proche de celle de Duvernay, Chalier.

Le globule rouge sensibilisé est hémolysé par la rate, les ganglions et le foie. Les déchets infiltrent les organes d'élimination : le foie, puis le rein. Si le foie est sain, il se comporte comme dans les ictères hémolytiques, où l'on rencontre, ainsi que dans tous les processus d'hémolyse, une légère pigmentation ferrugineuse, la chasse biliaire assurant une évacuation suffisante pour éviter l'accumulation, la généralisation et la mélanodermie; mais, s'il est altéré, il s'encombre de pigments autant d'une manière active par hyperfonctionnement, donc par augmentation de son pouvoir hémolytique et de sa fonction martiale compensatrice, que d'une manière passive par insuffisance d'élimination. Mais cette hyperhépatie est essentielle, car elle est un facteur de longue durée, une sorte de réaction de défense contre le processus cirrhotique. Elle permet ainsi aux autres parenchymes glandulaires de s'infiltrer à leur tour en voulant suppléer l'insuffisance d'élimination progressive de la cellule hépatique qui se produit à la longue.

Donc, si elle n'est pas le seul facteur comme dans la théorie de Castaigne, elle est cependant d'une grande importance, plus grande même que ne le pensait Duvernay qui ne faisait entrer en ligne de compte pour permettre une évolution lente du processus sidérosique qu'une plus ou moins grande prolongation de l'hémolyse, déniant pour ainsi dire au foie tout rôle actif.

Achard semble admettre également cette manière de voir quand il dit que la cirrhose paraît être une cause très adjuvante de la sidérose viscérale et que l'hémolyse, si elle est une cause nécessaire, n'est nullement suffisante. Il insiste également sur ce rôle de l'hyperfonctionnement hépatique pour la précipitation du fer dans le foie et montre qu'il n'y a aucun rapport entre l'abondance de l'hémolyse et celle de la pigmentation ferrugineuse.

Ménétrier, Touraine et J. Surmont rapportent également une observation de sidérose viscérale au début avec localisation prédominante de la pigmentation dans la rate et dans le foie atteint de cirrhose périportale. Ces auteurs voient dans ces faits des arguments en faveur de l'origine splénique de la sidérose, et ils ajoutent que les lésions hépatiques antérieures à la sidérose doivent être nécessaires pour accumuler le fer dans le foie d'où il sera repris en partie par phagocytose et passera dans la circulation lymphatique puis sanguine créant la sidérose généralisée. Ainsi l'hémochromatose résultant pour eux d'une action hyperhémolytique de la rate et combinée à la cirrhose réaliserait le syndrome de la cirrhose pigmentaire.

Quant au diabète, qui est le symptôme le moins constant, il pourrait être dû soit à l'hyperhépatie (Gilbert et Castaigne), soit à l'altération des glandes endocrines par la destruction globulaire (Claude et Sourdel), soit à des lésions sclérosantes secondaires du pancréas.

En somme, la cause de la sidérose totale réside dans un trouble fonctionnel du parenchyme hépatique; et si le « primum movens » de la maladie est l'état du sang, la cirrhose et l'hyperhépatie compensatrice sont les conditions nécessaires pour produire l'intensité de la sidérose viscérale.

Traitement. — C'est le traitement habituel des cirrhoses que l'on appliquera, auquel on adjoindra un régime de déficit hydrocarboné contre le diabète et la prescription de la quinine dans la cirrhose paludique.

Cependant quelques indications spéciales ont été préconisées d'abord contre le diabète lorsque la glycosurie est trop abondante, tel que celui de Diuguizli (de Tunis) cité par Laurent; mais, c'est surtout contre la maladie causale, c'est-à-dire l'hémolyse, que l'on a essayé de lutter. On a employé la cholestérine (Fiessinger) par régime spécial aidé de l'absorption de 0g60 à 1 gramme de cette substance, et l'on a conseillé, si on admet l'origine splénique de l'hémolysine, l'ablation de la rate. Mais cela nécessite un diagnostic précoce ce qui n'est pas aisé, et, d'autre part, les sujets cirrhotiques souvent anciens se trouvent la plupart du temps dans de mauvaises conditions d'opérabilité. Néanmoins, étant donné le pronostic fatal de la cirrhose bronzée, la splénectomie peut être tentée. Léon Kindberg signale, en effet, dans un article sur la maladie de Banti et l'anémie splénique, les bons résultats de cette intervention même tardive, la cirrhose n'étant pas une contre-indication. Le gros danger serait surtout, d'après cet auteur, les hémorragies secondaires, l'hémostase étant souvent difficile au cours de l'opération.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOT. Pigmentation cirrhosis of the liver in a case of chromatosis, *Pathol. Soc. of London*, 1900, vol. LI.

ACHARD. *Th. de Paris*, 1894-1895; — Cirrhose pigmentaire, *Journ. des prat.*, 28 janv. 1922.

ACHARD et LEBLANC. Cirrhose bronzée, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 déc. 1921.

AUSCHER. A propos d'un cas de cirrhose pigmentaire hypertrophique avec diabète sucré, *Soc. anat.*, 3 mai 1895.

AUSCHER et LAPICQUE. Recherches chimiques sur un cas de diabète pigmentaire, *Soc. de biol.*, 25 mai et 29 juin 1895 ; — A propos des pigments des cirrhoses pigmentaires. Productions expérimentales de l'un d'eux : la rubigine, *Soc. méd. des hôpit.*, 12 fév. 1897.

AMEUILLE. Pigments pathologiques, *Biologie médicale*, mai-juin 1910.

AUSCHUTZ. Ueber den diabetes mit bronze farbung des hant zugleich ein beitrag zur Lehre von den allgemeinen hemochromatose und der pankreasshrumpfung, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd LXII, p. 411.

BARTH. Diabète bronzé, *Soc. anat.*, 1888.

BIONDI. Experimentalle untersuchen ueber die ablagerung von eisenhaltigen pigment in den organen infolge von hematolyse, *Beit. z. Pathol. anat. und z. allg. Pathol. von Siegler*, Bd XVIII, p. 174.

BLANTON et HEALY. Hemochromatosis, *Arch. of int. Med.*, 15 avril 1921.

BOUCHUT et VALMAT. Le diabète avec cirrhose, *Revue de méd.*, oct. 1913.

BRAULT et GAILLARD. Sur un cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré, *Arch. gén. de méd.*, 1888.

BRAULT. Deux cas de cachexie pigmentaire sans diabète, *Soc. anat.*, 31 mars 1895.

CASTAIGNE. Le foie et le fer. Leurs rapports à l'état pathologique, *Presse méd.*, 5 déc. 1906; — Les ictères hémolytiques avec sidérose pigmentaire du foie, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 nov. 1907.

CASTAIGNE et CHIRAY. *Manuel des maladies du foie et des voies biliaires*, in Debove, Achard, Castaigne, Masson 1910.

CARNOT. Des transformations du sang en granulations pigmentaires dans le tube digestif de la sangsue, ; — Recherches sur le mécanisme de la pigmentation, *Th. de doctorat ès sciences*, Lille 1896 ; — Le mécanisme de la pigmentation, *Bull. scient. de France*, 1897.

CAUSSADE et MILHIT. Des sidéroses viscérales et plus spécialement des cirrhoses pigmentaires, *Bull. méd.*, avril 1911.

CÉSARIS DEMEL. Beitrage zur studium des experimentellen marasmus, *Zieg. Beitr.*, 1897, XXI.

CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND. Hémolyse et cirrhose pigmentaire chez un diabétique, *Presse méd.*, 17 fév. 1912.

CHALIER, NOVÉ-JOSSERAND et BOULUD. Sidérose viscérale d'origine hémolytique, *Soc. de biol.*, 17 mai 1912; — Documents relatifs à l'hémolyse sidérogène, *Soc. de biol.*, 21 mars 1913 ; — De l'origine hémolytique de la sidérose viscérale. Du rôle primordial de la rate dans l'hémolyse sidérogène, *Lyon méd.*, 23 mars 1913 ; — Sur la sidérose viscérale, *Soc. de biol.*, 7 mai 1913; — Sur l'hémolyse sidérogène, *Soc. de biol.*, 14 mai 1913 ; — Infantilisme réversif et état des glandes à sécrétion interne au point de vue de la sidérose, *Lyon méd.*, avril 1913 ; — Répartition du fer pigmentaire et dosage du fer dans les viscères au cours de divers états pathologiques, *Lyon méd.*, 23 mars 1913.

CHALIER, ROQUES et NOVÉ-JOSSERAND. Etude critique de la conception des cirrhoses pigmentaires. Origine hémolytique de leur sidérose, *Revue de méd.*, 10 mai 1913 ; — Hémolyse sidérosique, *Journ. de phys. et de path. gén.*, 1913.

CHAUFFARD. Cirrhoses pigmentaires, in *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, 1892, t. III.

CHEVALLIER. *Th. de Paris*, 1913.

CLAUDE et SOURDEL. Hémosidérose viscérale et insuffisance pluriglandulaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 juillet 1912.

CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie pathologique*, 1884, t. II.

DUHOT. Ictère hémolytique? Anémie pernicieuse? Cirrhose pigmentaire? Tuberculose hépato-spléno-ganglionnaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 déc. 1921.

DUTOURNIER. Diabète bronzé, *Th. de Paris*, 1895.

DUVERNAY. De l'hémosidérose viscérale et des cirrhoses dites pigmentaires, *Th. de Lyon*, 1905 ; — Considération sur la pathogénie des syndromes pigmentaires, *Province méd.*, 6 avril 1912.

ENGEL. Remarques sur les lésions de l'empoisonnement expérimental par le sulfure de carbone et la toluylendiamine.

FRERICHS. Deux cas de diabète pigmentaire, *Traité du diabète*, traduction française, p. 152 et 542.

FURT. Die melanotiche pigment, *Centralbl. f. allg. Pathol.*, Bd XV, p. 617.

FIESSINGER. Art. CIRRHOSES PIGMENTAIRES, in *Traité* Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, 1922.

FERNET et PAPILLON. Une observation de diabète bronzé, in *Thèse* Dutournier.

GAUKLER. Les modalités histologiques de l'hématolyse et le rôle de la rate dans l'évolution du pigment sanguin, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1908, n° 7.

GILBERT, CASTAIGNE et LEREBOULLET. Diabète par hyperhépathie dans les cirrhoses pigmentaires. Fonctionnement des cellules hépatiques infiltrées de rubigine au cours des cirrhoses pigmentaires, *Soc. de biol.*, 19 mai 1900.

GILBERT et GRENET. De la cirrhose hypertrophique pigmentaire, *Soc. de biol.*, 1896.

GILBERT et LEREBOULLET. Les mélanodermies d'origine biliaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 1902.

GILBERT et SURMONT. Art. CIRRHOSES PIGMENTAIRES, in *Traité de médecine et de thérapeutique* ; — Sidérose hépatique, *Paris méd.*, 26 fév. 1921.

GONZALÈS HERNANDÈS. La cachexie bronzée dans le diabète, *Th. de Montpellier*, 1892.

GOUGET. Leçon sur la cirrhose bronzée, *Clinique méd. de Saint-Antoine*, 1909-1910.

HANOT. Des différentes formes des cirrhoses du foie,

HANOT et CHAUFFARD. *Revue de méd.*, 1882, p. 385.

HANOT et SCHACHMANN. *Arch. de physiol.*, 1886, t. VII.

HEINZ. *Zieg. beitr. Blut. und deren folgen*, 1901.

HEURTEAUX. Art. MÉLANOSE, *Dictionnaire* Jaccoud.

HINTZE. Ueber hämochromatose, *Virch. Arch.*, Bd CXXX, 1895.

JEANSELME. Hématologie et pathogénie du diabète bronzé, *Soc. méd. des hôpit.*, 1897.

KELSH et KIENER. Affections paludéennes du foie, *Maladies des pays chauds*, 1889.

KUNKEL. *Virch. Arch.*, 1880, LXXXI.

LABBÉ et BITH. Le diabète bronzé, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, 1912.

LAIGNEL-LAVASTINE. Cirrhose alcoolique pigmentaire avec polyurie, *Soc. anat.*, 1901.

LAFITTE. Art. CIRRHOSES PIGMENTAIRES, in *Traité* Bergé, Henriquez, Laffitte, Lamy.

L. LAURENT. Processus d'hémolyse et cirrhoses pigmentaires, *Th. de Paris*, 1914.

LAFITTE et MONCANY. Pigmentation anormale des tuberculeux et insuffisance surrénale, *Soc. méd. des hôpit.*, 1903.

LAPICQUE. *Th. de doctorat ès sciences*, Paris 1897 ; — Expérience montrant que le foie détruit l'hémoglobine dissoute et qu'il en garde le fer, *Soc. de biol.*, 1897.

LÉPINE. Un cas de diabète bronzé, *Lyon méd.*, 1903, n° 15.

LEREBOULLET et MOUZON. Le diabète secondaire dans la cirrhose pigmentaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 déc. 1921.

LETULLE. Deux cas de cirrhose pigmentaire diabétique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1885; — Cirrhose hypertrophique alcoolique pigmentaire, *Soc. anat.*, 4 déc. 1896; — Trois cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire non diabétique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1897.

MARGAIN. Contribution à l'étude de l'origine du pigment dans le diabète bronzé et de la pathogénie de cette affection, *Revue de méd.*, 1905.

P. MARIE. Un cas de diabète bronzé avec autopsie, *Soc. anat.*, 25 avril 1895.

MARIE (P.) et AUSCHER. Une observation de diabète bronzé, in *Thèse* Dutournier.

MASSARY (E. DE). *Soc. méd. des hôpit.*, 1921 (à propos de la communication Achard et Leblanc).

MASSARY (E. DE) et POTIER. Un cas de diabète bronzé, *Soc. anat.*, avril 1895.

MÉNÉTRIER, TOURAINE et SURMONT. *Congrès de méd.*, 1922.

MEUNIER. Contribution expérimentale à l'étude pathogénique de la cirrhose pigmentaire, *Th. de Paris*, 1897-1898.

MILIAN. Adénome du foie avec cirrhose pigmentaire, carcinome de la parotide, généralisation au poumon, *Soc. anat.*, 1897.

MOSSÉ. *C. R. du Congrès franç. de méd.*, Lyon 1894.
MOSSÉ et DAUNIC. Contribution à l'étude de la cirrhose pigmentaire et du diabète bronzé, *Gaz. hebd.*, 1895.
NAUNYN et MINKOWSKY. Ueber den icterus durch policholie und die forgänge in der leber beim dem selben, *Arch. f. experim Path. und Pharm.*, Bd XXI.
NEUMANN. Beitrage zur kenntniss des pathologischen pigment, *Virch. Arch.*, Bd CXI, p. 25 et Bd CLXXVII, p. 40.
ODDO (C. et J.). Maladie d'Addison et cirrhose pigmentaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 1er déc. 1922.
PARMENTIER et CARION. Examen du sang et dosage du fer dans un cas de diabète bronzé, *Soc. de biol.*, 20 fév. 1897.
PERLS. Nach Weiss von eisen oxyd in gewiessen pigmenten, *Virch. Arch.*, 1867, Bd XXXIX.
PEYTON ROUS. Urinary siderosis, *Studies from the Rockfeller Institute*, 1920, t. XXX et XXXII.
PEYTON ROUS et OLLIVER. Experimental hemochromatosis, *Studies from the Rockfeller Institute*, 1920, t. XXXII.
POUCHET. Sur la formation du pigment mélanique, *Soc. de biol.*, 1880-1887-1891.
QUINCKE. Ueber siderosis, *Zeit. z. and. am Albr. von Haller darg.*, Bern 1877; — Zur pathologie des bluter, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1880, Bd XXV; — Ueber siderosis, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1880, Bd XX.
RABÉ. Un nouveau cas de cirrhose hypertrophique alcoolique pigmentaire, *Soc. anat.*, 1900; — Voies d'élimination du pigment dans le diabète bronzé, *Soc. anat.*, 1900.
RECKLINGHAUSEN. Ueber hämochromatose, *Tag. Deut. nat. und Ærzte in Heidelberg*, 19 sept. 1889.
REGAUD. Sur l'hémosidérose viscérale, *Soc. de biol.*, 1897.
RENDU et E. DE MASSARY. Cirrhose et diabète bronzé, *Soc. méd. des hôpit.*, 1897.
RENDU et TRIBOULLET. Diabète, cirrhose hypertrophique pigmentaire, in *Thèse* Dutournier.
RICHARDIÈRE. Cirrhose pigmentaire avec mélanodermie et diabète, *Union méd.*, 7 déc. 1895.
ROBIN et FIESSINGER. Ictère hémolytique acquis avec fragilité globulaire au cours d'une cirrhose alcoolique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 mai 1911.
ROUILLARD. Cirrhose pigmentaire et hémochromatose, *Presse méd.*, 29 avril 1922.
SUNDBY. Un cas de diabète bronzé, *Lectures on renal and urinary dis.*, vol. XI.
SCHOW DUNN et MAXWELL TELLWIG. Discussion on homochromatosis, *Brit. med. Journ.*, 12 nov. 1921.
SCHURIG. Ueber die schicksalle des hämoglobins im organismus, *arch. f. experim. Pathol.*, 1898, Bd XLI.
SIEUR. Art. PALUDISME, in *Traité* Roger, F. Widal, Tessier, 1922.
STAEHL. Der eisen gehalt in leber und milz nach verschiedenen krankeiten, *Virch. Arch.*, 1881, Bd LXXXV.
TROISIER. Sur un cas de diabète bronzé, *Soc. anat.*, 1871, et *Soc. méd. des hôpit.*, 5 fév. 1897.
TROUSSEAU. *Clinique médicale*, 2e édition, t. II.
WILLE. Ein beitrage zur pathol. anatomie des pankreas bei diabetes mellitus, *Mitt. aus den Hamb. Staats krank.*, Bd V.
WOLFF. Zur kenntniss der melanotishen pigment, *Hoffm. Beit. z. schem. Physiol. und Pathol.*, 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er MAI 1923)

Eaux minérales. — M. SIREDEY, au nom de la Commission des eaux minérales, analyse un rapport de M. Lanos, interne des hôpitaux, sur les eaux de Luchon.

Tuberculose. — M. RIST, comme les professeurs Léon Bernard, F. Bezançon et E. Sergent, a été chargé des surexpertises pour les tuberculeux de guerre; il s'est acquitté de cette tâche avec un parfait esprit de justice.

Il résulte de son étude que l'examen des réformés pour tuberculose est chose malaisée dont seuls peuvent s'acquitter des spécialistes entraînés depuis longtemps à cette clinique particulière et munis d'une instrumentation complète dont ils aient une longue habitude. Sur une statistique de 160 réformés pour tuberculose, il a trouvé 63 malades atteints uniquement de rhinopharyngites; 39 malades présentaient des lésions intestinales et crachaient des bacilles; 12 présentaient des lésions à peu près cicatrisées; 8 paraissaient complètement guéris; d'autres avaient une néphrite chronique ou bien de l'emphysème des « gazés ». Par contre, certains présentaient des tuberculoses insoupçonnées jusqu'à présent.

La plupart des réformés à tort finissent par comprendre, quand on prend la peine de les convaincre; beaucoup renoncent de bonne grâce à poursuivre leur réclamation. A en croire M. Rist, c'est moins l'état d'esprit des réformés que le mauvais fonctionnement des commissions de réforme qu'il faut incriminer.

M. SERGENT fait observer que la communication de M. Rist vient à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue. Il est bien évident qu'il était nécessaire d'attirer l'attention sur des faits tels que ceux que vient de produire M. Rist et tels que les faits qu'a signalés, de son côté, M. Sergent.

L'intervention, dans ce débat, de M. Sergent, comme celle de M. Rist, ont un double but : signaler, d'une part, des abus scandaleux et, d'autre part, faire rentrer dans leurs droits un certain nombre de malades qui en ont été injustement privés. En voici un exemple : un jeune soldat, bien portant, pesant 76 kilos, est fait prisonnier en Allemagne. Il y tombe malade, se met à tousser et, quand il est libéré, il ne pèse plus que 45 kilos. M. Sergent l'examine et constate qu'il est atteint d'une tuberculose avérée avec bacilles de Koch dans l'expectoration. Par suite d'un oubli, il ne se trouve inscrit sur aucune liste de malades.

Nous protestons, dit M. Sergent, aussi fermement contre cette injustice que contre les abus que nous avons signalés, et nous prenons la défense des vrais malades à l'égard de la loi des pensions contre ceux qui n'y ont aucun droit. Les faits apportés par M. Rist, joints aux nôtres, doivent être pris en considération, tout au moins pour l'avenir.

Syphilis et tuberculose pulmonaires. — M. SERGENT, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Letulle, apporte deux observations de syphilis pulmonaire chez des tuberculeux.

Ces observations, très complètes, tant au point de vue clinique qu'aux points de vue anatomo-pathologique, histologique et radioscopique, confirment en tous points les conclusions de M. Letulle et prouvent que l'attention des praticiens doit être appelée sur ces cas de syphilis pulmonaire, plus fréquents qu'on le croit généralement. Il faudrait tout d'abord suivre l'exemple de M. Sergent qui, chez tous les tuberculeux pulmonaires, fait faire la réaction de Wassermann.

— Au cours de cette communication, on nous fait passer sur l'écran de fort belles planches d'anatomie pathologique sur lesquelles M. Sergent nous donne d'instructives explications.

Il passe ensuite la parole à M. DURAND, qui nous donne à son tour des explications sur des planches d'examens histologiques.

MM. DOLÉRIS et VAILLARD demandent si, dans ces recherches, on a pu déceler la présence du tréponème et si le traitement antisyphilitique a donné des résultats.

M. SERGENT répond que le traitement antisyphilitique a été favorable.

M. LETULLE revient sur la communication de M. Widal qui a fait l'objet de sa dernière communication. Dans ce cas, il ne pouvait y avoir le moindre doute. Il s'agissait bien de syphilis pulmonaire. Mais il y a des cas où il est très difficile de pouvoir affirmer la présence de la syphilis. Quant à la présence des tréponèmes, il est également très difficile de la révéler par suite de la difficulté de les colorer.

Respiration artificielle. — M. Léon BERNARD présente, au nom de M. Panis, un appareil ingénieux pour pratiquer mécaniquement la respiration artificielle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1923)

L'action spirillicide du 914 et du 190 administrés par voie buccale. — MM. SÉZARY et POMARET ont étudié l'action dans la spirillose des poules du 914 et du 190 par ingestion. Après avoir établi qu'en injection intramusculaire le 914 a une activité 3 fois plus grande que celle du 190, ils ont constaté que par voie buccale le 190 a une action presque égale à celle du 914. Cette différence tient sans doute à ce que le 190 donne dans l'intestin des sels alcalins mieux absorbés que le 914 qui est un composé complexe. Ces expériences prouvent que le 190 peut être utilisé par voie buccale dans le traitement préventif de la syphilis.

Syphilis du mésencéphale à forme fronto-cérébelleuse. — MM. Georges GUILLAIN, ALAJOUANINE et MARQUÉZY présentent un malade dont la symptomatologie rappelait celle d'une tumeur fronto-cérébelleuse. Ce diagnostic a été éliminé par l'absence de stase papillaire et l'analyse du liquide céphalo-rachidien : hyperalbuminose, lymphocytose, réactions du Wassermann et du benjoin colloïdal positives. Les auteurs insistent sur la dissociation des troubles de la sensibilité, caractérisée par l'atteinte de la sensibilité douloureuse avec conservation de la sensibilité tactile, thermique et vibratoire. Cette dissociation est à opposer à la dissociation à type syringomyélique souvent remarquée dans les lésions protubérantielles.

Sur l'insuffisance aortique fonctionnelle et sa pathogénie. — MM. Ch. LAUBRY et Ed. DOUMER apportent les observations de quatre sujets atteints d'insuffisance aortique dont l'autopsie a montré qu'ils n'avaient aucune lésion de l'aorte ni de son appareil valvulaire. Chez eux l'insuffisance aortique est cependant certaine, elle était cliniquement évidente du fait de l'existence d'un souffle diastolique typique pendant la vie, elle a été prouvée sur la table d'autopsie par une épreuve de l'eau sous pression qui a montré les sigmoïdes incapables de se joindre.

Ces faits posent à nouveau la question de l'insuffisance aortique fonctionnelle. Longuement discutée autrefois, elle n'est plus admise à l'heure actuelle que comme un phénomène tout à fait exceptionnel susceptible tout au plus de se produire, parfois de distension de l'aorte et de son orifice chez de très gros hypertendus. Les auteurs pensent qu'elle est relativement fréquente mais que la distension de l'aorte par hypertension est rarement à sa base comme l'avaient établi déjà les expériences de Potain et de Barié. Elle apparaît dans d'autres conditions, il faut chercher la lésion non pas au-dessus, mais au-dessous de l'orifice. Elle est la conséquence de distension ventriculaire comme l'insuffisance mitrale fonctionnelle mais de distension ventriculaire portant sur le canal aortique.

L'anneau aortique n'est pas un anneau fibreux disposé dans un plan. Il est formé de trois arcs à concavité supérieure qui se réunissent par leurs cornes et sur lesquels s'insèrent les sigmoïdes si bien que l'aorte est, à son origine, découpée en trois languettes. Elles sont maintenues normalement par les fibres musculaires du canal aortique qui s'y insèrent. La distension du canal aortique leur permet de s'écarter, la partie moyenne du bord adhérent des sigmoïdes s'éloigne de l'axe du conduit, leurs bords libres ne peuvent plus se joindre et l'insuffisance aortique est réalisée sans que l'aorte elle-même ait été forcée.

Cette insuffisance aortique fonctionnelle se trouve réalisée lorsque les causes de déchéance myocardique frappent de façon élective le canal aortique. A en juger d'après les faits apportés qui ont été réunis en peu de temps, elle n'est pas rare, l'éventualité d'une insuffisance aortique relevant de ce mécanisme mérite d'être envisagée en clinique. Fonction d'insuffisance ventriculaire, elle est de fâcheux pronostic.

M. BARIÉ, bien qu'il n'ait pu reproduire expérimentalement l'insuffisance aortique fonctionnelle, en a observé plusieurs cas.

La bronche de drainage des cavernes tuberculeuses. — MM. AMEUILLE et LEVESQUE insistent sur les caractères radiologiques que fournit la bronche de drainage des cavernes tuberculeuses. Elle apparaît généralement sous forme d'une mince bande claire, fréquemment sertie par deux lignes opaques, qui unit l'image cavitaire au hile pulmonaire. Sa présence, dans les cas d'image cavitaire douteuse, renforce le diagnostic. C'est aussi, étudiée à un autre point de vue, la voie par où s'écoulent les produits bacillifères sécrétés par les cavernes, et le point de départ des embolies bronchiques tuberculeuses, puissant moyen de dissémination intrapulmonaire de l'infection tuberculeuse.

Folie cardiaque et insuffisance ventriculaire gauche. — M. René TARGOWLA rapporte l'observation d'un malade porteur d'une insuffisance aortique qui présenta un double accès de confusion mentale avec onirisme, excitation psychique et agitation motrice, intercalé dans une série de crises d'œdème aigu du poumon. Il attire l'attention à ce propos sur les manifestations cérébrales de l'insuffisance ventriculaire gauche qui paraît être avec l'asystolie hépatique une des causes immédiates de la « folie d'origine cardiaque ».

Lymphocytome atypique du médiastin. — MM. MINVIELLE et COLOMBIÈS (de Toulouse).

Oblitération de la veine cave supérieure d'origine syphilitique. — M. RUITINGA.

Etude de la glycémie dans les cancers du tube digestif (sucre libre). — MM. LE NOIR, MATHIEU DE FOSSEY et Ch. RICHET fils. Parmi les auteurs qui se sont occupés de l'étude du sucre libre du sang dans le cancer, certains ont fait de l'hyperglycémie un signe quasi constant de cette maladie, tandis que d'autres lui déniaient toute valeur diagnostique. MM. Le Noir, Mathieu de Fossey et Ch. Richet fils ont repris ce travail sur vingt-six cas de cancer du tube digestif, en étudiant la glycémie à jeun et la glycémie provoquée après ingestion de 50 grammes de glucose (sucre dosé par la méthode de Bertrand sur le sang total).

Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1. Au début de leur évolution les néoplasmes du tube digestif ne s'accompagnent pas d'hyperglycémie (à jeun ou provoquée).

2. Plus tard ils s'accompagnent assez souvent dans la moitié des cas environ d'hyperglycémie (à jeun ou provoquée).

3. Plus tard, enfin, au moment où la cachexie devient évidente, la glycémie semble diminuer pour redescendre à des chiffres voisins de la normale.

4. L'étude de la glycémie ne peut donc servir à établir ou à infirmer un diagnostic car :

a. L'hyperglycémie est souvent absente, en cas de cancer ;

b. Dans l'ulcère gastrique ou duodénal elle existe souvent.

5. La glycémie a une certaine valeur pronostique. Quand on la constate chez un cancéreux (exception faite d'un ulcéro-cancéreux), on peut conclure que le néoplasme n'est plus tout à fait au début et qu'il a déjà répercussion humorale. Par contre, une glycémie normale chez un cancéreux dont l'état général est bon semble indiquer que l'affection est peu avancée, ce qui permet de conseiller une intervention plus complète.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1923)

Sur un nouveau procédé de séro-diagnostic du cancer. La réaction de Botelho. — MM. A. CABANIS et Ch. FOULQUIER ont étudié la réaction de Botelho sur 140 sérums provenant de sujets atteints de diverses affections.

Dans 18 cas de cancer, ils ont trouvé 14 fois la réaction positive et 4 fois négative, soit 77 p. 100 de cas positifs. Chiffre pratiquement identique à celui que M. Vilbouchevitch avait déjà trouvé, 75 p. 100 (*C. R. Soc. de biol.*, 23 déc. 1922). Mais ils ont fait aussi cette constatation, c'est que cette réaction est aussi positive dans l'urémie et la fièvre typhoïde ; aussitôt que le sérum sanguin atteint un taux de 0g50 et au-dessus, la réaction est positive.

MM. Cabanis et Foulquier admettent que, comme l'urée,

la réaction de Botelho est un témoin de l'intoxication de l'organisme par les déchets ou les toxines. Ils admettent aussi que devant un taux si élevé de cas positifs dans les affections cancéreuses, la réaction de Botelho, simple, pratique, pouvant être exécutée dans le laboratoire le plus modeste, entre dans la pratique courante pour venir en aide à la tâche du clinicien.

Sur la sensibilité à la tuberculine des lapins soumis à des injections de bacilles tuberculeux morts. — MM. A. Boquet et L. Nègre ont essayé de préciser les caractères de cette sensibilité en étudiant son évolution et sa durée chez les lapins inoculés avec des bacilles tuberculeux morts. De leurs observations, il ressort que la sensibilité générale à la tuberculine des lapins soumis à ces injections décroît régulièrement après le trentième jour pour disparaître vers le quatre-vingt-dixième jour. Même après la disparition de cette sensibilité, des lésions plus ou moins étendues, ne contenant que de très rares bacilles altérés, persistent avec tous les caractères anatomo-pathologiques des lésions tuberculeuses.

Intradermo-vaccinothérapie de l'acné polymorphe infectée. — M. A. Jaubert traite l'acné polymorphe infectée en injectant dans le derme une petite quantité d'auto-vaccin staphylococcique iodé. Inspiré par les travaux de Besredka sur la cutivaccination charbonneuse du cobaye, l'auteur obtiendrait une cuti-immunité répondant à une cutivaccination.

Alimentation azotée et acides organiques de l'urine. — M. R. Goiffon a constaté que les acides organiques sont éliminés dans l'urine, en quantité d'autant plus grande que l'alimentation est plus riche en matières azotées.

Il est nécessaire de tenir compte de ce facteur physiologique dans l'appréciation des autres causes de variations de l'acidurie organique. L'auteur propose dans ce but de n'envisager que les variations du rapport $\frac{\text{acides organiques}}{\text{urée}}$.

Le pouvoir réducteur et oxydant des crachats. — MM. L. Justin-Besançon et R. Monceaux appliquent à l'étude des crachats les méthodes de recherche des pouvoirs réducteurs récemment décrits par M. le professeur H. Roger et celles de mesure du pouvoir oxydant, utilisant le bleu de méthylène et l'hydroquinone.

Ils décrivent une technique qui rend cette recherche facile, rapide, précise, et permet de l'appliquer aisément en clinique. La décoloration ne se produit plus quand on a porté le crachat à 100 degrés. La réaction n'est pas due à une action microbienne, car elle n'est nullement influencée par un antiseptique neutre. Elle est entravée par certaines substances qui empêchent les phénomènes de réduction. Les résultats obtenus sont fixes chez un même sujet, quel que soit l'échantillon prélevé. Les différences entre les sujets sont considérables : tel crachat réduit en dix minutes, alors que tel autre réduit en six heures. De même, pour l'oxydation d'hydroquinone, la vitesse varie de dix minutes à deux heures et plus et même dans certains cas, l'oxydation de l'hydroquinone est complètement empêchée. Le pouvoir oxydant et le pouvoir réducteur ne sont nullement proportionnels.

Utilisant ces résultats biologiques, les auteurs montrent les grandes différences qui existent entre les crachats des différentes formes de tuberculose confirmée. Ils montrent d'autre part les caractéristiques de certaines affections pulmonaires aiguës. La recherche des pouvoirs réducteurs et oxydants des crachats semble donc susceptible d'apporter au diagnostic et au pronostic un appoint intéressant.

Etude histologique des plaques fibro-myéliniques du cortex cérébral et de la pie-mère dans un cas de microcéphalie avec porencéphalie. — Dans le cerveau d'une enfant, atteinte de microcéphalie avec porencéphalie, MM. L. Babonneix et J. Lhermitte ont étudié la formation de plaques fibro-myéliniques de la substance grise et de la pie-mère. Ces plaques sont constituées par un feutrage très dense de fibres à myéline moniliformes et très intensément colorées par la méthode de Pal. Généralement situées dans les zones

les plus superficielles du cortex, elles se retrouvent parfois dans les zones les plus profondes, vers la strie de Baillarger. Dans les deux cas, la région que recouvre la plaque fibro-myélinique apparaît dépouillée de cellules nerveuses et semble le siège d'une prolifération parallèle de la trame névroglique et du réseau vasculaire. Dans la pie-mère, les plaques fibro-myéliniques présentent la même structure ; ici comme là, il s'agit d'un réticulum épais de fibres, diversement entrecroisées et intriquées, à ce niveau, avec les fibres conjonctives pie-mériennes. Quant à l'origine des fibres qui constituent les plaques méningées, les auteurs ont pu la retrouver dans d'épais faisceaux qui, issus de la substance blanche sous-corticale, traversent le cortex et s'épanouissent dans la pie-mère. Ces constatations présentent un intérêt, non seulement anatomo-pathologique, mais encore pathogénique, en ce qu'elles permettent de comprendre la genèse de certaines tumeurs névromateuses intraméningées dont l'origine apparaît si obscure.

— Société de biologie de Lyon (séance du 16 avril 1923) :

Action du rayonnement γ du radium sur les œufs de poule — M. Nogier montre que des quantités très faibles de radiations γ du radium ont une action favorisante sur le développement des œufs.

Accidents scorbutiques chez des cobayes soumis à une alimentation antiscorbutique. — MM. Mouriquand, Michel et Bertoye.

Régime pluricarence et évolution de la tuberculose chez le cobaye. — MM. Mouriquand, Michel et Bertoye montrent qu'il n'y a aucune différence d'évolution de la tuberculose chez les animaux carencés.

Action sur les animaux des bactéries phytopathogènes. — M. Nobécourt étudie l'action pathogène pour la grenouille du bacillus carotovorus.

Hétéro-hémothérapie dans la furonculose. — M. Nicolas et ses collaborateurs montrent que l'hétéro-hémothérapie exerce une action plus rapide que l'autohémothérapie dans la furonculose.

Effets de l'adrénaline sur la carence expérimentale du pigeon. — Continuant leurs recherches sur les intoxications et la carence, MM. F. Arloing et Dufourt ont vu que l'adrénaline, à la dose de 1 milligramme, précipite la marche de la carence chez les pigeons nourris au riz décortiqué. Ces animaux meurent dix jours plus tôt que les témoins.

En somme, adrénaline, pilocarpine et atropine sont douées d'effets favorisants, sensiblement égaux sur la carence. Ces substances n'agissent pas comme de simples toxiques, empoisonnant les animaux, car, aux doses employées, elles sont sans effet sur les témoins. Le mécanisme de leur action paraît se rattacher au déséquilibre vago-sympathique qu'elles engendrent et qui favorise l'apparition et l'évolution mortelle de la carence.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1923)

A propos de la vaccinothérapie antiblennorragique. — M. Lavenant indique que les complications survenant dans 25 p. 100 des cas de blennorragie coïncident avec l'apparition des infections secondaires dues à des microbes associés ou à des saprophytes très virulents. Le gonocoque se retrouve rarement dans les complications, il est toujours associé à des microbes retrouvés dans l'urètre; d'où nécessité de vaccins polyvalents, basés sur l'examen et la culture des sécrétions, dont la valeur sera plus grande qu'un vaccin antigonococcique pris surtout au début de la blennorragie.

Fibrome traité insuffisamment par la radiothérapie et compliqué de deux hématosalpinx. — M. Dartigues présente cette pièce anatomo-pathologique enlevée par hystérectomie abdominale subtotale chez une femme de trente-cinq ans ayant subi quinze séances d'électrothérapie pour des pertes très abondantes. Il insiste sur les erreurs de diagnostic fréquentes en fait de fibromes, surtout au point de vue anatomo-topographique. Il ne croit pas aux énormes séries soi-disant guéries par l'électrothérapie.

Jeûne thérapeutique et anthrax. — M. Natier, par le jeûne seul, total et ininterrompu d'une quinzaine, a réussi à se guérir radicalement d'un volumineux anthrax du cou. Au bout de quarante-huit heures, déjà, la marche rapide de l'anthrax était enrayée et la douleur avec raideur du cou supprimée.

Un point de chirurgie gastro-intestinale. — M. de Martel montre avec projections un point de sa technique opératoire dans la gastrectomie.

Traitement intra-utérin de la métrite hémorragique par le thorium. — M. Gallois emploie le thorium sous forme de crayons intra-utérins ; il a pu arriver à guérir en quelques jours un cas de métrite hémorragique qui durait depuis une dizaine d'années.

Radiothérapie des fibromes, erreur de diagnostic. — M. Lacaille apporte un cas de kyste de l'ovaire pris pour un fibrome par une dizaine de chirurgiens. A l'opération, on ne constata aucun dégât imputable à la radiothérapie.

Un cas de monoplégie brachiale par angiospasme. — M. Robert Dubois cite le cas d'une paralysie transitoire du bras droit provoquée par angiospasme de l'humérale chez une malade émotive et atteinte d'artérite. L'angiospasme s'atténua peu à peu en huit jours sous l'influence des bains tièdes (34°-35°) répétés.

REVUE DES THÈSES

Quelques applications thérapeutiques de l'Association des dérivés opiacés à un dérivé atropinique (1), par le docteur Jean Caro.

Dans ce travail très documenté, M. Caro a étudié l'action thérapeutique de la spasmalgine qui, comme on sait, est un complexe médicamenteux formé de papavérine, pantopon et éther sulfurique d'atropine : c'est en quelque sorte la vieille formule morphine-atropine, mieux étudiée et plus scientifiquement établie. L'auteur, après avoir rappelé tous les travaux publiés sur les éléments entrant dans la composition de la spasmalgine et notamment les études, aujourd'hui classiques, sur le pantopon, des professeurs Sahli et Pouchet, passe en revue les recherches expérimentales des docteurs Pietri et Mergui (thèse de la Faculté de Montpellier, 1922) et les diverses communications publiées par de nombreux cliniciens, donne un certain nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Abadie, Cruchet, Hesnard et Denis, chez des malades atteints d'hypertonus du vague, du mal de mer, d'anxiété, de parkinsonnisme post-encéphalitique, etc. Il semble bien que dans les états d'hyperexcitation, surtout lorsque ces états s'accompagnent d'insomnie, l'action du somnifène soit préférable ; mais dans tous les cas de spasmes, qu'il s'agisse de spasmes gastriques, intestinaux, laryngés, bronchiques, cardiaques ou génito-urinaires, dans les angoisses et les anxiétés graves, dans les séquelles du parkinsonnisme, la spasmalgine se montre très réellement efficace, qu'on l'administre par voie buccale ou par voie hypodermique et, comme le remarque justement M. Caro, ce médicament ne produit aucun des effets secondaires de la médication morphinique ou atropinique, employée seule. C'est donc un excellent antispasmodique appelé à rendre au praticien les plus signalés services.

Un nouveau symptôme rachidien : L'oxalorachie, par G. Rodillon. Brochure de 67 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, Maloine et fils.

(1) *Th. de Bordeaux*, 1922.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 mai. — MM. Schulmann, 15,72; Dumont, 17,36; Carrié, 18,45; Bloch (Marcel), 19,18.

Séance du 5 mai. — MM. Donzelot, 18; Nicaud, 18,18; Jacob, 18,27.

Liste des candidats admissibles :

MM. Brodin, Weissenbach et Stévenin, 20; Bloch (Marcel), 19,18; Paraf, 18,72; Carrié, 18,45; Leblanc et Salomon, 18,36; Jacob et Lévy (Fernand), 18,27; Bith et Nicaud, 18,18; Donzelot, Heuyer et Jacquet, 18.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 3 mai. — MM. Girode, 18; Quénu, 15; Bloch (R.) et Pascalis, 13.

Séance du 5 mai. — MM. Lorin, 17; Brocq, 18; Monod (R.), 17; Maurer, 13.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 mai. — MM. Guéniot, 29; Vaudescal, 25.

Séance du 5 mai. — MM. Couinaud et Cleisz, 28.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 mai. — MM. Prélat, 17; Bollach, 18; Cousin, 15.

Séance du 5 mai. — MM. Bourdier, 19; Monbrun, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Caen. — M. le docteur Quermonne, médecin de l'hospice Saint-Louis, démissionnaire, est nommé médecin honoraire des hôpitaux.

M. le docteur Bourrienne, médecin de l'hôpital mixte, est nommé médecin de l'hospice Saint-Louis.

— Rouen. — Un concours pour la nomination de deux médecins des hôpitaux de Rouen, spécialistes en électroradiologie, s'ouvrira le mercredi 13 février 1924 devant un jury constitué à Paris, dans l'un des hôpitaux de l'Assistance publique.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen (enclave de l'Hospice-Général) où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé; la liste d'inscription sera close le 5 janvier 1924 et, passé cette date, aucune inscription ne sera admise.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie de médecine vient de décider, pour des raisons de commodité intérieure, de réduire le nombre de ses sections qui, de onze, chiffre actuel, va se trouver ramené à six.

La répartition des membres titulaires sera désormais réglée comme suit :

Première section. — *Médecine* (28 membres) : MM. Hayem, Hutinel, Chauffard, Gilbert, Letulle, Balzer, Roger, Brault, Achard, P. Marie, Lermoyez, Babinski, Marfan, Menetrier, Teissier, Souques, Siredey, F. Bezançon, Darier, Sergent, Jeanselme, Balthazard, Vaquez, Guillain, M. Labbé, Legry, Carnot, Nobécourt.

Deuxième section. — *Chirurgie et accouchements* (24 membres) : MM. Duplay, Guéniot, Le Dentu, Pinard, Delorme, Richelot, Ribemont-Dessaignes, Champetier de Ribes, Kirmisson, Doléris, Bar, Quénu, Schwartz, Jalaguier, P. Bazy, Routier, de Lapersonne, Tuffier, Walther, Hartmann, Sieur, Pierre Delbet, Rochard, Wallich.

Troisième section. — *Hygiène* (10 membres) : MM. Vallin, Vaillard, Netter, F. Widal, Vincent, Thibierge, Dopter, Calmette, Bernard, Méry.

Quatrième section. — *Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles* (22 membres) : MM. Gariel, Robin, d'Arsonval, Hanriot, Regnard, Pouchet, Ch. Richet, Gley, Weiss, Henneguy, Béclère, Sebileau, Prenant, Delezenne, Nicolas, Langlois, L. Martin, Desgrez, J. Camus, Brumpt, Broca, Hallion.

Cinquième section. — *Médecine vétérinaire* (6 membres) : MM. Railliet, Barrier, Cadiot, Kauffmann, Martel, Petit.

Sixième section. — *Pharmacie* (10 membres) : MM. Guignard, Behal, Moureu, Meillère, Grimbert, Léger, Berthelot, Patein, Fourneau, Coutière.

Ve CONGRÈS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX. — Le Ve Congrès de l'internat se tiendra, cette année, à Lille, du 16 au 20 juillet prochain.

Le succès des quatre sessions précédentes (et de la réunion de 1921, à Toulouse en particulier) a bien montré le plaisir et

l'intérêt que les internes et anciens internes avaient à resserrer leurs relations amicales et de quelle utilité pouvaient être l'étude et la discussion de leurs intérêts communs.

En dehors des séances de travail où seront discutées les questions professionnelles et déontologiques, seront organisées des excursions (au sanatorium de Zuydcoote, aux mines de Lens et à l'établissement thermal de Saint-Amand-les-Eaux), des visites des hôpitaux et établissements médicaux, des monuments et curiosités de la ville, des établissements industriels. Un comité de dames se chargera d'occuper les loisirs des dames congressistes.

Renseignements généraux. — 1° *Membres adhérents.* — Sont admis les internes et anciens internes des villes de Facultés. La cotisation de 30 francs, réduite à 15 francs pour les internes en exercice, donne droit aux rapports, comptes rendus et réceptions du Congrès.

2° *Membres associés.* — Peuvent faire partie du Congrès, comme associés, les membres de la famille des membres adhérents, les docteurs et les étudiants en médecine. La cotisation de 15 francs donne droit à tous les avantages du Congrès sauf aux publications.

Adresser toute la correspondance à M. J. Morel, interne des hôpitaux, 6, rue des Frères-Vaillant, à Lille.

La saison thermale d'Enghien-les-Bains. — L'Etablissement thermal sera ouvert le 22 mai prochain. Comme par le passé, la direction met gracieusement les différents services des Thermes à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs P. Durville (de Paris), G. Rollet (de Corveissiat) et de M. Marcel Turano, interne des hôpitaux d'Alger, victime du devoir professionnel.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES [1]

g. Dans certains cas, les pleurésies purulentes interlobaires, après vomique, peuvent donner lieu à la perception des signes pseudo-cavitaires dans la partie moyenne du poumon. Seule la radioscopie, en montrant les caractères spéciaux de l'ombre interlobaire posera le diagnostic.

h. L'*induration du sommet* peut parfois s'accompagner d'un souffle tubaire avec râles fins tout autour, sans qu'il y ait encore de caverne tuberculeuse. Le diagnostic n'est pas toujours facile et la radiographie, avec les réserves que nous avons faites en précisant les caractères, peut parfois préciser le diagnostic.

Diagnostic étiologique. — Une fois précisé le diagnostic de caverne pulmonaire, il faut aussi en déterminer la nature exacte et l'agent causal.

Le diagnostic clinique se pose d'une façon toute différente, suivant qu'on se trouve en présence d'une affection à évolution lente et d'une affection à évolution aiguë.

A. Il s'agit d'une maladie a évolution chronique. — On doit toujours penser à la tuberculose pulmonaire en premier lieu.

Puis, si ce diagnostic ne se vérifie pas, on cherchera s'il ne s'agit pas de syphilis pulmonaire, de cancer du poumon, de kyste hydatique du poumon, ouvert dans les bronches, de pneumokoniose, de cavernes pulmonaires parasitaires (aspergillose, etc.).

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 31, p. 502; n° 33, p. 535, et n° 35, p. 566.

1. Le diagnostic de la *tuberculose pulmonaire* est, en général, assez facile ; depuis plusieurs mois, on assiste à l'évolution de signes fonctionnels et généraux de tuberculose. Puis, l'expectoration est typique, avec ses crachats pulmonaires, de teinte grise, ou formant une purée verdâtre.

L'expectoration est surtout abondante le matin au réveil, le malade vidant sa caverne. A l'examen microscopique on trouve de nombreux bacilles de Koch. La cutiréaction, l'albumino-diagnostic sont positifs.

Les hémoptysies sont fréquentes, souvent foudroyantes, à la phase cavitaire, quand elles proviennent de la rupture d'un anévrisme de Rasmussen. Les signes cavitaires sont souvent perçus au sommet du poumon, au-dessous de la clavicule, avec des signes de ramollissement. On trouve souvent ailleurs, dans le poumon et l'autre poumon aussi, des signes de tuberculose en évolution.

L'état général peut rester bon (phtisie floride), un certain temps. Mais, le plus souvent, on trouve un malade amaigri, les joues creuses, les pommettes saillantes, les lèvres violacées, les sueurs profuses, la fièvre hectique, la déformation hippocratique des doigts. L'intelligence et l'optimisme sont conservés intacts. La maladie évolue par poussées successives, et se complique fréquemment de lésions laryngées.

La notion des antécédents, le métier, la source de la contagion guideront dans le diagnostic. La mort survient par hecticité, hémoptysies, une poussée de granulie ou de méningite tuberculeuse.

2. La *syphilis du poumon* est une affection assez rare. Elle peut se traduire par la formation d'une gomme pulmonaire, qui se ramollit et s'élimine par l'ouverture dans une bronche. Il en résulte la formation d'une caverne véritable.

Le diagnostic doit se faire par élimination (absence prouvée de tuberculose), par la notion de syphilis antérieure, la localisation des signes physiques à la partie moyenne d'un poumon, plus souvent qu'au sommet, l'absence d'autres lésions pleuro-pulmonaires ; par le maintien longtemps d'un excellent état général ; par une réaction de Bordet-Wassermann positive ; par l'association des lésions pulmonaires avec d'autres lésions syphilitiques manifestes au niveau du larynx, du foie, des os, de la peau. Enfin, l'amélioration rapide et nette par un traitement d'épreuve spécifique confirmera le diagnostic.

3. *La caverne cancéreuse du poumon.* — Elle est très rare. Mais on se basera, pour en poser le diagnostic, sur :

— l'expectoration gelée de groseille.

— l'examen des crachats, la constatation de cellules épithéliales.

— les signes de compression de la trachée, des bronches, des vaisseaux et des nerfs du médiastin. Ces compressions dépendent de la masse néoplasique, quand elle siège près du hile ou plus souvent de la dégénérescence ganglionnaire secondaire du médiastin. On peut constater au niveau des fosses sus-claviculaires, la présence d'adénopathies dures, ligneuses, adhérentes. La ponction exploratrice de la base peut ramener un peu de liquide hémorragique, ce qui est un excellent signe de cancer. *(A suivre.)*

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

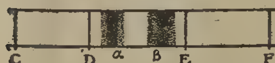
2° Après les repas, VIII à x gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca..................	2 gr.
Teinture de badiane................	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).


SPECTROL


SPECTROSCOPIE DU SANG NORMAL
C D α β E F

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

REVUE DE PATHOLOGIE GASTRO-INTESTINALE
1922-1923

Par M. le docteur Edouard ANTOINE,
ASSISTANT DE CONSULTATION SPÉCIALE A L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

I. ŒSOPHAGE

Le cathétérisme œsophagien sur fil conducteur et son utilisation dans les applications de radium. (Bensaude et Hillemand. *Presse méd.*, 10 juin 1922, n° 46.) — Le cathétérisme œsophagien sur fil conducteur, préconisé par plusieurs auteurs américains depuis quelques années, a été essayé par MM. Bensaude et Hillemand qui ont noté les excellents résultats obtenus. Son principe est le suivant : un fil de soie long de 6 mètres est avalé par le malade et franchit un œsophage même rétréci. Il traverse l'estomac et pénètre plus ou moins loin dans l'intestin grêle. Là il se trouve fixé, au point qu'on ne peut le retirer par traction. C'est sur ce fil, qui servira de guide, que l'on fait glisser le cathéter. Pour cela on peut se servir, soit d'olives spéciales (appareil de Sippy), soit de sondes ordinaires percées d'un canal. Pour les applications de radium, les auteurs se servent d'un cathéter spécial constitué par une sonde en gomme et un introducteur. Les avantages de cette méthode sont nombreux : dans toutes les affections œsophagiennes, elle aide au diagnostic clinique et peut être employée pour le traitement.

Cf. — Diagnostic radiologique et endoscopique du cancer de l'œsophage. (Marcel Lelong. *Gaz. des hôpit.*, 8 juillet 1922, n° 53.)

De la radiumthérapie dans le cancer de l'œsophage. (J. Guisez. *Presse méd.*, 28 fév. 1923, n° 17.)

II. ESTOMAC

Ulcères.

De l'évacuation gastrique appréciée par le transit baryté et le repas d'épreuve. (Saloz et Gilbert. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1922, n° 5, t. XII.) — Saloz et Gilbert ont comparé systématiquement chez leurs malades la quantité stomacale primitive par la méthode de Mathieu et Rémond (elle est égale normalement à 150 centimètres cubes après le repas d'Ewald ordinairement employé) et le transit baryté.

Ils en ont conclu que l'examen radioscopique renseigne sur la part exacte des troubles moteurs dans l'affection observée, et le calcul de la quantité stomacale primitive renseigne sur les qualités sécrétoire et motrice de la paroi stomacale.

La pratique simultanée des deux méthodes constitue le procédé de choix, puisque seule elle permet de mettre en évidence les facteurs venant influencer l'évacuation gastrique.

Les auteurs donnent ainsi le résultat d'un très grand nombre de recherches systématiquement pratiquées sur des malades atteints de toutes les affections gastriques.

La dissociation de l'activité chlorhydro-peptique de l'estomac. (Lœper et Baumann. *Progrès méd.*, 3 juin 1922, n° 22.) — A l'état normal, le taux de la pepsine est plus élevé avec le pain qu'avec la viande, le sucre ou le lait.

La pepsine suit une courbe assez parallèle à celle de l'acide chlorhydrique. Mais ce parallélisme est loin d'être constant. Le pain provoque une sécrétion peptique plus forte que la viande et une sécrétion chlorhydrique moindre.

Les variations sont d'ailleurs assez peu étendues chez l'homme normal. Au contraire, à l'état pathologique, elles peuvent être très étendues. Dans l'ulcus, l'hyperpepsie est plus fréquente que l'hypopepsie, sans toutefois être constante. Au contraire, dans le cancer, l'hypopepsie est plus fréquente que l'hyperpepsie.

Dans les gastrites et les dyspepsies, l'activité peptique est extrêmement variable, sans paraître avoir de rapports bien précis avec les symptômes et l'évolution de la maladie.

Dans les liquides gastriques à jeun, la valeur diagnostique de la pepsine est plus grande que dans le liquide du repas d'épreuve. Aussi peut-on dire qu'un liquide à jeun apeptique n'est jamais un liquide de sécrétion. Un liquide hyperpeptique n'est jamais un liquide de cancer. Il traduit souvent un ulcus ou une gastrite hyperplasique. Les hyperchlorhydriques sont rarement hypopeptiques, et, d'autre part, les hypochlorhydriques peuvent être hyperpeptiques.

La dissociation des deux sécrétions gastriques existe donc souvent à l'état pathologique et à l'état normal, et leur étude est donc pleine d'intérêt.

L'étiologie de l'ulcus récidivant et de l'ulcère gastro-jéjunal. (L. Christophe. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1922, t. XII, n° 4.) — L'ulcus, selon la théorie classique, résulterait de plusieurs facteurs :

1° D'une localisation de bactéries diverses dans la paroi gastrique ou duodénale;

2° D'une hémorragie avec nécrose consécutive de la muqueuse;

3° D'un processus d'auto-digestion chlorhydro-peptique des tissus ainsi nécrosés.

Les recherches récentes semblent confirmer cette opinion éclectique. L'auteur, qui a travaillé avec Rosenow dans la clinique Mayo à Rochester, publie des faits très intéressants sur ses recherches personnelles.

Dans 42 cas d'ulcus sur 54 réséqués à l'opération et étudiés par Rosenow, on a pu, soit isoler un streptocoque en culture pure, soit démontrer sa présence sur des coupes en série.

Les bactéries pathogènes proviendraient par la voie sanguine d'un foyer infectieux souvent ignoré du malade et pourraient acquérir, sous des influences mal connues, une affinité élective pour la muqueuse gastrique ou duodénale.

Cette affinité élective des bactéries pour la muqueuse gastrique serait d'ailleurs très fugace et se perdrait très vite par les cultures. De là la possibilité de résultats discordants de plusieurs expérimentateurs.

Ces notions nouvelles de la *focal infection* sont du plus haut intérêt et expliqueraient selon l'auteur les cas d'ulcère récidivant ou d'ulcère gastro-jéjunal.

Christophe, à la suite des recherches de Rosenow, a trouvé que le « focal infection » ou foyer infectieux primitif peut être localisé fréquemment au niveau de chicots ou de dents cariées. Trois observations complètes sont publiées avec expérimentation et sont des plus démonstratives.

Contribution à l'étude de l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. (Ginesty. *Th. de Toulouse*, 1922.) — Thèse très importante, dans laquelle l'auteur étudie successivement l'anatomie de la petite courbure, les symptômes cliniques et radiologiques de l'ulcère de la petite courbure et son traitement chirurgical.

Cf. — Ulcères orificiels et ulcères extraorificiels. (Saloz et Moppert. *Journ. méd. franç.*, janv. 1923, n° 1.)

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. (De Martel. *Journ. méd. franç.*, janv. 1923, n° 1.)

Résultat du traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum. (Moppert. *Gaz. des hôpit.*, 22 sept. 1922, n° 74.) — Le spasme pylorique est la lésion essentielle contre laquelle il faut diriger tous ses efforts. A vouloir supprimer l'ulcère sans supprimer le spasme, c'est exposer le malade à la récidive : aussi l'excision simple de l'ulcère, la résection médiogastrique, l'opération de Balfour ont déçu bien des chirurgiens qui n'ont pas complété cette opération par une gastro-entérostomie. La gastro-entérostomie suffit dans la plupart des cas, mais elle ne met pas à l'abri de l'ulcère peptique. Cependant, on pourrait, en schématisant, diviser les cas en deux groupes suivant le siège de l'ulcère :

a. La gastro-entérostomie paraît suffire au traitement de l'ulcère de la petite courbure;

b. La résection pylorique est fondée pour les ulcères de la région pylorique. Elle supprime l'ulcère, elle diminue la production de l'acide, et le danger de l'ulcère peptique. Mais le risque opératoire n'est pas le même dans les deux cas; la mortalité atteint seulement 1 p. 100 dans la gastro-entérostomie, alors qu'elle atteint jusqu'à 10 p. 100 dans la résection du pylore. L'exclusion pylorique ne donne pas de bons résultats.

Hématémèses au cours d'une appendicite. (P. Tourneux. *Soc. de méd. de Toulouse*, juin 1922.) — L'auteur a observé chez un homme de quarante-deux ans, atteint d'une appendicite de gravité moyenne, la production d'hématémèses à deux reprises différentes. Ces vomissements étaient constitués par un liquide foncé dans lequel flottaient des grumeaux assez abondants, de couleur marc de café, et dont la nature fut confirmée par l'examen microscopique. Les diverses hémorragies, que l'on peut voir survenir au cours des appendicites, présentent une intensité variable suivant l'étendue et la profondeur des ulcérations causées par de petites embolies, parties du foyer appendiculaire. A côté des hémorragies abondantes (vomito negro appendiculaire) qui peuvent mettre en danger le malade, il y a toute une série de cas moins graves où l'hémorragie est moins abondante et dans lesquels une intervention d'urgence n'est pas indiquée.

Cf. — Le diagnostic topographique des ulcères de l'estomac. (Loeper et Marchal. *Journ. méd. franç.*, 1923, n° 1.)

La syphilis de l'estomac.

Les manifestations gastriques de la syphilis. (Bensaude et Rivet. *La Médecine*, juillet 1922, n° 10.) — Les manifestations gastriques de la syphilis acquise sont essentiellement polymorphes et peuvent réaliser tous les syndromes gastriques. D'une façon générale, la syphilis secondaire donne naissance à des manifestations diffuses et superficielles, la syphilis tertiaire à des lésions limitées et profondes :

1° Les manifestations gastriques *secondaires* se traduisent par du catarrhe gastrique ou par des désordres fonctionnels : gastralgie, troubles dyspeptiques avec amaigrissement, gastro-entéralgies avec vomissements, anorexie ou bien au contraire boulimie;

2° Les manifestations gastriques *tertiaires* peuvent consister en gastrite chronique diffuse, ou bien en lésions syphilitiques tertiaires limitées.

A l'origine de ces dernières, on trouve des formations gommeuses ou scléro-gommeuses qui peuvent s'ulcérer ou donner lieu à des tissus sclérosés. Les auteurs décrivent ainsi :

— l'ulcère gastrique syphilitique;

— la syphilis gastrique à forme pseudo-cancéreuse, avec ou sans tumeur perceptible;

— les formes sténosantes orificielles ou médiogastriques;

— enfin, certaines crises gastriques du tabes pourraient aussi être liées à une lésion gastrique syphilitique.

Pour poser le diagnostic, il faut d'abord y penser toujours. On s'appuiera sur la notion des antécédents, la coexistence d'autres manifestations syphilitiques, sur la réaction de Wassermann chaque fois que dans l'ensemble des symptômes on trouve des éléments discordants (Hayem). La constatation d'une image radiologique très anormale doit faire songer à la syphilis. Enfin, l'épreuve thérapeutique donne des résultats objectifs et rapides, locaux et généraux.

Ulcus gastrique et syphilis. (Cade. *La Médecine*, juillet 1922, n° 10.) — Le syndrome ulcéreux constituerait pour Cade la manifestation gastrique la plus fréquente de la syphilis tertiaire.

Cliniquement, les douleurs ont un horaire moins fixe et sont moins influencées par les repas. Leur prédominance nocturne est la règle. Enfin, le caractère principal de l'ulcus syphilitique est sa tendance hémorragique. Les hématémèses y sont fréquentes, importantes, répétées, parfois mortelles.

Mais si toutes ces particularités doivent faire songer à la possibilité de l'étiologie syphilitique de l'ulcus, elles ne sauraient la faire affirmer à elles seules. On se basera sur les antécédents du malade, les stigmates de syphilis ancienne, la coexistence d'autres lésions syphilitiques, la réaction de Wassermann, l'échec des traitements classiques de l'ulcus.

Les constatations anatomo-pathologiques montrent la prédominance des altérations vasculaires; altérations artérielles et nerveuses ont de l'importance.

Le traitement spécifique doit être mis en œuvre et sera alternativement mercuriel et arsenical. En cas d'échec, il convient de recourir en temps opportun à l'intervention chirurgicale, surtout s'il s'agit d'une sténose serrée.

Cf. — A propos de la syphilis gastrique. (Lœper et Bory. *Journ. méd. franç.*, déc. 1922, n° 12.)

La syphilis héréditaire dans la pratique médicale; hérédo-syphilis du tube digestif. (Leredde. *Concours méd.*, 5 nov. 1922, n° 45.)

Cancer de l'estomac et affections diverses.

Le fonctionnement de la muqueuse gastrique dans le cancer de l'estomac. (Loeper et Marchal. *Progrès méd.*, 11 nov. 1922.) — Les auteurs étudient les lésions et les troubles fonctionnels de la muqueuse gastrique dans le cancer de cet organe : sécrétions de la tumeur, infection locale, fermentations microbiennes, produits de fermentations. L'intérêt de cette étude réside surtout dans ses conclusions thérapeutiques :

1° Il faut désinfecter l'estomac, détruire la pullulation microbienne et supprimer les dérivés fermentaires.

Pour cela, on aura recours aux lavages d'estomac avec de l'eau salée (sérum physiologique), additionnée ou non de chlorate de soude, d'eau oxygénée, de liquide de Dakin.

2° On réglera le régime du malade : On ne lui fera absorber que des aliments simples, sucrés, amylacés ou peptonés, du lait, qui trouvent dans la cavité gastrique des ferments salivaires et des ferments leucocytaires, pour les digérer.

3° On donnera à ces malades, de la pepsine, de l'acide chlorhydrique à doses suffisantes pour suppléer l'absence ou l'insuffisance de la sécrétion normale de la muqueuse.

Cf. — Contribution à l'étude du cancer gastrique à forme d'anémie pernicieuse. (Evrard. *Th. de Montpellier*, 1921-1922.)

Les crises gastriques du tabes. (Morichau-Bauchant. *Archiv. méd. chir. de province*, avril 1922.) — Utilisant la méthode de Mac Farland, l'auteur a obtenu les meilleurs résultats, en donnant aux malades atteints de crises gastriques tabétiques, des lavements de chloral et de bromure de sodium. Pour un sujet moyen, on peut utiliser de 2 à 4 grammes de chacun de ces médicaments en solution aqueuse.

La solution est injectée doucement dans le rectum, le malade restant au lit. Cette méthode a été utilisée chez douze malades. Dans 76 p. 100 des cas, les résultats furent excellents et l'on obtint rapidement un soulagement définitif. Cette méthode thérapeutique a aussi l'avantage de ne pas provoquer l'accoutumance.

Dyspepsie et érythrémie. (Loeper et Marchal. *Presse méd.*, 22 juillet 1922.) — L'érythrémie est une affection caractérisée par l'augmentation du nombre des globules rouges du sang, s'accompagnant de cyanose et de splénomégalie.

Des troubles digestifs peuvent être observés au cours de cette affection : ils vont des simples malaises après les repas, aux douleurs plus vives, aux hémorragies digestives et aux thromboses mésentériques. Chez tout dyspeptique d'aspect congestif et bien portant, il faut donc rechercher l'érythré-

mie. Les réactions sanguines sont souvent la cause des accidents digestifs et non leur conséquence.

Le traitement comportera : la saignée, le lavage du sang et l'administration à fortes doses de citrate de soude.

Cf. — Sur quelques dyspepsies gastriques secondaires. (FAROY. *La Médecine*, juillet 1922, n° 10.)

Limites entre le normal et le pathologique, radiologie du tube digestif. (Prof. BALLI [de Modène]. Rapport au *IVe Congrès italien de radiologie*, Bologne, 10 mai 1922.)

Estomac sus-diaphragmatique inversé. (BRUN, MASSELOT et JAUBERT. *Journ. de radiol.*, 1922, n° 5.)

A propos de la gastroptose. (MAZERAN. *Soc. de méd. de Paris*, 12 janv. 1923.) — L'auteur considère trois variétés :

1° Une ptose, conséquence de dystrophie, et qui relève d'une médication endocrinienne.

2° Une ptose liée aux troubles dynamiques, ou système neuro-végétatif qui relève du traitement calmant et de la psychothérapie.

3° Une ptose, conséquence d'une lésion organique. Celle-ci relève du traitement chirurgical.

Cf. — Gastrocoloptose et gastro-colopexie. (SÉNÉCHAL et ROUDOULY. *Gaz. des hôpit.*, 24 mars 1923, n° 24.)

Diagnostic des cœlialgies. (AVIERINOS et BOURDE. *Progrès méd.*, 13 janv. 1923.)

Les signes radiologiques de la sténose et du spasme du pylore chez l'adulte et le nourrisson. (BARRET et CHAUFOUR. *Presse méd.*, oct. 1922, n° 83.)

Thérapeutique.

Cf. — Comment on prépare et on soigne un opéré gastrique. (PAUCHET. *La Clinique*, 1922, n° 5.)

Les applications thérapeutiques de l'adsorption. (CHEINISSE. *Presse méd.*, 15 juillet 1922, n° 56.)

La radiothérapie de l'ulcère de l'estomac. (PIOT. *Th. de Paris*, 1922.) — La radiothérapie, conseillée par les Allemands, diminuerait les douleurs de l'ulcus ; elle provoquerait la cicatrisation et même la guérison définitive. Pour obtenir ces beaux résultats, qui demandent confirmation par une vaste expérimentation, il faut user de la radiothérapie pénétrante ; il faut utiliser un rayonnement uniforme et très pénétrant, avec des ampoules spéciales. Le traitement paraît sans danger, si l'on n'utilise que des doses moyennes. L'amélioration serait rapide ; la radiothérapie fait disparaître d'abord la douleur, puis les autres symptômes.

Les états d'obésité et de maigreur d'origine digestive et respiratoire. (PRÉVEL. *Presse méd.*, 12 août 1922, n° 64.) — La tendance à l'obésité ou à la maigreur dépendrait en grande partie de la morphologie générale de l'individu. On peut distinguer deux types d'individus :

1° *Le type respiratoire.* — Faciès nettement ovale, étage moyen plus large que les étages supérieur et inférieur. Cou long, tronc à prédominance thoracique, côtes à fleur de peau. Ces personnes deviennent rarement obèses.

2° *Le type digestif.* — Faciès à mâchoires larges, tronc cylindrique, appendice xyphoïde élevé, thorax court. Ce type tend à l'obésité.

On sait que le foie et le poumon sont les tissus les plus actifs destructeurs de graisse; ceci explique l'importance de la fonction respiratoire dans la régularisation de la réserve graisseuse du corps. L'obèse devra donc, pour maigrir, utiliser au maximum le jeu pulmonaire.

Il sera mis à l'entraînement, soit au spiroscope, soit à l'aide de la respiration comptée de Gallois. On y joindra l'opothérapie hépatique et pulmonaire.

Les facteurs d'engraissement chez les malades du tube digestif et le rôle des cures thermales. (AINE. *Soc. d'hydrol.*, séance du 3 avril 1922.) — L'amaigrissement peut être lié :

— à un apport insuffisant de calories,

— à une mauvaise utilisation des calories absorbables,

— à une dépense exagérée des calories.

Ces causes s'associent ou agissent isolément.

Pour lutter contre ces facteurs d'amaigrissement, il faut :

— régler l'alimentation,

— améliorer les fonctions digestives,

— et supprimer les causes inutiles de déperdition, en réglant les exercices physiques, le repos physique et moral.

Encore faut-il distinguer les *maigres constitutionnels*, contre lesquels on ne peut rien, et les *grands amaigris*, que l'on doit faire engraisser. Quel rôle peuvent jouer les stations thermales ? Alors qu'à la Bourboule, Jumon a constaté les cas d'engraissement précoce très nombreux, Aine n'a constaté à Châtel-Guyon aucun fait précis d'engraissement.

L'augmentation de poids, qui survient chez les malades du tube digestif, est non pas fonction de l'absorption d'eau minérale, mais plutôt fonction *de l'amélioration de l'état digestif local et de l'état général* (stimulation de la motricité, des fonctions sécrétoires, du système nerveux, de l'état général, sédation des réactions douloureuses, etc.).

Il faut y ajouter l'*amélioration du régime alimentaire* (quantité et qualité des aliments, composition des repas).

Enfin, la cure de *repos absolu* sera conseillée : repos physique et repos moral.

Cf. — Indications cliniques des cures hydrominérales dans les maladies de la nutrition. (FLORAND. *Presse therm. et clim.*, 1922, nos 2.982 et 2983.)

Les ulcères gastriques et duodénaux et leur traitement. (F. RAMOND. *Progrès méd.*, 20 janv. 1923.) — L'auteur conseille le traitement médical suivant :

— repos absolu pendant trois semaines, puis relatif deux à trois mois.

— immobilisation abdominale par une sangle.

— régime gradué : d'abord diète hydrique trois, quatre jours avec sérum sucré, sous-cutané ou rectal.

— puis régime lacté absolu (lait écrémé, sucré, additionné d'une solution de citrate de soude à 10/1000.

— plus tard, régime lacto-ovo-végétarien.

— au bout de trois mois seulement, essayer la viande.

Comme médication, pansement gastrique quotidien avec des poudres inertes ou de la gélose-gélatine.

Ramond conseille aussi deux poudres saturantes :

1°	Bicarbonate de soude........	15 grammes
	Phosphate tricalcique........	10 —
	Kaolin lavé.................	140 —
	Poudre de réglisse	20 —

Une cuillerée à entremets par pansement.

2°	Bicarbonate de soude........	100 grammes
	Carbonate de chaux..........	60 —
	Hydrate de magnésie	20 —
	Charbon de peuplier.........	40 —
	Poudre de réglisse	20 —

Une cuillerée à café dans un peu d'eau, d'heure en heure, après les repas.

III. AFFECTIONS DU CARREFOUR SUPÉRIEUR.

Diagnostic et traitement des ulcères gastro-duodénaux. (PIOLLET. *Arch. méd. du Centre*, juin 1922, n° 8.) — Le trépied symptomatique, douleurs, hémorragies et vomissements, décrit par les classiques, est loin de se trouver au complet et le diagnostic doit s'appuyer aujourd'hui sur l'histoire du malade, sur l'évolution générale, sur le chimisme et la radioscopie, la recherche du sang dans les selles.

1° *Ulcère du cardia.* — Symptomatologie œsophagienne, douleur à la déglutition, spasme du cardia, douleur épigastrique irradiant dans le dos, sialorrhée, réflexe, amaigrissement rapide. Examen physique négatif ; sang dans les selles.

2° *L'ulcus médiogastrique.* — Au tiers moyen de la petite courbure. Douleur semi-tardive (deux-trois heures après le repas). Médiane, épigastrique, en broche. Non calmée par les alcalins, le bismuth. La palpation du creux épigastrique est très douloureuse. Le tubage montre de l'hyperchlorhydrie et du sang. Aux rayons X, on peut voir une encoche de la grande courbure, une déformation rigide segmentaire de la petite courbure ; plus tard, on peut constituer une biloculation organique. L'ulcus de la petite courbure peut donner lieu, parfois, à des hématémèses abondantes.

3° *L'ulcus du pylore.* — La symptomatologie est celle d'une sténose spasmodique, puis organique du pylore. La douleur est tardive, calmée par l'ingestion d'aliments, le bicarbonate

de soude; les vomissements sont fréquents. Le tubage montre de la stase acide. Les rayons X montrent un estomac à fond élargi, un pylore peu visible; des contractions fortes qui n'aboutissent pas; de la stase barytée. Cliniquement, on peut parfois observer de la stase à jeun, des contractions péristaltiques, le durcissement en boule de l'estomac.

4° *L'ulcus duodénal.* — La douleur est moins aiguë, elle siège à droite, avec irradiation à droite. Elle est hypertardive, exaspérée par la faim, calmée par l'ingestion d'aliments. La palpation décèle un point douloureux sur le milieu d'une ligne ombilico-dixième côte. L'hématémèse est rare, le melæna très fréquent. Les rayons X montrent : signe de Colles ou spasme du bulbe, déformations du bulbe, diverticule; estomac petit, hypertonique, hyperkinétique.

5° *Les ulcères peptiques.* — L'auteur termine son étude en exposant les indications classiques du traitement médical et du traitement chirurgical (résection et gastro-anastomose).

Cf. — Valeur de l'alimentation duodénale dans le traitement des affections de l'estomac. (PICARD. *Gaz. méd. de Nantes*, 1922.)

Le point douloureux dorsal dans l'ulcère du duodénum. (DE LUNA. *Marseille méd.*, 1922, n° 22.)

Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum. (ENRIQUEZ et DURAND. *XVIe Congrès français de médecine*, 12 oct. 1922.) — Cet important travail a déjà fait l'objet d'une analyse dans la *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 83, p. 1333.

Cf. — Le diagnostic des ulcères duodénaux par la méthode des radiographies rapides en série. (CARRIÉ et KELLER. *Presse méd.*, fév. 1923, n° 12.)

Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. (ENRIQUEZ et CARRIÉ. *Journ. méd. franç.*, janv. 1923, n° 1.)

Diagnostic de l'ulcus duodénal. Etude critique. (MOUTIER et MAINGOT. *Journ. méd. franç.*, janv. 1923, n° 1.)

Quelques remarques sur l'anatomie du duodénum. (PARTURIER et VASSELLE. *Journ. méd. franç.*, janv. 1923, t. XII, n° 1.) — Dans cette série d'articles, réunis dans un même numéro du *Journal médical français*, on trouvera les notions récentes sur l'ulcus duodénal et sur le diagnostic différentiel entre les ulcères de l'estomac et du duodénum. Le diagnostic de siège y est également traité. Une place très importante est donnée à l'étude critique des symptômes et des procédés de diagnostic (clinique, chimisme, radioscopie, radiographies en série de la région pyloro-duodénale).

Cf. — Le tubage duodénal. (DAMADE. *Gaz. des hôpit.*, 26 août 1922, n° 66.)

Contribution à l'étude du cancer primitif des voies biliaires principales. (AUBERT. *Th. de Montpellier*, 1922.)

Etude radiologique des voies biliaires normales et lithiasiques. (DUVAL, GATELLIER et H. BÉCLÈRE. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1922, t. XII, n° 6.) — On trouvera surtout dans ce travail considérable, une collection unique de radiographies positives de calculs des voies biliaires principales et accessoires, et les éléments du diagnostic de ces calculs et de leur siège.

Cf. — Le cancer primitif de la vésicule biliaire. (POLLET. *Gaz. des hôpit.*, 22 juillet 1922, n° 57.)

La cholécystite chronique non calculeuse. (CHIRAY et SÉMELAIGNE. *Presse méd*, 12 août 1922.) — La cholécystite chronique non calculeuse est une affection fréquente, mal connue. Elle est caractérisée anatomiquement par une inflammation torpide non spécifique des parois de la vésicule biliaire. Les symptômes cliniques se rapprochent beaucoup de ceux de la cholécystite calculeuse. Mais ni le tubage duodénal, ni le tamisage des selles, ni la radiographie, ni l'examen de la vésicule au moment de l'opération ne montrent l'élément primordial de la lithiase : sable ou calcul.

Cette affection se rencontre surtout chez les sujets entre vingt et quarante-cinq ans. Elle est comparable à l'appendicite chronique.

Elle se traduit par des signes *extravésiculaires* (crises gastralgiques, dyspepsie, entérite muco-membraneuse, amaigrissement, lassitude, accès fébriles) et par des signes *vésiculaires* (teint jaunâtre, douleur à l'hypocondre droit, recherche du point douloureux vésiculaire fixe, permanent).

Le tubage duodénal montre à jeun, au lieu d'un liquide clair, jaune d'or, un liquide trouble, jaune verdâtre (purée de pois), pouvant contenir des microbes, des cellules, des cristaux de cholestérine.

Le traitement de la cholécystite chronique non lithiasique est médical ou chirurgical. L'huile de Haarlem, l'urotropine et l'eau de Vichy seront à la base du traitement médical.

Dans les cas rebelles, la cholécystectomie s'imposera.

Cf. — Physiopathologie des insuffisances hépatiques. (CHAUFFARD. *Presse méd.*, déc. 1922, n° 99)

IV. AFFECTIONS DU CÆCUM ET DU COLON DROIT

Pseudo-tumeurs intestinales d'origine parasitaire. (THÉVENARD. *Soc. des chir. de Paris*, 19 mai 1922.) — L'auteur rapporte l'histoire de trois cas de pseudo-tumeurs intestinales d'origine parasitaire. Dans deux cas, les lésions inflammatoires très accusées en imposaient, à première vue, pour une tuberculose hypertrophique.

Cf. — Un cas de tumeur inflammatoire de l'abdomen. (DUPONT. *Journ. de chir.*, 1922, n° 5.)

Diagnostic et traitement des sténoses chroniques de l'intestin. (DE LUNA. *Marseille méd.*, 1922, n° 12.)

Sur un cas d'occlusion congénitale de l'intestin grêle. (André RENDU et WERTHEIMER. *Arch. de méd. des enf.*, 1922.)

Invagination iléo-cæcale par péricolite membraneuse. (ABADIE. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1922, t. XII, n° 4.)

Sur le symptôme de Bastedo dans l'appendicite. (JERLOW. *Acta chir. Scandinava*, 16 nov. 1922, p. 145.)

Le tuberculome hypertrophique du cæcum. (RICOLFI. *Concours méd.*, 20 août 1922, n° 34.) — L'auteur étudie la tumeur de nature tuberculeuse, siégeant au niveau du cæcum, ou tuberculome hypertrophique du cæcum (Dieulafoy, Hartmann).

Bien que les Allemands insistent sur la rareté de la tuberculose primitive du cæcum, Lister, Letulle ont démontré cependant l'existence d'une tuberculose primitive d'origine alimentaire ayant son siège de prédilection au niveau de l'angle iléo-cæcal ou au niveau de la valvule de Bauhin.

L'allure clinique est souvent insidieuse et se traduit par une crise d'occlusion bien souvent. L'auteur discute le diagnostic entre la tuberculose iléo-cæcale et toutes les tumeurs de la fosse iliaque droite, et en particulier avec : l'adénite iliaque chronique, les tumeurs de l'épiploon, les tumeurs de l'ovaire droit, le fécalome, l'actinomycose cæcale, les tumeurs bénignes du cæcum, le cancer du cæcum.

Le traitement est uniquement chirurgical. Il se confond avec celui des autres tumeurs cæcales et n'est autorisé que llorsqu'il n'y a pas de désordres pulmonaires, lorsque la lésion est localisée. Si l'extirpation est impossible, on fera l'iléo-colostomie. L'opération en deux temps semble la meilleure.

L'appendicite tuberculeuse hypertrophique latente. (PERRIN et DUNET. *Presse méd.*, 20 sept. 1922.) — Les tuniques appendiculaires réagissent rarement d'une façon bruyante à l'infection tuberculeuse. L'appendicite chronique ou subaiguë est la plus fréquente. Anatomiquement, on peut trouver une forme kystique, une forme fongueuse, une forme atrophique et une forme hypertrophique.

Cliniquement, le début survient chez un tuberculeux avéré ou chez un individu délicat. Il survient des petites crises douloureuses locales au niveau de la fosse iliaque droite, souvent anodines. Elles font penser à des poussées d'entérite avec diarrhée chronique. On note aussi de l'anorexie et de l'amaigrissement. Les crises douloureuses se répètent et il se produit un certain empâtement de la fosse iliaque droite.

Parfois l'évolution reste latente jusqu'à l'apparition d'une crise aiguë. Le traitement chirurgical s'impose dans tous les cas.

Diagnostic de l'appendicite chronique. (Edouard ANTOINE. *Gaz. des hôpit.*, 25 nov. 1922, n° 92.) — Déjà l'année dernière, en collaboration avec M. de Martel, nous avons

publié un ouvrage sur les *fausses appendicites* et les syndromes douloureux du cæcum et du côlon droit. Nous avons pris cette fois-ci le problème sous un angle opposé en étudiant les *vraies* appendicites. C'est une étude d'ensemble de la question de l'appendicite chronique aux points de vue clinique, radiologique et au point de vue du diagnostic.

Cf. — Stase cæcale et périyphlite. (GUÉRIN. *Th. de Montpellier*, 1922.)

Contribution à l'étude clinique des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite et du flanc droit. (Edouard ANTOINE. *L'Hôpital*, sept. 1922, n° 79.)

Contribution à l'étude de l'appendicite gangréneuse chez le vieillard. (ENCONTRE. *Th. de Montpellier*, 1922.)

Le melæna des nouveau-nés. (MARFAN. *Monde méd.*, 15 déc. 1922.)

Sur le cancer iléo-cæcal. (LOUBAT *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 août 1922.) — Le cancer iléo-cæcal est longtemps localisé aux parois intestinales; il n'envahit les ganglions que tardivement et se généralise peu. Il se présente, soit sous la forme iléo-valvulaire, soit sous la forme cæcale pure. Le cancer iléo-valvulaire évolue comme un cancer sténosant de la terminaison du grêle amenant une occlusion intestinale chronique.

Le cancer cæcal pur ne produit que tardivement de l'occlusion chronique; il détermine des troubles intestinaux légers, de la fatigue, de l'anémie, et manifeste surtout sa présence par une tumeur volumineuse assez mobile de la fosse iliaque droite. Le traitement est exclusivement chirurgical.

Les opérations palliatives (iléostomie, anastomoses de dérivation, exclusions) sont réservées aux cas trop avancés.

L'opération en un temps consiste en l'hémicolectomie droite avec implantation termino-latérale de l'iléon dans le transverse. La mortalité opératoire serait de 20 à 30 p. 100.

Le syndrome entéro-rénal. (HEITZ-BOYER. *Journ. méd. franç.*, mai 1922.) — Il y a toute une série d'infections du rein, du bassinet et de la vessie qui relèvent d'une origine intestinale. Depuis plusieurs années l'auteur s'est efforcé de montrer les effets d'un mauvais état intestinal sur l'appareil urinaire. Bien que ces faits soient surtout connus au cours de la grossesse, l'auteur en a repris l'étude et a eu le mérite d'isoler un véritable syndrome entéro-rénal; ce sont tous les accidents qui traduisent le retentissement sur l'appareil urinaire de troubles siégeant sur l'intestin.

Il faut rechercher soigneusement les troubles intestinaux chez ces malades; leur latence est en effet une des raisons qui les font méconnaître.

Dans le mécanisme pathogénique, il faut considérer trois étapes : l'étape intestinale primitive, l'étape intermédiaire sanguine et l'étape réno-urinaire terminale.

1. L'*étape intestinale* est conditionnée par les troubles colitiques, favorisés eux-mêmes par des ptoses et des coudures, qui intéressent spécialement, d'après Heitz-Boyer, le cæcum et le côlon droit. On connaît la nocivité très grande des matières qui stagnent dans un cæco-ascendant dilaté. L'entérocoque et le colibacille seraient les deux agents pathogènes le plus souvent en cause.

2° L'*étape intermédiaire*, sanguine, passe souvent inaperçue d'autant plus que les décharges bactériennes sont souvent intermittentes.

3° L'*étape urinaire* se fait de haut en bas, du rein vers la vessie. Les manifestations cliniques sont extrêmement variées et diffèrent d'un malade à l'autre. Aussi peut-on décrire des formes suppurées, non suppurées, bactériuriques, des formes simples sans obstacle à l'écoulement de l'urine et des formes compliquées avec présence d'un obstacle; des formes nombreuses suivant les symptômes : septicémique, rénale, vésicale, hémorragique, putride, etc., des formes associées.

L'évolution de ces troubles est souvent rebelle et récidivante, et leur guérison ne saurait être obtenue d'une façon durable que par la guérison de l'intestin.

Il faudra toujours traiter à la fois les accidents intestinaux, les accidents septicémiques et les accidents urinaires.

Stase intestinale, appendicite chronique et typhlocolites. (Jacques DALSACE. *Bull. méd.*, 28 avril 1923.) — La stase intestinale a pris dans les travaux récents une très grande importance; elle est considérée comme une maladie autonome. En réalité, la stase est un simple symptôme observé au cours d'affections variées et en particulier dans les troubles endocriniens, l'helminthiase, les typhlo-colites et l'appendicite chronique. Les lésions de péri-appendicite jouent un rôle très important et doivent être systématiquement recherchées au cours de l'appendicectomie.

Le diagnostic étiologique doit permettre, au moyen d'un traitement médical judicieux et précoce, de réduire beaucoup les interventions chirurgicales pour stase intestinale grave.

V. COLON GAUCHE ET RECTUM

Cf. — Constipation simple simulant une cachexie pigmentaire. (SURMONT et TIPREZ. *Echo méd. du Nord*, 1922, n° 24.)

Vaccination par voie buccale. (BESREDKA. *Paris méd.*, 1922, n° 22.) — En employant des injections de vaccin, on se propose de produire le maximum d'anticorps dans le minimum de temps et avec un minimum de réaction générale. Un vaccin doit reproduire la maladie, atténuée, contre laquelle on cherche à préserver; il doit affecter le même organe ou le même groupe d'organes que le virus qui provoque lui-même la maladie. Pour la dysenterie, les expériences de Dopter prouvent que l'immunité s'obtient par la voie digestive. Les essais de Nicolle chez l'homme confirment ces données expérimentales. Il en est de même pour la fièvre typhoïde. Ceci est intéressant, car les lésions rénales, hépatiques, pleuro-pulmonaires qui contre-indiquent la vaccination par voie sous-cutanée ne constituent pas d'obstacle à la vaccination par voie buccale. La vaccination par voie buccale présente donc le plus grand intérêt, mais elle ne paraît pas être encore au point complètement.

Invagination intestinale datant de deux mois chez un jeune homme de vingt-quatre ans. (BRAU-TAPIE. *Journ. des prat.*, 2 sept. 1922, n° 35.) — Dans cette observation, on avait cru durant longtemps à une appendicite jusqu'au jour où les vomissements fécaloïdes ont fait faire le diagnostic d'obstruction intestinale.

Cf. — Colites et recto-colites graves et leur traitement. (R. BENSAUDE. *Journ. des prat.*, 1922, nos 49 et 50.)

Epreuve biliaire pour le diagnostic et le traitement de la dysenterie amibienne. (LE NOIR et MATHIEU DE FOSSEY. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 juin 1922.)

Les formes dissimulées de l'amibiase intestinale. (MOUTIER. *La Médecine*, déc. 1922, n° 3.) — L'auteur passe en revue un certain nombre de formes camouflées d'amibiase intestinale qui ne font pas, du moins cliniquement, la preuve de leur spécificité amibienne. Ce sont les formes qui ne présentent pas les paroxysmes aigus spécifiques avec évacuations glairo-sanguinolentes répétées. Il passe en revue successivement les *formes intestinales*, les diarrhées chroniques, les constipations simples, les formes hémorragiques;

— les *formes gastralgiques*;

— les *formes localisées* dans la région cæco-appendiculaire sur le transverse ou le sigmoïde (ulcère chronique amibien);

— les *formes cachectisantes* simulant le cancer;

— les *formes associées* avec le paludisme, les lamblia, les spirilles.

Le *diagnostic* n'est pas toujours facile; toute rectite, toute recto-sigmoïdite doivent faire penser à l'amibiase. Toute entérocolite peut être amibienne; toute insuffisance hépatique, tout désordre douloureux de l'hypocondre droit peuvent être causés par l'amibe dysentérique. L'examen des matières s'impose dans tous les cas douteux. L'examen rectoscopique montrera s'il y a ou non des ulcérations et permettra de faire des prélèvements à leur niveau.

Le *traitement* est aujourd'hui bien connu de tous : émétine et novarsénobenzol, pâte de Ravaut, extrait fluide de garcinia, extrait fluide de simarouba, capsules de novarséno, lavements mucilagineux au novarséno.

Cf. — Dysenterie balantidienne. (BOUSQUET. *Th. de Montpellier*, 1922.)

Complications chirurgicales de l'ascaridiose. (LEFÈVRE et BAILLAT. *Presse méd.*, 19 juillet 1922.) — Chez plusieurs malades, à la suite d'une intervention chirurgicale sur l'abdomen (appendicite, kyste de l'ovaire, annexite), les auteurs

La radio-anaphylaxie, par le docteur FOVEAU DE COURMELLES. Une brochure, 43 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

ont vu apparaître rapidement des manifestations aiguës rappelant la péritonite : vomissements bilieux, verdâtres, noirâtres, glaireux, douleurs gastro-intestinales, facies péritonéal, teint plombé, nez effilé, yeux excavés, langue sèche. Dans les vomissements on retrouve au bout de deux à trois jours un ou plusieurs ascaris lombricoïdes. Aussitôt après, les accidents disparaissent.

Le diagnostic de péritonisme doit être posé grâce au début brusque des vomissements, à la discordance des signes généraux et des signes locaux, à l'absence de ballonnement, à l'émission de gaz intestinaux, à la fièvre modérée, au pouls peu accéléré (80 à 90).

L'importance de ces troubles peut être rapportée à une excitation locale sur les terminaisons du grand sympathique et à des troubles toxiques dus aux sécrétions du parasite.

Il serait utile, avant d'opérer les malades, de rechercher s'ils n'ont pas eu d'helminthiase intestinale autrefois et si leurs selles ne contiennent pas d'œufs. Dans l'affirmative, on devra mettre en œuvre aussitôt le traitement antiparasitaire.

Les constipations chroniques négligées ou méconnues. Dépistage, diagnostic, thérapeutique. (VIGNAL. *L'Hôpital*, sept. 1922, n° 78.) — Les constipations chroniques sont souvent négligées ou méconnues. La résorption des toxines et des microbes peut provoquer des troubles sur le foie, le pancréas, les surrénales, les ovaires, le corps thyroïde. Lane a même rattaché à la stase intestinale chronique les mammites chroniques, les troubles cardio-vasculaires, l'artériosclérose.

Cliniquement, ce sont souvent les troubles digestifs qui traduisent les premiers ces phénomènes d'intoxication :

Crise d'indigestion simple, crise d'indigestion avec perte de connaissance et crise d'indigestion avec vomissements peuvent se voir suivant les cas. Chez tous ces malades, il faudra rechercher systématiquement la stase intestinale, et l'on mettra en évidence par l'examen radiologique la stase en en précisant le siège, la forme et souvent la cause.

L'examen radiologique doit toujours porter sur l'ensemble du tube digestif. Le traitement variera avec les cas :

1° Contre la *constipation atonique*, on prescrira le régime végétarien, les agents physiques (sport, massage, gymnastique, hydrothérapie), les lavements de bile, l'huile de paraffine, l'agar-agar, le cascara, la bourdaine, l'électrothérapie (galvanique rythmique), les lavements électriques, les cures à Châtel-Guyon.

2° Contre la *constipation spasmodique*, on conseillera la chaise longue, un régime non acide, des lavements d'huile, l'emploi de la belladone, valériane, chanvre indien, les compresses chaudes, la diathermie, les cures à Plombières.

Comment concevoir, actuellement dans la pratique, le diagnostic et le traitement de la constipation habituelle. (Fr. BARADUC. *L'Hôpital*, mars 1923, n° 91.) — Dans ce travail très remarquable, Baraduc expose, avec beaucoup de clarté et guidé par sa longue expérience acquise, durant des années, à Chatel-Guyon, ce que les praticiens doivent connaître de la constipation, et les indications qu'ils peuvent en tirer pour faire, chez leurs constipés, un diagnostic précis d'abord, un traitement ensuite.

Un cas de périsigmoïdite vérifiée par la radiographie. (I. DE JONG et AUBOURG. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars 1923.) — Il s'agit d'un malade qui, après un début bruyant d'entérocolite banale, présente une fièvre continue pendant deux mois. Le toucher rectal montre l'existence d'une masse rénitente qui obstruait la lumière rectale, rappelant une tumeur. Il s'agissait d'une périsigmoïdite plastique, dont le diagnostic fut vérifié par l'examen radiographique et l'évolution.

Cf. — Sigmoïdites et périsigmoïdites. (GUILLAUME-LOUIS. *Arch. méd.-chir. de province*, juillet 1922.)

Maladie de Hirschprung. (BENSAUDE et HILLEMAND. *Ann. de méd.*, déc. 1922, t. XII, n° 6.) — La maladie de Hirschprung est caractérisée anatomiquement par l'allongement et la dilatation d'une partie ou de la totalité du côlon avec hypertrophie des parois, et cliniquement par de la constipation, du météorisme, et une évolution chronique. Les lésions siègent, soit sur l'anse sigmoïde (ce qui est le plus fréquent), soit au niveau du cæcum ou du rectum, soit sur tout le côlon. Alors qu'Hirchsprung considère cette affection comme idiopathique, congénitale, analogue à certaines hypertrophies viscérales, d'autres (Marfan) la considèrent comme un syndrome secondaire, provoqué par un obstacle à la circulation des matières.

Bensaude et Hillemand pensent pour leur part qu'il existe dans quelques cas une maladie de Hirschprung vraie, congénitale ; mais, que le plus souvent, il s'agit d'un syndrome qui se développe après la naissance du fait d'un obstacle, placé vers l'union du rectum avec l'S iliaque (coudure, torsion, spasme, valvule).

Dans sa forme complète, le mégacôlon se traduit par les trois symptômes principaux : constipation opiniâtre, météorisme, tumeur animée de mouvements péristaltiques.

L'endoscopie et le lavement opaque sont les méthodes de choix pour poser le diagnostic de mégacôlon.

L'état général des malades est souvent bien conservé, les matières au niveau du sigmoïde étant peu toxiques.

L'évolution est essentiellement chronique et se fait par poussées, véritables crises de rétention fécale avec augmentation de l'abdomen et contractions péristaltiques.

Des débâcles peuvent apporter un soulagement passager.

Suivant l'âge, on peut décrire divers aspects cliniques chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte.

Bensaude et Sorrel distinguaient déjà le mégacôlon à symptômes latents, le mégacôlon à symptômes latents intestinaux et le mégacôlon avec signes d'intoxication générale.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Il doit lutter contre la constipation par le régime, les lavements, les laxatifs, les antispasmodiques (atropine, belladone).

Chirurgicalement, on n'a le choix qu'entre l'iléosigmoïdostomie et la colectomie.

Cf. — Maladie de Hirschprung. (L. HALLEZ. *Gaz. des hôpit.*, mars 1923, nos 20 et 22.)

L'angiome caverneux diffus du rectum. (BENSAUDE et Edouard ANTOINE. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1923, t. XIII, n° 1.) — Parmi les tumeurs angiomateuses du tube digestif, l'angiome simple circonscrit est le plus souvent constaté (joues, lèvres, voile du palais, langue, estomac, duodénum, grêle, côlon, rectum) et l'angiome caverneux diffus est beaucoup plus rare. C'est une tumeur angiomateuse à tendance envahissante, qui peut se développer considérablement et parvient à réaliser une tumeur d'un volume notable, à limites mal définies. Il se développe avec prédilection sur la terminaison du tube digestif.

Les deux observations complètes et originales, que les auteurs apportent comme contribution à l'étude de cette affection rare et curieuse, concernent l'une une jeune fille, chez laquelle les premiers symptômes ont apparu dès le premier âge, l'autre un homme adulte, chez lequel des hémorragies répétées et profuses ont fini par provoquer la mort.

C'est à propos de ces deux cas que les auteurs ont précisé l'histoire de cette affection, faisant une étude complète aux points de vue clinique, radiologique et thérapeutique.

Le traitement médical est assez limité. La radiothérapie paraît cependant promettre d'excellents résultats. La chirurgie peut donner des guérisons par l'exérèse totale à condition que la tumeur angiomateuse soit mobile et pas trop étendue.

Cf. — Les courants de haute fréquence dans le traitement des rectiles et des rétrécissements du rectum. (HEITZ-BOYER. *Soc. de chir.*, 12 juillet 1922.)

Traitement physiothérapique des hémorroïdes et de la fissure sphinctérienne. (VIGNAL. *Journ. des prat.*, 30 déc. 1922.) — L'association de la diathermie et de la haute fréquence doit donner le maximum de résultat, au cours des poussées d'hémorroïdes ou de fissure anale. On commencera à chaque séance par des applications de cinq à six minutes de haute fréquence et on terminera par l'application de diathermie. Un total de huit à douze séances suffit en général.

Cf. — De l'état général dans le cancer du rectum. (GIROD. *Th. de Montpellier*, 1922.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai. — MM. Brodin, Bloch (Marcel), Stévenin et Weissenbach, 20.

Sont présentés à la nomination de M. le Directeur de l'Assistance publique : MM. Brodin, Weissenbach et Stévenin.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 8 mai. — MM. Gatellier, Gouverneur et Bloch (Jacques), 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — MM. Secousse et Boisserie-Lacroix ont été proposés *ex æquo* comme médecins adjoints des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — Le jury est composé de M. le professeur de Lapersonne, président; MM. J.-L. Faure, Lejars, Sébileau, Gley, Cunéo, Rouvière.

Liste des candidats : MM. Wilmoth, Richard, Reinhold, de Gaudart d'Allaines, Huet, Oberlin, Braine, Michon, Aurousseau, Tourneix, Huc, Peltier.

— Concours de l'adjuvat. — *Epreuve écrite.* — Séance du 7 mai. — MM. Chastang, 26; Bernard (Raymond) et Mérot, 21; Bertrand, 18.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Une commission est constituée à l'effet d'étudier l'influence éventuelle de l'emploi des rayons X sur le voisinage.

Sont nommés : président de la commission, M. le docteur Béclère; membres : Mme Curie, M. le professeur Becquerel, MM. les docteurs Belot, Bergonié, Broca, Faivre, Hirtz, M. Hudelo, MM. les docteurs Ledoux-Lebard, Mourier, Regaud, M. Charles Vaillant, M. le docteur Zimmern.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur, à titre posthume :

Ministère de l'Intérieur. — « M. le docteur Gambini (Pierre-François), médecin de colonisation à Colbert (département de Constantine).

Médecin de colonisation de la plus haute valeur professionnelle et morale; praticien actif et zélé qui a donné, en toutes circonstances, les preuves du dévouement le plus absolu. Est décédé des suites du typhus contracté dans l'exercice de ses fonctions.

A été, pour ce fait, l'objet d'une citation au *Journal officiel*

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :
du 28 mars 1923. » (*J. O.*, 6 mai 1923.)

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Brizon et Nicard, médecins-majors à Paris.

(Au titre étranger.) — *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Franco (de Bogota, Colombie), Kirchenstein (de Riga), Knaff (de Luxembourg), Krimbergs (de Riga), Lléras Acosta (de Bogota), Margain, Pruneda et Velez (de Mexico).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Eliasberg et Ferman (de Riga).

L'**ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS** se réunira en assemblée générale, le lundi 14 mai prochain, à 16 h. 1/2, à la Faculté de médecine, salle des thèses n° 2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Edouard Roques, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Celles (Ariège).

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Professeur : Henri Claude). — La prochaine réunion biologique neuro-psychiatrique consacrée à l'exposé des procédés d'exploration biologique et à la discussion des résultats aura lieu le mardi 5 juin, à 14 h., à l'amphithéâtre de la clinique.

Les personnes qui désireraient s'inscrire pour des présentations sont priées d'adresser le titre de leur communication à M. le docteur Brousseau, chef de clinique, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (14e), Paris.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

OPHTALMIE PURULENTE COMMUNIQUÉE A UNE NOURRICE PAR UN NOUVEAU-NÉ. RESPONSABILITÉ DE LA MÈRE. CERTIFICAT.

Nous avons cité des cas où la responsabilité du médecin a pu se trouver engagée par suite d'une négligence. Dans l'espèce que nous rapportons, aucune négligence n'a été reprochée aux hommes de l'art; mais on se rendra compte, par les termes mêmes du jugement rendu, combien les médecins et sage-femme ont été prudents et quelles précautions il y avait lieu de prendre; on se rendra compte aussi qu'il ne faut délivrer de certificat qu'à bon escient.

A la suite d'une demande en dommages-intérêts formée par les époux P... contre la demoiselle M..., il était intervenu un jugement rendu le 24 octobre 1922 qui avait commis M. le professeur T... pour procéder à une expertise; l'expert déposa son rapport le 5 janvier 1923, et de ses conclusions résultait que la dame P... avait été, suivant toute vraisemblance, contaminée par l'enfant de la demoiselle M..., et, du fait de cette contamination, atteinte d'une ophtalmie purulente, de nature très vraisemblablement gonococcique, ophtalmie ayant déterminé la perte de l'œil droit et nécessité l'énucléation de cet œil.

Des enquête et contre-enquête avaient été effectuées; il en ressortait que l'enfant de la demoiselle M... avait été atteint d'une conjonctivite purulente très peu de temps après sa naissance, survenue le 12 janvier 1915; que la dame P..., chargée de le soigner, avait été atteinte également de la même affection dont les conséquences avaient entraîné l'accident qui vient d'être indiqué;

Le Tribunal civil de la Seine, appréciant la responsabilité et le dommage subi, s'exprime ainsi dans son jugement du 13 mars 1921 :

« Attendu qu'il est établi d'une manière indiscutable que l'enfant M... avait les paupières rouges aussitôt après sa naissance;

Que la dame P..., étant arrivée le 14 janvier pour prendre soin de l'enfant et l'emmener dans la Nièvre, reçut des instructions précises accompagnées de la remise d'un collyre au nitrate d'argent prescrit par le docteur H... qui avait procédé à l'accouchement, et cela en vue de soigner l'œil malade du nouveau-né;

Qu'il fut notamment recommandé à la nourrice d'appliquer ce collyre tous les deux jours en évitant d'atteindre l'œil indemne (déposition de la dame X...); que les instructions du docteur H... furent transmises à la dame P... par la dame X..., sage-femme, qui renouvela ses recommandations prescrivant l'emploi du nitrate d'argent;

Attendu que l'opinion émise par cette dernière sur la nature et les caractères de l'ophtalmie de l'enfant M... a été reconnue scientifiquement erronée par l'expert et que les prescriptions faites à la dame P... démontrent bien que, dès après la naissance de l'enfant ou tout au moins durant les trois jours qui l'ont suivie, le médecin et la sage-femme ont eu la notion de la gravité de la conjonctivite dont se trouvait atteint l'enfant;

Attendu, en outre, qu'il y a lieu d'admettre que la contamination de ce dernier a dû se produire pendant l'accouchement et qu'aucun élément ne permet de penser qu'elle ait eu pour origine une infection causée accidentellement par une tierce personne;

Attendu qu'on ne saurait faire état du certificat délivré par le docteur H... pour établir que la demoiselle M... et son enfant étaient en bon état de santé lorsqu'il a autorisé le départ en nourrice dudit enfant;

Qu'en effet, le certificat versé aux débats est daté du 15 mai 1917, date postérieure de plus de deux ans à celle de l'accouchement et qu'il se réfère purement et simplement à un autre certificat, délivré en janvier 1915, lequel n'a pas été représenté;

Que, d'ailleurs, les énonciations de ce document sont en contradiction avec les indications certaines fournies par les instructions émanant du docteur H..., et le traitement qu'il a préconisé pour remédier à la conjonctivite dont l'enfant se trouvait atteint lors de son départ en nourrice (applications réitérées d'un collyre au nitrate d'argent);

Attendu qu'il apparaît impossible d'admettre que la demoiselle M... qui, du 12 au 15 janvier 1915, a vu son enfant à maintes reprises et notamment au moment de sa remise à la dame P..., ait ignoré que l'un de ses yeux présentait une inflammation, sans toutefois pouvoir lui reprocher d'avoir omis de prévoir toutes les conséquences et tous les dangers que pouvait présenter l'état de son enfant pour la dame P...;

Attendu que si la contamination de cette dernière ne peut être reprochée à la demoiselle M..., comme une faute intentionnelle de sa part, il y a lieu de considérer qu'elle a commis une négligence et même une imprudence en remettant ou en laissant remettre son enfant aux soins d'une nourrice, laquelle ignorait les dangers particulièrement graves que pouvait présenter pour elle l'affection dont ce dernier était atteint;

Attendu, en outre, que les constatations de l'expert commis corroborent celles qui ont été faites dès le début de février par le docteur Y... appelé à donner ses soins à la dame P...;

Que, d'après ce témoin, les lésions des yeux de l'enfant M... remonteraient à sa naissance et qu'elles avaient été la cause de la contamination de la nourrice atteinte d'ophtalmie blennorragique, sans présenter aucune lésion génito-urinaire;

Que le docteur Y..., dès l'arrivée de la demoiselle M..., conseilla à cette dernière d'emmener immédiatement son enfant en lui faisant connaître son opinion sur les causes de l'affection dont souffrait la dame P...;

Qu'il lui fit même apparaître les responsabilités lui incombant de ce chef, sans qu'elle ait paru protester contre cet avis du médecin lui attribuant nettement l'origine de la contamination de la nourrice de son enfant;

Qu'enfin, il résulte de la déposition de ce médecin qui a donné ses soins à la dame P..., dès le début de février 1915, ainsi que des constatations de l'expert, que l'ophtalmie purulente dont l'enfant M... a été atteint dès sa naissance présentait les caractères de l'ophtalmie déterminée par le pus blennorragique de la mère et communiqué pendant l'acte même de l'accouchement;

Que cette affection, généralement apparente du deuxième au cinquième jour, a été constatée le troisième jour de l'accouchement lors du départ de l'enfant; qu'elle s'est aggravée au cours du voyage et dès l'arrivée au domicile de la dame P..., suivant un processus normal en cette matière. »

En conséquence de ces faits, le Tribunal a décidé que la demoiselle M... avait commis une négligence et une imprudence caractérisées en remettant ou en laissant remettre aux soins d'une nourrice, récemment arrivée de la province et très peu expérimentée, son enfant nouveau-né alors atteint d'une ophtalmie dont la contagion a contaminé cette dernière et occasionné la perte de son œil droit, et il a accordé une indemnité à la victime.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE GÉNÉRALE

NOTIONS GÉNÉRALES
SUR
LE SYSTÈME NERVEUX ORGANO-VÉGÉTATIF

Par M. PAUL GIRAUD,
Médecin des hôpitaux de Marseille.

Il existe dans l'organisme deux systèmes nerveux bien distincts mais non pas entièrement indépendants.

L'*un d'eux* est chargé des fonctions de la vie de relation : motilité des muscles striés, sensibilité de la peau et d'une partie des muqueuses externes, organes des sens en partie.

L'*autre* est chargé des fonctions de nutrition non seulement dans les viscères proprement dits mais dans tout l'organisme.

Il préside à la contraction des muscles lisses, à la sensibilité viscérale, à la reproduction, aux diverses sécrétions externes et à la régularité des échanges généraux par son action sur les glandes endocrines : c'est le système organo-végétatif.

Anatomie générale. — Le système nerveux organo-végétatif comprend, non seulement le sympathique des anciennes descriptions, mais ses éléments se retrouvent encore dans la plupart des nerfs craniens surtout le pneumogastrique et dans le nerf pelvien ou érecteur.

Comme le système de la vie de relation il se compose d'amas cellulaires ou centres reliés entre eux par des fibres nerveuses.

Ces centres se distinguent en : centres supérieurs ou cérébraux, centres moyens ou axio-nerveux, centres inférieurs ou ganglionnaires.

1° **Centres supérieurs.** — Il sont situés dans la corticalité et les noyaux opto-striés sans qu'on puisse apporter de précision sur leur localisation.

Cependant les couches optiques seraient des centres importants pour le système organo-végétatif.

Les fibres qui les relient aux centres moyens doivent passer par la capsule interne sans qu'on ait pu les individualiser nettement.

2° **Centres moyens ou axio-nerveux.** — Le *groupement intermédio-latéral* de la moelle est le plus connu et le plus important de ces centres (corne latérale). Il existe à peu près sur toute la hauteur de la moelle sauf au niveau de l'émergence de la plupart des nerfs qui se rendent aux membres.

Il est donc interrompu au niveau des deux renflements cervical et lombaire et se trouve fragmenté en trois tronçons :

Un tronçon supérieur, allant du Ier au IVe segment cervical, qui envoie ses fibres au spinal.

Un tronçon moyen le plus important allant du Ier segment dorsal au IVe segment lombaire ; les fibres qui en émanent aboutissent à la chaîne latérale des ganglions sympathiques par les « rami communicantes » blancs.

Un tronçon inférieur situé au-dessous du IIe segment sacré dont les fibres se rendent au nerf pelvien.

Au-dessus de la moelle les centres organo-végétatifs forment successivement :

Le noyau pupillaire du moteur oculaire commun situé à la partie antérieure du noyau de ce nerf.

Le noyau lacrymo-muqueux du facial situé en dedans du noyau de ce nerf.

Le noyau salivaire supérieur de l'intermédiaire.

Le noyau salivaire inférieur du glosso-pharyngien.

Le noyau dorsal du vague.

Le noyau bulbaire et médullaire du spinal.

Et peut-être un noyau au niveau des origines de l'hypoglosse.

A la partie inférieure de la moelle, au-dessous du IVe segment lombaire, on trouve un dernier groupement situé un peu en avant du groupe intermédio-latéral, c'est le *groupe médio-ventral* dont les fibres se rendent au nerf pelvien.

Ces divers centres axio-nerveux sont reliés aux centres ganglionnaires par des fibres blanches à myéline plus petites que celles de la vie de relation. Elles empruntent :

A la partie supérieure, la voie des nerfs craniens;

A la partie moyenne, les « rami communicantes » blancs;

A la partie inférieure, le nerf pelvien.

3° **Centres ganglionnaires.** — Les fibres issues des centres axio-nerveux aboutissent toutes à des ganglions. Mais suivant que ces ganglions sont plus ou moins rapprochés du névraxe on distingue :

a. Des *ganglions de la chaîne latérale* ou sympathiques proprement dits qui sont dans une dépendance assez étroite vis-à-vis des centres axiaux.

b. Des *ganglions organiques* plus éloignés que l'on classe suivant leur rôle en somatiques et splanchniques. A cette classe appartiennent les ganglions annexés aux nerfs craniens, ceux du plexus solaire, mésentérique, etc.

c. Des *ganglions parenchymateux* ou intraviscéraux situés dans la paroi des organes, largement indépendants des centres axiaux.

Le *tissu nodal*, récemment mis en évidence au niveau du cœur, de l'intestin et de la vessie, paraît devoir être rattaché au système végétatif bien qu'on ne soit pas encore fixé sur sa nature.

En résumé :

Le système centrifuge organo-végétatif peut être considéré comme constitué par une succession de trois neurones :

Un *neurone central* mal connu allant de l'écorce ou des noyaux gris aux centres axiaux.

Un *neurone axio-ganglionnaire* dont le corps cellulaire siège dans l'axe nerveux et dont les fibres sont des fibres à myéline fines.

Elles aboutissent, soit à des ganglions rapprochés, soit à des ganglions périphériques après avoir traversé sans interruption un ou plusieurs ganglions rapprochés.

Un *neurone ganglio-somatique ou ganglio-splanchnique* dont le corps se trouve dans un ganglion et dont les fibres dépourvues de myéline (fibres de Remak) se rendent, soit dans les tissus ou les vaisseaux, soit dans les organes.

Ces neurones possèdent des collatérales qui les unissent dans le sens transversal et dans le sens longitudinal.

Le *système sensitif organo-végétatif* est mal connu dans son anatomie.

On pense que ses fibres suivent le même trajet que celles de la sensibilité de la vie de relation et aboutissent dans la moelle à la colonne de Clarke et

aux cellules éparses qui prolongent cette colonne au-dessus du VIII[e] segment cervical et au-dessous du II[e] segment lombaire.

Les fibres issues de ces cellules empruntent pour la plupart la voie du faisceau cérébelleux direct.

Physiologie générale. — Le fonctionnement du système nerveux organo-végétatif ne diffère pas essentiellement de celui de la vie de relation. Il s'en sépare cependant sur les points suivants :

1° Il se produit le plus souvent suivant le mode réflexe, inconscient et involontaire.

2° Il est en relations tellement étroites avec les glandes à sécrétion interne que certains auteurs réunissent système végétatif et glandes endocrines en un seul et vaste système neuro-glandulaire.

3° On peut décrire dans le système nerveux végétatif deux groupements possédant des fonctions antagonistes et qui doivent s'équilibrer pour le fonctionnement normal des organes : le sympathique proprement dit et le parasympathique.

1° Réflexes organo-végétatifs. — Les centres supérieurs que nous avons décrits dans la corticalité et les noyaux opto-striés ont une action certaine sur les réactions végétatives, l'influence des émotions est bien connue de tous.

Mais ces centres supérieurs ont une action passagère contingente et dans l'ensemble le système végétatif est essentiellement un système réflexe.

Le réflexe de la vie végétative est calqué sur celui de la vie de relation dont il suit toutes les lois. Comme pour celui-ci nous étudierons les excitants, la voie centripète, le centre réflexe, la voie centrifuge.

A. Les excitants. — Comme ceux de la vie de relation ils peuvent être : mécaniques, chimiques ou physiques. Cependant ils seront d'autant plus efficaces qu'ils se rapprocheront plus des excitants normaux des divers organes.

C'est ainsi que l'intestin est peu sensible à la section, beaucoup plus sensible à la distension ou à une excitation chimique.

Lorsque l'excitation est faible elle se borne à provoquer un réflexe inconscient, lorsqu'elle est forte elle passe dans le système de la vie de relation et donne naissance à une douleur.

B. La voie centripète est mal connue dans son trajet et sa distribution.

On pense qu'elle aboutit, soit aux ganglions, soit à la moelle dans la colonne de Clarke.

Elle peut emprunter la voie sensitive générale donnant lieu à des réflexes mixtes sensitivo-végétatifs.

C. Les centres réflexes sont les divers centres que nous avons décrits dans l'axe nerveux et les ganglions. On aura ainsi :

Des *réflexes courts* à territoire limité dont le centre se trouve dans les ganglions périphériques.

Des *réflexes moyens* à territoire plus étendu, unilatéral, par exemple, dont le centre se trouve dans les ganglions de la chaîne latérale.

Des *réflexes longs* à effet généralisé dont le centre se trouve dans le névraxe.

Au niveau des centres réflexes se fait l'articulation des neurones centrifuges et centripètes, cette articulation a reçu le nom de *synapse*.

Ce synapse neuro-neural a été comparé à une membrane semi-perméable interposée entre deux solutions colloïdales et réglant le passage de l'influx nerveux dans un seul sens ; il est fonctionnellement supprimé par la nicotine.

Il faut ajouter que ces réflexes simples ne sont pas les seuls existant. Soit par les collatérales, soit par des neurones d'association une même excitation peut se propager à plusieurs neurones centrifuges donnant des réflexes plus ou moins généralisés.

D. La voie centrifuge. — Elle est constituée par des neurones qui, partant d'un des centres précités, aboutissent avec ou sans interruption aux formations qui sont sous leur dépendance : glande endocrine ou exocrine, muscle lisse, etc.

Elle peut aboutir aussi à un de ces systèmes autonomes neuro-musculaires que nous avons signalés au niveau du cœur, de l'intestin et de la vessie. Le système végétatif a ainsi une action sur les systèmes autonomes, mais cette action n'est pas indispensable à leur fonctionnement.

2° Relations avec les glandes endocrines. — Il existe des relations étroites entre le système nerveux végétatif et les glandes endocrines, à tel point que certains auteurs les considèrent comme faisant partie d'un seul système neuro-glandulaire.

On est amené à cette conception par des faits d'ordre embryologique, physiologique et anatomique.

Embryologie. — Le système végétatif et les glandes endocrines ont en plusieurs points une origine commune.

L'exemple des glandes chromaffines qui dérivent comme le sympathique des sympathicogonies et l'exemple du lobe postérieur de l'hypophyse sont les plus frappants.

Anatomie. — L'histologie démontre la présence d'éléments nerveux très abondants dans les surrénales, les ovaires, la thyroïde.

Physiologie. — La physiologie montre que les glandes endocrines renforcent, diffusent et continuent l'effet de l'excitation du système végétatif par la diffusion de leur produit de sécrétion : les « chemical messengers ».

Ainsi l'excitation du splanchnique produit de l'hypertension par vaso-constriction abdominale mais aussi en provoquant une hypersécrétion d'adrénaline qui continue, renforce et généralise l'effet vasoconstricteur primitivement localisé aux viscères abdominaux.

On a pu ainsi décrire des *réflexes humoraux*, dans lequel l'effet final a été obtenu par l'intermédiaire d'une sécrétion interne.

Nous allons voir que chaque glande endocrine est plus particulièrement liée à une des subdivisions du système végétatif et contribue à en renforcer les réactions.

3° Sympathique et parasympathique. — L'anatomie nous a montré qu'il existe, dans le système organo-végétatif, trois grandes divisions :

Une partie supérieure prenant naissance dans les centres situés au-dessus de la moelle et dont les fibres empruntent la voie des nerfs craniens.

Une partie moyenne ou thoraco-lombaire dont l'origine se trouve dans le groupe intermédio-latéral sur toute la hauteur de la moelle, sauf au niveau des renflements brachial et crural et dont les fibres se

rendent par les rami communicantes blancs aux ganglions de la chaîne latéro-vertébrale. C'est le sympathique vrai des anciennes descriptions.

Une partie inférieure ou sacro-coccygienne naissant dans le groupe médio-ventral de la moelle au-dessous du IVe segment lombaire et dont les fibres forment le nerf pelvien.

Or, la physiologie démontre que la partie moyenne possède, en général, des fonctions antagonistes des deux autres parties. On a été ainsi amené à distinguer :

Un sympathique vrai ou thoraco-lombaire.

Un parasympathique divisé en deux parties :

Une partie cranienne surtout représentée par le vague.

Une partie pelvienne.

Le SYMPATHIQUE est un système à action diffuse, généralisée à tout le corps ; c'est le système vasodermal de Gaskell.

Il préside à la contraction des *muscles lisses* des vaisseaux, de la peau, des organes génitaux, de l'uretère et du sphincter vésical.

Il inhibe les mouvements du tube digestif, de l'estomac jusqu'au rectum et fait contracter les sphincters lisses dans le même territoire.

Il accélère le rythme du cœur.

Il dilate la pupille et provoque l'exophtalmie.

Il tient, sous sa dépendance, un certain nombre de glandes :

Glandes exocrines (sudoripares), mais surtout glandes endocrines du système chromaffine, dont la sécrétion reproduit, à peu près, tous les signes de la sympathicotonie (action mimétique de Guillaume), thyroïde, glandes sexuelles et lobe postérieur de l'hypophyse.

Il exagère enfin les échanges, le métabolisme basal des auteurs américains.

Il agit, plus particulièrement, sur le métabolisme des hydrates de carbone et sur la régulation de la glycémie, soit par action directe sur le foie, soit par action sur le système chromaffine.

On lui reconnaît encore une *action trophique* sur la nutrition des tissus et une fonction de régulation du tonus musculaire, mais ce dernier fait est encore très discuté.

Le PARASYMPATHIQUE est un système à action limitée, un système d'organes, ses attributions sont surtout d'ordre digestif (système endodermal de Gaskell).

Ses ganglions se trouvent loin du névraxe, près des viscères et ne peuvent fournir que des arcs réflexes courts, des associations régionales d'organes.

Le PARASYMPATHIQUE CRANIEN fait contracter les muscles du tube digestif, depuis l'œsophage jusqu'au gros intestin, fait sécréter de nombreuses glandes exocrines, en particulier, les glandes annexes du tube digestif.

Il rétrécit la pupille et commande la contraction du muscle ciliaire.

Il fait contracter les muscles bronchiques.

Il ralentit le rythme cardiaque.

Le PARASYMPATHIQUE PELVIEN assure l'innervation motrice du gros intestin et du muscle vésical, sauf le sphincter.

Il donne l'innervation vaso-motrice aux organes génitaux (érection).

Dans son ensemble, le parasympathique tient, sous sa dépendance, un certain nombre de glandes endocrines, mais leur action synergique mimétique est moins nette que pour le sympathique vrai et les glandes chromaffines.

On lui a rattaché : le cortex surrénal, les îlots de Langherans, les parathyroïdes, le thymus.

Il ralentit les échanges et diminue le métabolisme basal. C'est un système formateur de réserves, par son action sur le tube digestif et ses glandes annexes et par son action sur le métabolisme.

En résumé :

L'antagonisme du sympathique et du parasympathique n'est pas seulement un antagonisme de détail, comme celui que l'on peut observer au niveau de la pupille ou du cœur. C'est un antagonisme vrai qui oppose les fonctions générales des deux systèmes.

Le sympathique et les glandes endocrines associées (glandes chromaffines surtout) forment un système général à action diffuse dans tout l'organisme; c'est un système désassimilateur, producteur d'énergie.

Le parasympathique et les glandes endo et exocrines associées (surtout glandes annexes du tube digestif) est un système à action limitée, un système d'organes. Il est plus particulièrement destiné au tube digestif dont il favorise au plus haut point le fonctionnement. C'est un système assimilateur, formateur de réserves.

De l'équilibre de ces deux systèmes, résulte l'équilibre normal de l'organisme; que l'un des deux soit hyper ou hypotonique, il en résultera un déséquilibre aboutissant suivant les cas à divers états pathologiques.

Pathologie générale. — Des causes multiples : infectieuses, toxiques (endogènes ou exogènes), psychiques ou réflexes peuvent provoquer des perturbations du système végétatif et la constitution d'un syndrome révélant son atteinte.

On pourra ainsi observer :

L'hypertonie du sympathique vrai ou thoraco-lombaire ou *sympathicotonie.*

L'hypertonie du parasympathique cranio-pelvien ou *parasympathicotonie.*

L'hypertonie globale du système végétatif ou *neurotonie.*

L'hypotonie globale du système végétatif.

C'est à dessein que nous n'avons pas mentionné la paralysie isolée de l'un des deux systèmes sympathique ou parasympathique. En effet, il est pratiquement impossible de les distinguer des états d'hypertonie de système opposé. Ainsi, l'accélération cardiaque, signe de sympathicotonie, peut être aussi causée par une atonie du vague, sans que, dans l'état actuel de nos connaissances, on puisse nettement distinguer ces deux états.

Nous envisagerons successivement dans cette étude : les moyens d'exploration du système végétatif et les grands syndromes de lésion de ce système. Nous terminerons par une brève énumération des états pathologiques dans lesquels on peut déceler une participation importante du système végétatif.

1° Séméiologie organo-végétative. — Pour explorer les fonctions du système nerveux organique, on dispose de plusieurs méthodes dont aucune n'est parfaite, mais dont les résultats comparés peuvent amener, le plus souvent, à un diagnostic exact.

Les plus importantes sont :

L'examen des réflexes végétatifs.

L'étude de l'action de diverses sécrétions endocrines et de substances chimiques à effet électif.

L'étude du métabolisme basal et particulièrement du métabolisme des hydrates de carbone.

A. Réflexes végétatifs. — Nous étudierons seulement les deux plus importants et les mieux connus.

Le réflexe oculo-cardiaque (Aschner, 1908) s'obtient par compression manuelle ou instrumentale des globes oculaires, manœuvre qui provoque, à l'état normal, un ralentissement cardiaque de 10 à 16 pulsations (Barré).

C'est un réflexe à centre bulbaire empruntant la voie centripète du trijumeau et la voie centrifuge du vague.

Il est exagéré dans le cas de vagotonie et de neurotonie, absent ou inversé dans le cas de sympathicotonie, absent dans le cas de lésion destructive des centres bulbaires, du vague ou du trijumeau.

La compression oculaire provoque, outre le ralentissement cardiaque des phénomènes gastriques, respiratoires, polyuriques, etc., mais ces réactions sont encore insuffisamment connues.

Le réflexe pilo-moteur (A. Thomas) est provoqué par diverses sensations : froid, chatouillement, frôlement de la peau, etc.

Dans certaines régions (nuque, région axillaire), l'excitation de la peau provoque un réflexe généralisé à toute une moitié du corps tête et face comprises.

Ce réflexe unilatéral total a son centre au-dessus de la moelle et c'est la sensation désagréable produite par l'excitation de la peau qui le provoque. En effet, la seule vue d'une compresse froide suffit à le provoquer. Il s'agit donc d'un réflexe compliqué. Il existe encore des réflexes locaux ayant leur centre dans la moelle et que l'on peut mettre en évidence dans le cas de section complète de la moelle avec restauration de l'automatisme médullaire.

Le réflexe pilo-moteur emprunte la voie centrifuge du sympathique vrai et peut servir à l'exploration de ce système. Il est exagéré en cas de sympathicotonie, diminué ou aboli dans tous les cas de lésion des voies sympathiques centrales ou périphériques.

B. Epreuves pharmacologiques. — Le produit de certaines glandes endocrines reproduit partiellement ou totalement les effets de l'excitation de l'une des grandes divisions du système végétatif (hormones mimétiques de Guillaume).

Il existe des substances chimiques qui possèdent les mêmes propriétés et on peut se servir des unes et des autres pour explorer le tonus végétatif.

L'*adrénaline*, produit de sécrétion du système chromaffine, est le type des substances sympathomimétiques. L'injection sous-cutanée de 1 milligramme d'adrénaline fait apparaître ou exagère les signes de la sympathicotonie.

Elle produit, chez de tels malades, une glycosurie après absorption de 100 grammes de glucose.

Elle est inactive chez les sujets sains et les vagotoniques.

Les autres produits endocriniens, extraits hypophysaires thyroïdiens ou ovariens donnent des résultats plus difficiles à interpréter.

L'*atropine*, un quart à 1 milligramme paralyse le vague et peut faire disparaître les signes de la parasympathicotonie.

La *pilocarpine*, 1 centigramme sous la peau exagère, ou fait apparaître les signes de la vagotonie.

Elle est inactive chez les sujets sains et les sympathicotoniques.

La jusquiame, l'ésérine, la muscarine paralysent le sympathique, mais leurs effets sont moins nets.

C. Etude du métabolisme. — Le *métabolisme basal* ou général est augmenté dans la sympathicotonie, diminué dans les états vagotoniques. Sa mesure nécessite des appareils spéciaux surtout employés par les Américains.

Epreuve de la tolérance aux hydrates de carbone. — On fait ingérer à jeun 100 grammes de glucose, cette dose ne provoque aucune glycosurie à l'état normal. Il s'en produit, au contraire, pour cette dose ou des doses moindres chez les sympathicotoniques. La tolérance au sucre est augmentée dans le cas de vagotonie.

2° **Les grands syndromes végétatifs.** — *A.* Sympathicotonie. — Elle peut être provoquée par des infections et des intoxication exogènes ou endogènes agissant directement sur le sympathique ou sur un système endocrinien associé : appareil thyroïdien ou système chromaffine.

Les sympathicotoniques sont des émotifs, à caractère irritable, présentant des phénomènes vasomoteurs intenses à la moindre occasion (dermographisme, bouffées de chaleur, etc.).

Les yeux sont légèrement saillants et brillants, la peau est sèche, le phénomene de la chair de poule est facile à provoquer, il y a souvent du tremblement.

Les digestions sont lentes avec retard de l'évacuation gastrique.

Il existe une tachycardie régulière, permanente, moyenne (100 à 120) avec des paroxysmes surajoutés atteignant 130-150, mais ne dépassant jamais 180.

Le choc de la pointe est énergique, les bruits du cœur sont éclatants, il y a souvent des souffles extracardiaques.

Il y a souvent de l'hypertension artérielle modérée élevant la maxima de 1 à 3 centimètres.

Les sujets ne réagissent pas à la pilocarpine, mais réagissent violemment à l'adrénaline (malaise, tachycardie, hypertension, glycosurie) et à l'atropine (sécheresse de la gorge, tachycardie, mydriase).

Le *traitement* de ces états sympathicotoniques comprendra :

Une cure de repos physique et moral.

La prescription de quelques médicaments : salicylate de soude ou quinine, on pourra aussi essayer l'ésérine en injection sous-cutanée à la dose de 1 milligramme.

Enfin, si l'hyperthyroïdie paraît être à l'origine des accidents, on emploiera souvent avec succès l'hémato-éthyroïdine.

B. Parasympathicotonie ou vagotonie. — La vagotonie peut résulter d'une hypertonie vraie du parasympathique ou d'une paralysie du sympathique. Elle constitue plutôt un tempérament qu'une maladie et ses causes sont mal connues.

Les vagotoniques sont des sujets jeunes (il existe une vagotonie normale, mais peu marquée dans l'enfance), leurs pupilles sont étroites, ils présentent des sueurs abondantes, de la sialorrhée avec aéro-

phagie et éructations. L'hypersécrétion gastrique est fréquente et aboutit parfois à l'ulcus qui, à son tour, entretient la vagotonie.

Il y a de la *bradycardie* et de l'arythmie respiratoire.

Cette bradycardie est de type sinusal, moyenne (50 environ), permanente ; elle peut présenter des troubles fonctionnels avec paroxysmes allant jusqu'à la syncope, mais jamais de crises épileptiformes. On a même décrit des bradycardies vagotoniques par dissociation auriculo-ventriculaire incomplète que l'épreuve de l'atropine et du nitrite d'amyle permettra de différencier des bradycardies par lésion anatomique du faisceau de His.

Le réflexe oculo-cardiaque est exagéré.

Ces sujets ne réagissent pas à l'adrénaline, par contre, la pilocarpine (1 centigramme sous la peau) provoque chez eux de la sialorrhée, des sueurs abondantes, de la rougeur de la peau et une chute marquée de la tension artérielle.

Cet état répondrait à une insuffisance glandulaire du système chromaffine et coexisterait avec un développement anormal du système lymphatique (état thymo-lymphatique de Paltauf).

Le *traitement* différera suivant les cas :

Atropine et belladone contre la vagotonie vraie, extraits surrénaux ou thyroïdiens si l'on pense à une déficience du sympathique thoraco-lombaire ou de ses glandes associées (thyroïde-surrénale).

Les glandes sudoripares qui, physiologiquement, sont sous la dépendance du sympathique vrai, réagissent en pathologie sous l'influence du parasympathique ; ce fait n'a pas encore reçu d'explication.

C. Neurotonie. — C'est l'hyperexcitabilité globale du système végétatif. C'est la « prédisposition vagotonique » de Heppinger et Hess, terme défectueux.

Il s'agit de sujets jeunes, de constitution faible, des « nerveux ». Le facies est pâle avec des rougeurs subites à la moindre émotion. Les mains sont violacées, moites et froides.

Les transpirations sont faciles et abondantes, la sueur coule en filet des aisselles, pendant l'examen.

Ces malades ont souvent des végétations adénoïdes et sont sujets aux angines. Le réflexe pharyngé est aboli.

L'éréthisme cardiaque est net, sans tachycardie.

Le pouls est instable, se ralentissant ou s'accélérant au moindre effort. L'arythmie extrasystolique est fréquente.

L'appétit est bon, mais il y a souvent sensation de pesanteur après les repas, du pyrosis, de l'aérophagie.

Les réflexes sont vifs, il y a souvent du tremblement des paupières et des doigts.

Il y a de la phosphaturie ; l'excitabilité sexuelle est exagérée.

D. L'atonie générale du système végétatif. — N'existe guère cliniquement à l'état chronique. On a pensé que la déficience aiguë pouvait être à l'origine de l'état de shock.

Ces syndromes, tels que nous les avons décrits n'ont que la valeur de schémas dont les syndromes réels s'écartent plus ou moins. Tels quels ils orientent le clinicien et permettent souvent de poser d'utiles indications thérapeutiques.

3° **Le système végétatif en pathologie.** — On peut retrouver dans une foule d'états morbides des signes traduisant l'atteinte du système végétatif, les énumérer serait passer en revue presque toute la pathologie.

Signalons cependant particulièrement :

L'asthme qui éclate sur un terrain vagotonique.

L'angine de poitrine.

Les névroses gastro-intestinales.

Les phénomènes dits réflexes.

Ces phénomènes réflexes sont d'ordre sensitif (névralgies), moteur (contracture), trophiques ou vasomoteurs ; ils s'observent au cours des affections viscérales et ont pour caractère essentiel de se produire dans le territoire métamérique correspondant au viscère en cause ; ils ont donc une correspondance embryologique et non directe avec ce viscère.

La pathologie végétative est donc immense et son domaine encore mal délimité s'étend chaque jour. Les acquisitions modernes sur cette question ont orienté les recherches et mettent des moyens d'observation très précieux entre nos mains.

— Pour la bibliographie de cette question, nous renvoyons à l'ouvrage récent de Guillaume (1) auquel nous avons fait de larges emprunts et qui contient un index bibliographique extrêmement complet.

ACTUALITÉS

LE « CRI DU DOUGLAS » (RÉFLEXE D'ALBERTIN)

Tous les cliniciens connaissent la sensibilité du cul-de-sac postérieur du vagin à l'exploration digitale, lors de lésions inflammatoires de l'appareil utéro-annexiel.

A la Société de chirurgie de Lyon (26 janvier 1922), Albertin a décrit un fait curieux qu'il avait observé depuis bien longtemps (1904) et qu'il s'était borné à signaler aux internes qui se sont succédé dans son service de gynécologie de la Charité et à ses collègues de Lyon.

Dans le cours d'une laparotomie où il avait à pratiquer une castration, il eut à assécher le fond du cul-de-sac de Douglas à l'aide d'un tampon monté sur une pince. Il remarqua qu'à chaque application du tampon dans le Douglas, il se produisait, chez la malade anesthésiée, un réflexe inspiratoire.

Ce réflexe se traduisait par une inspiration bruyante avec un bruit spécial, rauque, un « oh ! » prolongé, se produisant au niveau de l'espace pharyngo-laryngé, lors du passage de la colonne d'air inspiré.

En répétant la manœuvre du tampon appuyé sur le Douglas, il put reproduire à volonté, ce réflexe inspiratoire.

Il donna à ce phénomène le vocable de *cri du Douglas*, auquel il me paraît juste d'ajouter *réflexe d'Albertin.*

A Lyon, les chirurgiens ont eu, depuis que ce fait leur avait été signalé par Albertin, l'occasion de constater ce réflexe, de le produire à maintes reprises pour le montrer à leur assistance. Ce réflexe qui a son point de départ dans l'impression produite sur les filets sympathiques de la région (voies centripètes), a sa voie de retour dans le pneumogastrique. Ce dernier réagit en produisant l'inspi-

(1) Guillaume. *Le sympathique et les systèmes associés*, 2e édit., Paris 1921, Masson et Cie.

ration profonde, accompagnée du bruit rauque pharyngo-laryngé qui s'explique par l'inertie des organes, vibrant sous l'influence du passage de l'air inspiré, inertie résultant de l'anesthésie.

Ce fait physiologique curieux, s'explique bien par la richesse d'innervation de cette région et il permet de comprendre la raison d'une multitude d'actions à distance, se produisant à l'occasion de lésions pathologiques de tout ordre, localisées dans cette région et agissant sur le sympathique.

RENÉ LERICHE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1923)

La rate, organe utile, non nécessaire. — D'une série d'expériences sur des chiens normaux et sur des chiens dératés, soumis à un jeûne prolongé, M. Charles RICHET conclut que si la rate n'est pas un organe nécessaire, comme le foie, le pancréas, les reins ou les surrénales, elle n'en a pas moins un rôle utile à la nutrition, probablement en réglant et par conséquent en diminuant la dénutrition.

Le microbe de l'avortement épizootique se distingue de celui de la fièvre méditerranéenne par l'absence de pouvoir pathogène pour l'homme. — Les recherches de MM. Charles NICOLLE, Et. BURNET et E. CONSEIL démontrent qu'il est possible de substituer, dans la pratique du sérodiagnostic de la fièvre méditerranéenne, les cultures du *Bacillus abortus* non pathogène pour l'homme à celles du *Micrococcus melitensis;* cette modification de technique mettra le personnel des laboratoires à l'abri d'une contamination qui a fait déjà bien des victimes.

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1923)

Choc et réactions parasympathiques. — M. J. GAUTRELET.

Mode d'action du bismuth dans les trypanosomiases et les spirilloses. — MM. C. LEVADITI et S. NICOLAU.

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1923)

Rôle du facteur « terrain » dans l'évolution de la tuberculose expérimentale chez le cobaye. — MM. A. CALMETTE, A. BOQUET et L. NÈGRE concluent de leurs expériences, qui ont porté sur un grand nombre d'animaux, « qu'en ce qui concerne le lapin et le cobaye, dont la réceptivité à l'égard des tuberculoses expérimentales est si remarquablement constante, la durée d'évolution de la maladie, toutes autres conditions étant égales, d'ailleurs, est fonction de la quantité de bacilles introduite, en une seule fois, dans l'organisme jusqu'alors vierge de toute infection tuberculeuse antérieure. Le facteur « terrain » n'intervient en aucune manière pour modifier cette durée d'évolution de la maladie, produite par l'absorption d'un nombre déterminé de bacilles ».

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 MAI 1923)

Intoxication par les champignons. — M. RIBEMONT-DESSAIGNES communique une note relative à des accidents nerveux résultant d'une intoxication par les champignons.

Trois années de surexpertise militaire concernant la tuberculose pulmonaire. — M. Léon BERNARD rapporte les données de la statistique des cas qu'il a observés au cours des surexpertises dont il est chargé depuis trois années ainsi que les réflexions que cette expérience lui a suggérées. Il a recueilli 323 cas qui se départagent ainsi : 195 sujets atteints de tuberculose, 128 indemnes de cette maladie.

Sur les 195 tuberculeux, 60 étaient bacillifères. Ce chiffre minime n'a rien de surprenant, puisque seuls devraient faire l'objet d'une surexpertise les cas litigieux ou obscurs.

Les non bacillifères se répartissent ainsi : 25 atteints de signes physiques, fonctionnels et généraux traduisant une lésion de nature tuberculeuse; 86 ne présentant que des manifestations qui peuvent donner lieu à des divergences d'interprétation mais que l'auteur rattache à des scléroses apexiennes inactives; enfin, 24 sujets avaient eu antérieurement des phénomènes de tuberculose évolutive avec présence de bacilles dans les crachats mais les ont vu s'éteindre et les bacilles disparaître; il s'agit là de véritables guérisons cliniques, faits moins rares qu'on ne pourrait le croire.

Des 128 cas où la tuberculose a pu être éliminée, relèvent 17 cas de bronchites toxiques par les gaz; 53 cas d'affections diverses n'ayant aucun rapport avec la tuberculose; 58 sujets parfaitement bien portants.

C'est dans cette catégorie que l'on voit régner l'erreur de diagnostic; la timidité à affirmer l'intégrité de la santé, les abus déjà signalés.

Mais, somme toute, ces abus procèdent plus de l'application de la loi que de la loi elle-même. En ce qui concerne du moins la tuberculose, la plupart de ces abus pourraient être écartés en modifiant sur certains points non pas le texte de la loi mais son application.

A la base même de ces abus, mauvaise organisation des expertises qui amène trop de médecins à une distribution excessive de pensions à la faveur, soit de diagnostics erronés, soit d'interprétations élargies du texte légal. En second lieu, il conviendrait de modifier l'application de l'article 5 en déterminant les limites de la présomption d'origine; de l'article 7 en distinguant le caractère définitif de la pension de celui du taux de pension, enfin de l'article 9 en vue d'établir un barème des taux de pension pour les tuberculeux pulmonaires non bacillifères.

M. SERGENT constate que les faits apportés par M. Bernard sont une nouvelle confirmation de l'opinion qu'il a soutenue. Il est bien entendu, dit M. Sergent, que nous ne demandons pas de retour vers le passé. Nous demandons qu'on fasse en sorte qu'à l'avenir ne se renouvellent pas les abus que nous avons constatés.

La voie transeptale pour aborder le sinus sphénoïdal de la selle turcique. — M. le professeur SIGURA fait une communication très technique sur ce sujet.

M. LE PRÉSIDENT, en forts bons termes, remercie M. Sigura de son intéressante communication, de sa constante fidélité, de son amitié pour la France.

La souplesse respiratoire, sa valeur dans l'éducation du chant. — M. Georges ROSENTHAL décrit sous le nom de souplesse respiratoire la possibilité pour un sujet de faire au spiromètre l'épreuve de la capacité vitale ou à l'air courant à une vitesse déterminée. Un sujet normal émet les 3 litres et demi de sa spirométrie à volonté en six à trente secondes avec ou sans arrêts au commandement. La souplesse respiratoire peut se mesurer avec le masque de Pech. Elle doit persister, soit au cours d'épreuves successives (épreuve de résistance de souplesse), soit après des exercices physiques modérés. La souplesse respiratoire est indépendante de la capacité vitale.

Elle est la qualité fondamentale du chanteur. Nombre d'artistes à émissions réputées ont une faible capacité vitale (2 litres et demi par exemple) avec une souplesse développée.

Il est facile d'éduquer le chanteur dans ce sens en lui faisant travailler la souplesse des petites doses. Il devient souple de son air courant et arrive à moduler sa capacité vitale.

L'éducation de la souplesse respiratoire retentit sur l'augmentation de la capacité vitale.

Signalons deux rapports, l'un de M. BERNARD sur des mesures hygiéniques prises dans le département du Var et dus à l'heureuse initiative de M. le Préfet de ce département, véritable protecteur de la santé publique; l'autre de M. CARNOT au nom de la Commission des sérums.

Parmi les présentations, signalons un opuscule offert à l'Académie par son auteur M. GUÉNIOT et intitulé : *La Guêpe.* C'est une étude des mœurs de cet insecte qui, d'après M. Guéniot, ne mérite pas la réputation de cruauté qui lui est faite. Il ne deviendrait méchant que quand on l'attaque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1923)

Hyperextension de la nuque et du dos avec dolichocéphalie chez le nourrisson. — MM. RIBADEAU-DUMAS et FOUET. (Présentation de deux nourrissons.)

Anévrisme de l'aorte abdominale à forme algique simulant le syndrome duodénal. Anévrisme de l'aorte thoracique concomitant, fonctionnellement latent. — MM. Ch. LAUBRY et Daniel ROUTIER présentent un malade âgé de cinquante et un ans se plaignant, depuis deux ans, de douleurs très vives survenant chaque jour six heures après .

Les douleurs siègent à l'épigastre, elles s'accompagnent parfois de vomissements de liquide clair et acide, jamais d'aliments. Elles irradient souvent dans tout l'abdomen. Elles durent plusieurs heures et se calment peu à peu. La sédation s'obtient quelquefois par l'ingestion alimentaire, ou le fait de se coucher. Comme antécédent pathologique : fièvre typhoïde à treize ans, Wassermann négatif.

A l'examen, on note une tumeur épigastrique, grosse comme une orange avec expansion légère. Avec, à l'auscultation un souffle systolique.

A l'écran, l'aorte thoracique est sacciforme ou oblique, la position sus-diaphragmatique de l'aorte présente une dilatation sphérique de la grosseur d'une orange. Les tracés montrent une précession fémorale qui confirment les observations précédemment publiées par MM. Laubry, Mougeot et R. Giroux.

Un cas de maladie de Dercum. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et R. LARGEAU montrent une syphilitique de vingt-cinq ans, atteinte depuis sept ans de syndrome de Dercum caractérisé par un œdème segmentaire douloureux des membres inférieurs, laissant indemnes les pieds. Il n'existe pas de perturbations endocriniennes appréciables, mais le corps thyroïde est petit. L'opothérapie thyroïdienne n'a pas modifié l'état clinique. L'épreuve du métabolisme basal, pratiqué aussitôt après le traitement thyroïdien, puis après arrêt prolongé de la cure, a montré que la production des calories au repos et à jeun par heure et par mètre carré de surface était sensiblement normale. En raison du signe d'Argyll Robertson et de la réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien, la malade a reçu 4g50 de novarsénobenzol.

Ce traitement, qui va être continué, n'a pas encore mordu sur le syndrome de Dercum.

Encéphalite épidémique avec herpès labial. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et R. LARGEAU montrent un jeune homme de dix-huit ans qui, pris brusquement, le 12 janvier, d'algies du membre inférieur droit suivies de secousses myocloniques de la cuisse droite, de l'abdomen et du diaphragme à prédominance droite, eut des troubles respiratoires et cardiaques (polypnée et extrasystoles) avec oligurie, glycorachie (0g30) et hyperglycémie (3g10 par la méthode de Bertrand).

Or, le 23 janvier avec une température régulière de 37°5, le matin et 38 degrés le soir, apparut une efflorescence d'herpès labial, qui dura quatre jours.

L'amélioration fut bientôt telle que la malade sortit de l'hôpital au début de mars.

Ce fait est intéressant en raison de l'hyperglycémie, des secousses diaphragmatiques, des extrasystoles et de l'herpès, dont la coïncidence clinique avec l'encéphalite est beaucoup plus rare que le fait supposer l'expérimentation montrant les relations étroites des ultravirus encéphalitiques et herpétiques neurotropes et dermotropes.

Paralysie générale galopante et fébrile. — MM. L. MARCHAND et R. MIGNOT. Un sujet, syphilitique depuis huit ans, présente, à l'âge de trente-trois ans, les premiers symptômes de la paralysie générale. L'affection revêt une forme aiguë et la mort survient neuf mois après le début des accidents. Pendant toute la durée de l'internement, fièvre oscillant entre 38 degrés et 39 degrés sans que l'examen des grands appareils n'ait décelé rien de particulier, sans que le sujet ait présenté d'ictus. L'autopsie et l'examen histologique ne révèlent aucune lésion importante dans les divers organes autre que le cerveau.

La température élevée semble, dans ce cas, due aux lésions méningo-corticales, d'ailleurs particulières. L'infiltration de le pie-mère cérébrale, cérébelleuse et bulbaire est très accusée; les prolongements pie-mériens des sillons sont bourrés de corps granuleux ; l'encéphalite n'est pas plus intense que dans les cas de paralysie générale apyrétique.

Il est curieux de noter l'intégrité relative du foie, de la rate et des reins chez un individu atteint d'une forme si aiguë de paralysie générale.

Le réflexe oculo-cardiaque dans les oreillons. — M. René BÉNARD a constaté que, dans les oreillons, il semble que l'hypertonie pneumo-gastrique permanente qui caractérise les oreillons, loin de favoriser le réflexe oculo-cardiaque, s'y oppose ou en élève le seuil, comme si le nerf en état d'hypertonie permanente, présentait une sorte d'état réfractaire à toute excitation surajoutée.

Note sur l'action du traitement de la paralysie générale par les arsenicaux. — M. René TARGOWLA a traité trois paralytiques généraux, pendant plusieurs mois, par des injections sous-cutanées de sulfarsénol à petites doses répétées, tous les deux jours. Cliniquement, une légère amélioration a été constatée dans le premier cas; l'état du deuxième malade est resté stationnaire ; le troisième malade s'est aggravé indépendamment du traitement. Au point de vue biologique, le syndrome humoral s'est atténué dans le premier cas, s'est légèrement réduit dans le deuxième et s'est, au contraire, accentué dans le troisième. La lymphocytose est plus variable que l'albuminose totale. Ces constatations confirment celles qu'avait faites M. Targowla, au cours de l'évolution spontanée.

M. SICARD pense que le traitement ne guérit pas la paralysie, mais peut la fixer pendant un certain temps.

M. PINARD partage l'opinion de M. Sicard, mais il s'adresse aux grosses doses.

Un cas de myoclonie oculaire. — M. DEMÈTRE-PAULIAN.

Polynévrite émétinique. — MM. ARDIN-DELTEIL, AZOULAY et SALLES.

Méningo-radiculite syphilitique et syndrome de Froin. — MM. ARDIN-DELTEIL, LÉVI-VALENSI et DERRIEN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1923)

Hydronéphrose intermittente. — M. BAZY, à propos du procès-verbal, revient sur cette question et maintient que M. Marion, d'après ses écrits, ajoute à la section du vaisseau anormal, la néphropexie. Il est donc d'accord avec M. Marion, non dans ce qu'il dit, mais dans ce qu'il fait.

Traitement du cancer de l'utérus par la curiethérapie et l'hystérectomie associées. — M. GOSSET fait un rapport sur des observations de M. Robert Monod.

Chez 30 malades, M. Robert Monod a appliqué méthodiquement l'application du radium d'abord, suivie ultérieurement de l'hystérectomie, rendue plus facile par l'amélioration très notable qu'a produite la curiethérapie. Il indique, dans tous ses détails, la technique employée : En général, quatre tubes, trois vaginaux et un utérin. Ces tubes sont enlevés et nettoyés chaque jour ; une injection antiseptique est pratiquée chaque fois.

Ces 30 malades, âgées de quarante à cinquante ans, ont été soumises à des examens histologiques. Les utérus enlevés ont tous été soigneusement examinés. Sur 25 de ces malades, l'utérus ne présentait plus aucune lésion appréciable. Le col utérin portait des traces d'inflammation dues au radium. Mais il restait des ganglions.

L'opération débarrasse les malades d'une matrice cancéreuse et des ganglions.

On peut, après, poursuivre le traitement par l'application de la radiothérapie profonde.

M. Robert Monod fournit des détails précis sur les 30 malades qui font l'objet de son travail.

M. J.-L. FAURE croit devoir faire quelques réserves sur l'association de la curiethérapie et de la chirurgie. Dans les

cas limites, il est vrai que l'application du radium rend possible et facile l'opération ultérieure, mais dans les cas où l'utérus est mobile, où l'opération est praticable, M. Faure a renoncé à la curiethérapie préalable.

Dans ces cas, il la préfère après plutôt qu'avant l'intervention chirurgicale.

D'après sa statistique personnelle, il a semblé à M. Faure que les malades qu'il a opérées, sans application consécutive de radium, ont récidivé moins vite que celles auxquelles a été appliqué le radium.

Dans les débuts de la curiethérapie, on a cru souvent avoir obtenu des guérisons complètes et définitives. Mais, avec le temps, l'expérience nous a appris que les récidives ont apparu après trois, quatre et cinq ans.

Nous ne sommes pas encore fixés, ajoute M. Faure, sur les résultats éloignés. Mais des observations qu'il a faites, il résulte qu'il a cru devoir renoncer à la curiethérapie préalable et s'en tenir, primitivement, à l'opération chaque fois qu'elle est praticable.

M. Dujarier demande à M. Gosset s'il a constaté que l'opération présentait plus de difficultés chez les malades antérieurement soumises à la curiethérapie.

M. Gernez a suivi, de très près, un certain nombre de malades traitées par la radiothérapie profonde. Il a été frappé des résultats immédiats obtenus. Mais après plusieurs applications, un grand nombre de ces malades souffrent beaucoup et ne veulent plus se soumettre de nouveau à la radiothérapie profonde.

M. Savariaud constate que les résultats obtenus, soit par l'association du radium et de la chirurgie, soit par la radiothérapie profonde, sont extrêmement variables.

M. Alglave demande à M. Gosset s'il a constaté que chez les femmes, préalablement soumises à la curiethérapie, l'opération consécutive présentait des difficultés exceptionnelles.

Chez une malade qu'il a opérée, six semaines après une application de radium, M. Alglave a rencontré des difficultés d'hémostase. Il a eu une hémorragie et n'a pu lier les utérines ; il n'a pu arrêter l'hémorragie que par un fort tamponnement. Dans un cas où le radium fut appliqué après l'intervention, M. Alglave a obtenu un très bon résultat, une guérison complète apparente.

M. J.-L. Faure fait observer que les difficultés de l'opération sont très variables, selon que l'application antérieure de radium a été récente ou ancienne.

Dans ces derniers temps, on a pu constater des récidives survenant quatre ou cinq ans après la curiethérapie.

M. Tuffier, chaque fois que l'opération lui semble praticable, préfère la faire sans application antérieure de radium. Il lui a semblé que, dans ces cas, la récidive était plus éloignée. Enfin, il lui a semblé aussi qu'après la curiethérapie la généralisation était plus fréquente.

M. Lapointe a trouvé quelques difficultés dans les opérations pratiquées après l'application du radium. On mettait généralement un tube sur le col et un tube entre le col et la vessie. Il en est résulté, dans un cas, une fistule vésico-vaginale.

M. Savariaud a trouvé l'opération plutôt plus facile après l'application de radium.

M. Gosset a apporté des documents dans le but d'étudier cette question très importante de l'association du radium et de la chirurgie dans le traitement des cancers utérins.

Il a été fait, dans son service, de nouvelles expériences sur la méthode de Rebaud (radium avant et opération six semaines après).

Cette méthode semble, à M. Gosset, avoir donné de meilleurs résultats, tant au point de vue de la facilité de l'opération que du retard des récidives.

M. Faure préfère recourir au radium après l'opération. Mais M. Gosset lui fait observer que, dans ces cas, les récidives semblent généralement plus précoces et plus importantes.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

— En résumé, dans la méthode de Rebaud, radium avant et opération après, il semble bien que celle-ci est plus facile et plus bénigne, pourvu qu'il ne s'écoule pas plus de six semaines entre l'une et l'autre.

M. Gernez a parlé de la radiothérapie profonde, M. Gosset n'a entendu traiter que la question du radium. Le grand avantage de la méthode, que défend M. Gosset, c'est qu'elle permet de rendre opérables des malades jugées primitivement inopérables.

Nouvelle voie d'accès pour atteindre la grosse tubérosité de l'estomac. — M. Grégoire a fait de nombreuses expériences sur le cadavre et a appliqué deux fois ce procédé sur le vivant avec succès pour aborder la grosse tubérosité de l'estomac. Par cette voie cardio-œsophagienne, on s'isole de la plèvre d'une part et du péritoine de l'autre et on se procure un jour considérable. Le procédé consiste à isoler l'œsophage par derrière et à gauche, à décoller la plèvre. On a un jour considérable. On fend le diaphragme.

M. Gosset poursuivait le même but par un grand lambeau postérieur, mais il reconnaît que le procédé proposé par M. Grégoire est préférable.

— La discussion se poursuit entre MM. Gosset, Tuffier, Duval, ce dernier estimant que le grand danger de ces interventions étant la plèvre, M. Grégoire a rendu un grand service en nous permettant de l'isoler.

Corps étrangers du tube digestif. — M. Hartmann fait un rapport sur un travail de M. Bergeret qui comprend 31 cas de corps étrangers de l'estomac. Il rapporte l'observation d'un enfant de huit mois qui avait avalé une broche ouverte; deux heures après l'enfant est radiographié. On constata la présence de la broche dans le duodénum. M. Bergeret opère aussitôt, fait un débridement latéral, sectionne le duodénum, extrait la broche, suture et referme. Guérison. Cet enfant est revu onze mois après, son état ne laisse rien à désirer.

MM. Veau, de Martel, Dujarier, Ombrédanne, Bazy, Mocquot, Mouchet apportent des faits analogues, les uns guéris par l'opération, les autres, non opérés, ayant rendu leurs corps étrangers par les voies naturelles.

M. Hartmann fait observer qu'il y a bien des cas où, en l'absence de tout symptôme, on peut s'abstenir quand il s'agit d'une épingle ou d'un corps étranger peu dangereux par lui-même, mais ici il s'agissait d'une broche ouverte. M. Bergeret a donc bien fait d'intervenir.

Opérations sur les voies biliaires. — M. Gosset présente une malade, âgée de quarante-sept ans, qui, le 17 avril 1922, a été opérée; elle a subi une cholécystectomie; le cholédoque a été ouvert; il en est résulté une fistule biliaire totale. M. Gosset a opéré cette malade il y a trois mois. Le tissu cicatriciel ne lui a pas permis de retrouver le bout inférieur du cholédoque. Il a donc isolé un segment de l'hépatique qu'il a implanté dans le duodénum. Il a fait, en un mot, une hépatico-duodénostomie, excellent résultat.

Ostéosynthèse. — M. Dujarrier présente un nouveau cas d'ostéosynthèse lui ayant donné un beau succès.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 28 avril 1923)

A propos d'anthrax et de jeûne. — M. Natier a guéri par le jeûne complet et dès le sixième jour, un homme de trente-cinq ans atteint, depuis deux mois et demi, de furoncles anthracoïdes de la nuque, jusque-là rebelles à tout traitement.

Appareil de percussion. — M. Kouindjy présente un percuteur formé de 2, 3, 4 et 5 hélices à trois lanières de cuir, en forme de boucle, fixée par une extrémité centrale à la partie centrale. L'appareil peut produire en tournant 1.800 à 4.500 coups à la minute. Ce percuteur est indiqué dans le massage de l'atrophie musculaire, la perte de sensibilité cutanée, l'incontinence d'urine et la constipation.

Fibrome sphacelé après radiothérapie. — M. Pauchet présente un fibrome gangrené, parce qu'il a été soumis à l'action des rayons X et du radium, moyens d'action qui ont des indications bien déterminées et ne doivent pas être pris au hasard.

De la cure de désensibilisation dans les migraines. — M. Lipmann, se basant sur les affinités étroites et dûment constatées par lui qui existent entre les crises migraineuses et le choc anaphylactique, relate toute une série de cas de migraines traités par des doses progressives et quotidiennes de sérum emprunté au malade lui-même, jusqu'à complète désensibilisation. Résultats remarquables. Sur 14 cas, 8 ont été nettement améliorés, et 5 totalement guéris. Il est nécessaire de varier les doses de sérum et de poursuivre les injections aussi longtemps que possible.

Les stations thermales et climatiques françaises. — M. Mathé envisage l'état de nos stations et recherche les moyens de développer leur prospérité, et la façon de les mettre à exécution, grâce à une organisation complète, scientifique, médicale et commerciale. Il appelle l'attention des municipalités sur le rôle très important qu'elles peuvent et doivent remplir.

Pansement aseptique économique. — M. Mouchet présente un liquide adhésif qui permet de faire très simplement un pansement esthétique, économique et idéal dans les plaies opératoires; il rend de grands services dans les plaies de la face, des doigts et de la main, les accidents du travail.

L'économie en bandes et en ouate est considérable.

Psychopathologie de l'homosexualité. — M. Bérillon estime que l'homosexualité est une perversion de l'instinct dont les causes déterminantes se rattachent à l'hérédité, au milieu et à certaines anomalies sensorielles, l'odorat en particulier. La race joue un rôle prépondérant. L'amitié, chez les Allemands, prend une allure nettement sexuelle. Le traitement psychothérapique est le plus indiqué.

Avantages du traitement bismuthé contre la syphilis. — MM. Lacapère et Wallon proposent deux modalités de traitement bismuthé contre la syphilis. Ils montrent les inconvénients d'un traitement mixte d'emblée et préfèrent commencer par un seul médicament : arsenic ou bismuth, pour conserver une arme efficace, si l'infection résiste au premier médicament employé.

L'unité de l'organisme. — M. Klotz-Guérard, pour interpréter l'action à distance provoquée par les cautérisations nasales de Bonnier, s'appuie sur la théorie du plastide incomplet de Le Dantec.

NOTES DE PRATIQUE

NOTE SUR LES PROPRIÉTÉS ANALGÉSIQUES ET HYPNOTIQUES DES BARBITURIQUES

Poursuivant l'étude des uréiques, entreprise dans le laboratoire du professeur Cloetta (de Zurich), par M. Alday Redonnet, M. Ritz vient de publier dans les *Archives internationales de pharmacodynamie* (1), une note excessivement intéressante sur l'action comparée des divers barbiturates, acide dipropénylbarbiturique, diméthylbarbiturique, isopropylpropénylbarbiturique, isoamylallylbarbiturique, etc., et il a montré que l'acide isopropénylbarbiturique avait une action supérieure à celle des autres barbiturates; comme d'autre part l'acide isopropylpropénylbarbiturique s'est montré le moins toxique des barbiturates, son emploi semble indiqué comme hypnotique dans la plupart des cas, d'autant plus que ce barbiturate forme avec l'amidopyrine, une combinaison stable, très facile à absorber et douée non seulement de propriétés hypnotiques, mais aussi de propriétés sédatives et surtout analgésiques : les barbiturates d'amidopyrine sont des médicaments excessivement utiles dans la pratique médicale et parmi eux, l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine semble appelé à un grand avenir dans les algies empêchant le sommeil et dans toutes les insomnies douloureuses.

(1) 1922, t. XXV, p. 24.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 39. — MARDI 15 & JEUDI 17 MAI 1923. 96e ANNÉE. MARDI 15 & JEUDI 17 MAI 1923. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 mai. — MM. Madier, 18 ; Boppe, 14 ; Métivet, 20 ; Charrier, 18.

Liste des candidats admissibles :

MM. Métivet, 66 ; Brocq, 65 ; Gouverneur, 64 ; Girode et Madier, 63 ; Charrier, 60 ; Lorin, 57 ; *ex æquo* Maurer et Quénu, 56.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 8 mai. — MM. Prélat et Cousin, 16 ; Bourdier, Monbrun et Bollach, 18.

Consultation écrite. — Séance du 9 mai. — MM. Bollach, Bourdier et Monbrun, 29.

Classement des candidats :

MM. Bourdier, 95 ; Bollach, 94 ; Monbrun, 93.

— Internat en pharmacie. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé aux jour et heure fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers, pour l'année 1923-1924, dans les conditions suivantes :

1° Le jeudi 24 mai, à 14 heures, pour les internes en pharmacie actuellement en fonctions ;

2° Le samedi 26 mai, à 10 heures, pour les internes nommés à la suite du concours de 1923.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

Avis important. — Seront seuls admis dans la salle des concours les élèves appelés à choisir à la séance et sur la présentation :

1° De la dernière carte d'interne en ce qui concerne les élèves appelés à choisir le 24 mai ;

2° De la convocation spéciale qui leur sera adressée en temps utile pour les élèves issus du dernier concours.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES HOPITAUX DE PARIS. — Conformément à la décision prise par l'assemblée générale du 16 mars dernier, la *Société des médecins des hôpitaux* vient d'être créée.

Le bureau est ainsi constitué : président, M. Courtois-Suffit ; vice-présidents : MM. Achard et Rist ; secrétaire général, M. Laubry ; secrétaires annuels, MM. Debré et Laroche ; trésorier, M. Merklen.

Le Conseil d'administration comprend : MM. de Massary, Léon Bernard, Pagniez, Weil-Hallé, Lemierre, Crouzon, Trémolières.

La Société a tenu sa première séance vendredi à la suite de la séance de la Société médicale des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Le jury est composé de M. le professeur Vaquez, président ; MM. Roques, Nobécourt, Carrière, Sergent, Le Dantec, Carnot, Morel, Ardin-Delteil, Vires, Claude.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve écrite.* — MM. Wilmoth, 18,5 ; Richard, 23 ; Reinhold, 19 ; Huet, 17 ; Braine, 17,5 ; Michon, 23 ; Tourneix, 21 ; Peltier, 18.

— Concours de l'adjuvat. — *Epreuve écrite.* — MM. Larget, 26 ; Raiga, 24 ; Baranger, 21 ; Godart, 23 ; Thalheimer, 23.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie après avoir, ainsi que nous l'avons annoncé, réduit le nombre de ses sections pour ses membres titulaires, a ramené à six également le nombre des divisions pour ses correspondants nationaux et étrangers qui seront désormais répartis comme suit :

Correspondants nationaux. — Première division : *Médecine.* — MM. Tillet, Liégeois, Fiessinger, Mossé, Bertin, Moniez, Brunon, Lalesque, Boinet, Manquat, Baumel, Oddo, Collignon, Lannois, Blanquinque, Arnozan, Weill, Mirallié, Etienne, Dubreuilh, Mercier, Follet, Ollive, Lépine, Lenoble, Fontoynont, Delamare, Meunier.

Deuxième division : *Chirurgie et accouchements.* — Sans changement.

Troisième division : *Hygiène.* — MM. Vidal, Armaingaud,

Simond, Courmont, Lemoine, Remlinger, Girard, Sergent, Thiroux.

Quatrième division : *Biologie.* — MM. Linossier, Bergonié, Hugounenq, Debierre, Wertheimer, Gilis, Abelous, Lambling, Laguesse, Leduc, Arthus, Hédon, Pachon, Doumer, Guiart, Lumière, Devé, Nicloux, Latarjet, Aloy, Arloing.

Cinquième division : *Médecine vétérinaire.* — Sans changement.

Sixième division : *Pharmacie.* — MM. Haller, Denigès, Massol, Florence, Sigalas, Gérard, Maillard, Braemer, Jadin, Mallat.

Correspondants étrangers. — Première division : *Médecine.* — MM. Petrini, Stoïcesco, Mayor, Pagliani, Duckworth, Banti, Pawinski, Miura, Christiansen, Lucatello, D. de Oliveira, Philip, Rolleston, Morquio, Beveridge.

Deuxième division : *Chirurgie et accouchements.* — Sans changement.

Troisième division : *Hygiène.* — MM. Stiles, Comi, Bruce.

Quatrième division : *Biologie.* — MM. Babes, Mendelssohn, Machado, Van Ermengem, Brachet, Henderson, Cantacuzène.

Cinquième division : *Médecine véténinaire.* — Sans changement.

Sixième division : *Pharmacie.* — MM. Howard, Ludwig, Bruylants, Paterno.

Un ordre des médecins. — MM. Xavier Vallat, Léon Daudet et Ambroise Rendu, députés, viennent de déposer sur le bureau de la Chambre une proposition de loi tendant à l'institution d'un ordre des médecins.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question qui est diversement appréciée dans les milieux médicaux.

Hommage au professeur Menetrier. — Les amis et les élèves de M. le professeur Menetrier, désirant lui adresser un témoignage d'estime, de reconnaissance et d'affection, ont décidé de se réunir pour lui offrir une médaille.

Les cotisations doivent être adressées à MM. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, à Paris (VIe), chèque postal Paris n° 202.

Une souscription de 50 francs donne droit à une médaille de bronze, une souscription de 150 francs à une médaille en argent.

La maison française de régimes. — On annonce la réouverture de l'hôtel de régime français par excellence, l'Ermitage d'Evian. Cet hôtel, bien connu des médecins, permet aux convalescents de trouver dans un site idéal, le repos le plus complet dans le confort le plus raffiné. Une cuisine spécialisée dans les régimes, et placée sous le contrôle médical, donne aux thérapeutes une sécurité absolue pour l'exécution de leurs prescriptions.

L'Ermitage est dirigé comme les années précédentes par le très aimable M. Florinetti qui a su réaliser ce tour de force de rendre tous les régimes agréables.

Rappelons que l'Ermitage est situé à 500 mètres d'altitude, en face du lac de Genève, au milieu d'un beau verger savoyard. Il est relié à l'établissement thermal par un funiculaire spécial.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Edmond Repelin, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

CHRONIQUE

VISITE DES MÉDECINS ESPAGNOLS A LA FACULTÉ DE PARIS

Le 29 avril 1923, une délégation de médecins espagnols composée du professeur Recasens, doyen de la Faculté de Madrid, des professeurs Hernando (thérapeutique), Aguilar (odontologie), Peña (urologie), Marquez (ophtalmologie), Tello (de Séville), Poblacion (de Salamanca), Goyanes, directeur de l'hôpital du Cancer, Sanchez Covisa, président de la Société médico-chirurgicale, Puellez, Fernandez, Gutierrez, Ratera, Coca, directeur de *Medicina Ibera*; Madinaveita, directeur de los *Progresos de la Clinica*; Taboada, président du Colegio de Medicos, venait rendre, à la Faculté de Paris, la visite que celle-ci leur avait faite l'an dernier.

Un certain nombre de dames accompagnaient leurs maris et apportaient à cette délégation le charme de leur présence.

Nos collègues furent reçus à la gare par le professeur Roger, doyen de la Faculté, assisté des professeurs Bar et Hartmann et des docteurs Mathé, Noir, Mazeran, Amoedo, représentant le bureau des relations médicales de la Faculté, l'A. D. R. M. et l'Umfia et par le bureau de l'Association générale des médecins de France qui, réunis en leur banquet annuel, invitèrent les médecins espagnols à venir recevoir l'hommage des médecins français et à sabler le champagne avec eux.

Pendant leur séjour à Paris, les professeurs Recasens, Marquez, Aguilar, Goyanes et Hernando firent des conférences fort intéressantes en un français des plus corrects qui nous permit d'apprécier, à nouveau, la valeur des savants espagnols.

La Société d'hydrologie avait préparé un banquet en l'honneur du professeur R. Pinilla ; des raisons de santé ne lui permirent pas d'entreprendre le voyage.

Le Théâtre Français et l'Odéon eurent l'amabilité de mettre un certain nombre de loges à la disposition de nos confrères, qui furent, en outre, reçus à dîner chez les professeurs de Lapersonne, Bar, Hartmann, Widal, Marion, Heitz-Boyer, d'aucuns furent conviés à fêter l'amitié franco-espagnole au Café de Paris et d'autres sur la péniche du maréchal Joffre où ils purent apprécier la fine et saine cuisine du club des Cent.

Le mercredi, M. le doyen et Mme Roger donnèrent en leur honneur, un dîner à la Faculté. Nos hôtes restèrent sous l'enchantement de cette soirée toute de sympathie, de gaieté et d'animation à laquelle la grâce féminine donnait un charme plein de délicatesse. Des discours furent prononcés par MM. les doyens de Paris et de Madrid, par le docteur Dartigues, M. le marquis de Faura, représentant l'ambassadeur d'Espagne et par M. Strauss, ministre de l'Hygiène qui, accompagné de Mme Strauss, avait tenu à saluer la délégation médicale espagnole au nom du gouvernement français.

Le lendemain, l'Institut, représenté par MM. Lallemand, Teissier, Widor, Widal et Bazy, recevait à Chantilly les médecins madrilènes. M. Marcon les tint sous le charme de ses explications en leur faisant admirer les richesses artistiques du château qu'il connaît si parfaitement.

Organisée par le comité franco-espagnol dont le président, M. Imbart de la Tour, était malheureusement retenu à la chambre, cette réception fut suivie d'un thé et d'une demi-heure de musique.

Les applaudissements ne furent point ménagés à Mlle Rose Armandie et à M. Debonnet qui se firent entendre dans des œuvres du maître Widor.

Puis nos hôtes regagnèrent Paris en autocar, ravis de cette journée, de tous points réussie, dont le succès revient à la Bienvenue française et particulièrement à sa gracieuse présidente, Mme Boas de Jouvenel.

Le soir, M. le doyen, les professeurs agrégés Marion et Heitz-Boyer et les docteurs Mathé et Mazeran allèrent, à la gare d'Orsay, saluer les membres de la délégation, et les dames qui, à leur retour de Chantilly, avaient trouvé leur chambre garnie de fleurs, se voyaient, à nouveau, fleuries dans leur wagon.

L. M.



HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIES
CACHEXIES
GROSSESSE
CONVALESCENCES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG

OBSTRUCTIONS CONGÉNITALES DE L'URÈTRE POSTÉRIEUR

Par le docteur J. MARTIN (de Toulouse).

On peut observer au niveau de l'urètre postérieur des valvules ou des diaphragmes, d'origine congénitale, qui provoquent des troubles graves de la miction. Nous voulons les étudier ici sous la dénomination d'*obstructions congénitales de l'urètre postérieur*. Ce terme, employé par les Américains, nous paraît avoir l'avantage d'une signification plus large que celui de *rétrécissement* employé en France, et d'être ainsi plus propre à désigner ces malformations qui parfois ne rétrécissent pas, anatomiquement parlant, la lumière de l'urètre.

Les auteurs français considèrent ces malformations comme très rares et par suite d'un intérêt médiocre, d'autant plus que le plus grand nombre de cas publiés ne sont que des relations d'autopsie, aussi sont-elles à peine signalées dans les ouvrages classiques même les plus récents.

Cependant la question a évolué. Un mémoire (1) paru en 1919 de Hugh H. Young, William A. Frontz et John C. Baldwin jette sur ce sujet un jour nouveau, car cette malformation paraît beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'à ce moment. En effet, ces auteurs, compulsant les registres du John Hopkins Hospitals, ont trouvé pendant les douze années qui ont précédé leur rapport 12 cas d'obstructions congénitales de l'urètre postérieur, parmi lesquelles quelques-unes ont été opérées avec succès. Ils ont rapporté ces observations avec détail et elles sont singulièrement démonstratives. En outre, ils ont réuni, et publié à la suite de leur mémoire, 27 cas (2) environ antérieurement publiés par d'autres auteurs.

Avant ce travail il n'existait pas, du moins à notre connaissance, d'étude d'ensemble de la question. Toutefois on la trouve ébauchée dans la thèse de Foisy (Paris 1905) écrite sous l'inspiration de Bazy. L'auteur relate sept observations de rétrécissements de l'urètre postérieur recueillies dans la littérature.

L'année précédente Lindeman (Th. d'Iéna, 1904) avait publié trois observations de rétrécissements de l'urètre postérieur. L'obstacle était constitué par des valvules en nid de pigeon, qui paraissaient formées par l'hypertrophie des plis constituant normalement le frein du veru montanum. Foisy n'a vraisemblablement pas eu connaissance de ce travail puisqu'il ne le mentionne pas.

Quelques années plus tard, en 1910, Minet, dans son rapport très documenté au Congrès d'urologie sur « *les rétrécissements non blennorragiques de l'urètre* », fait état des thèses de Foisy et de Lindeman, mais n'accorde dans son étude qu'une place très restreinte aux rétrécissements congénitaux de l'urètre postérieur.

Nous avons repris la question dans la thèse de notre élève Montalègre (Toulouse 1923) où l'on trouvera reproduites à peu près in extenso 41 observations d'obstructions de l'urètre postérieur dont 2 nous sont personnelles. Nous renvoyons à ce travail le lecteur désireux de se documenter. Nous voulons ici simplement essayer de tracer un tableau d'ensemble de l'obstruction de l'urètre postérieur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il faut distinguer deux types d'obstruction congénitale, de l'urètre postérieur qui, disons-le tout de suite, paraissent reconnaître une pathogénie différente.

1° *Rétrécissements en forme de diaphragme, complet ou incomplet.* — Ils sont constitués par une membrane mince perpendiculaire à l'axe du conduit. Tantôt cette membrane, de forme circulaire, adhère à la paroi urétrale par toute sa circonférence. Elle est percée d'un trou qui la fait en quelque manière ressembler à l'iris (Jarjavay). Tantôt, au contraire, elle n'est constituée que par un mince croissant, dont le bord concave libre ne fait qu'une saillie peu marquée dans la lumière de l'urètre. On conçoit d'ailleurs qu'il puisse y avoir toutes les transitions possibles entre ces deux formes. Ajoutons que ces malformations peuvent siéger en n'importe quel point de l'urètre, depuis le sphincter strié jusqu'au col de la vessie et sur n'importe quelle paroi de l'urètre, antérieure, postérieure ou latérale.

De ces rétrécissements diaphragmatiques de l'urètre postérieur nous rapprochons, d'une façon assurément un peu arbitraire, au point de vue pathogénique tout au moins, les *valvules congénitales du col de la vessie*. Mais, comme les précédentes, elles affectent une forme semi-lunaire et se manifestent cliniquement par une symptomatologie analogue. Elles paraissent d'ailleurs très rares, nous en avons relevé seulement quatre ou cinq cas dans la littérature au cours des recherches que nous avons faites à l'occasion d'un cas personnel communiqué en décembre 1922 à la Société de chirurgie de Paris (1).

2° *Obstructions de l'urètre postérieur constituées par deux ou une valvule en nid de pigeon que l'on peut anatomiquement rattacher au système du veru montanum.* — Toutes les observations, elles sont une vingtaine environ, concordent pour nous montrer la réalité de ce type, bien décrit par Lindeman. Il est parfaitement schématisé dans la description suivante de Young, faite avec des documents plus nombreux que ceux de Lindeman, mais dont tous paraissent calqués sur les premières observations.

« Il existe, dit Hugh Young, une crête médiane sur la paroi postérieure de l'urètre qui continue vers le bas le veru montanum. Cette crête se bifurque à l'approche de la région sphinctérienne et donne naissance à deux feuillets membraneux minces qui se dirigent obliquement vers la paroi antérieure, où ils peuvent venir se rejoindre après avoir adhéré à la paroi sur toute la circonférence de l'urètre. Le plus souvent ces valvules ne sont pas fusionnées à leur partie antérieure et leurs bords sont séparés à cet endroit. Dans quelques cas, au contraire, la fusion des deux valvules à leur partie antérieure est complète, tandis qu'elles sont séparées par une fente à leur partie postérieure. »

Quelquefois il n'existe que la moitié de ce système, une valvule au lieu de deux.

---

(1) Hugh YOUNG. *Journ. of urol.*, 1919; — Obstructions of the posterior urethra, rapport à la *Réunion des chirurgiens urinaires à Atlantic City*, New-Jersey, 1919.

(2) En réalité ils donnent quelques cas de plus mais qui ne sont pas des cas d'obstruction de l'urètre postérieur, comme par exemple le cas de Bonnet, rapporté par Bazy à la Société de chirurgie en 1903, où il s'agit d'un diaphragme de l'urètre bulbaire.

(1) MARTIN. Dysurie par malformation congénitale du col de la vessie, *Soc. de chir. de Paris*, déc. 1922.

Dans un cas de Young, les valvules, au lieu d'être au-dessous du veru montanum, se trouvaient au-dessus, près du col vésical.

Il faut bien noter une très importante particularité de ces obstructions, comme aussi d'ailleurs des obstructions diaphragmatiques, décrites dans le paragraphe précédent, c'est celle-ci : une sonde, introduite par l'urètre n'éprouve souvent aucune résistance pour pénétrer dans la vessie, parce que les valvules, écartées par le bec de l'instrument, sont entièrement appliquées contre les parois urétrales. Au contraire, ces mêmes valvules offrent un obstacle infranchissable au cathétérisme rétrograde pendant l'autopsie ou l'opération. Elles gênent aussi considérablement la miction parce que, sous la pression de l'urine, elles se gonflent, s'appliquent l'une contre l'autre et diminuent la lumière du conduit. On conçoit que dans ces conditions ces valvules puissent passer inaperçues à l'examen clinique, si l'on n'a recours à d'autres procédés que le cathétérisme.

Lésions secondaires de l'appareil urinaire. — Elles sont semblables à celles qui sont consécutives à toute rétention d'origine urétrale : dilatation de l'urètre au-dessus de l'obstacle, y compris le col de la vessie, dilatation de la vessie et hypertrophie de ses parois, dilatation des uretères et des bassinets avec atrophie plus ou moins prononcée du parenchyme rénal.

L'atrophie du parenchyme rénal est quelquefois si prononcée qu'elle est incompatible avec la vie au moment même de la naissance ou peu de temps après.

Quelquefois, au contraire, ces lésions sont moins graves, les sujets qui en sont atteints peuvent vivre, dans quelques cas même jusqu'à un âge assez avancé. Ce sont les cas les plus intéressants parce qu'on peut faire le diagnostic de la cause de l'obstruction urétrale et la guérir par une intervention chirurgicale appropriée.

Ajoutons qu'à ces lésions d'origine mécanique s'ajoutent fréquemment des lésions d'origine septique, l'infection étant favorisée, comme à l'ordinaire, par la distension de l'appareil urinaire.

Pathogénie. — Pour expliquer ces malformations congénitales on a imaginé plusieurs théories.

1° *Hypertrophie simple de la crête urétrale et des freins normaux du veru montanum.* — Jarjavay (1) [1856] attribuait une telle cause à ces malformations, dont il avait rencontré quelques exemples au cours de dissections, sans leur attribuer d'ailleurs une grande importance clinique. Quelques auteurs parmi lesquels Tolmatschew (2), Lindeman (3), etc., ont, par la suite, admis la même explication.

2° *Persistance de la membrane cloacale.* — Cette théorie est celle de Bazy (4). Disons tout de suite qu'elle nous paraît expliquer d'une façon satisfaisante les rétrécissements diaphragmatiques, mais qu'elle explique très insuffisamment la formation des valvules en relations avec le veru montanum.

(1) Jarjavay. *Recherches anatomiques sur l'urètre de l'homme*, 1856.

(2) Tolmatschew. Ein Fall von semilunaren Klappen der Harnrohre, *Virch. Arch.*, 1870.

(3) Lindeman. *Th. d'Iéna*, 1904.

(4) Bazy. Rétrécissement congénital de l'urètre, *Presse méd.*, 1903.

3° *Anomalie de développement du veru montanum.* — Lowsley (1) pense que les obstructions du second type reconnaissent cette cause. Pour lui, les fibres qui forment les canaux éjaculateurs et l'utricule prostatique, développés aux dépens des canaux de Wolf et de Muller, au lieu de se perdre, comme il arrive normalement, sur le plancher et les parois latérales de l'urètre, continueraient leur trajet vers le bas et soulevant la muqueuse formeraient les valvules en question.

Il est certain que cette pathogénie paraît mieux expliquer la formation des valvules du second type que celle invoquée par Bazy.

Symptomatologie. — Laissons de côté les cas d'autopsie chez des enfants mort-nés ou chez des enfants ayant succombé peu après la naissance et chez lesquels le diagnostic d'obstruction de l'urètre postérieur n'a pas été fait au cours de la vie. Nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit plus haut à propos de l'anatomie pathologique.

Il nous paraît que pour la clarté de la description il y a intérêt en clinique à distinguer deux types :

1° Obstruction de l'urètre postérieur chez les enfants, où l'examen direct de l'urètre postérieur n'est pas possible à cause de l'étroitesse de ce conduit. Les symptômes qui attirent l'attention du clinicien sont fonctionnels ou en rapport avec l'état de distension de l'appareil urinaire au-dessus de l'obstacle.

2° *Obstruction de l'urètre à un âge plus avancé.* — Il s'agit alors de lésions moindres, puisqu'elles ont été jusqu'à ce moment compatibles avec la vie. Elles se manifestent surtout par des troubles dysuriques et l'on peut les constater directement par l'examen endoscopique.

1° *Obstruction de l'urètre postérieur au cours de la première enfance.* — Quelquefois c'est de la dysurie (mictions lentes, fréquentes, douloureuses, s'accompagnant de cris) ou des crises de rétention complète qui attirent l'attention du clinicien.

D'autres fois, chez des enfants, dont la santé dépérit peu à peu, on remarque que le ventre est très gros. Quand on l'examine par une palpation méthodique, on trouve la vessie très dilatée, arrivant presque jusqu'à l'ombilic. Des deux côtés du globe vésical, on peut sentir les uretères dilatés comme deux boudins qui se perdent de chaque côté dans la loge rénale où l'on peut percevoir les reins hydronéphrotiques.

Un cathéter introduit par le méat bute, parfois, dans l'urètre postérieur, sur un obstacle qui apparaît comme la cause vraisemblable de la distension de tout l'appareil urinaire. Mais souvent aussi l'on ne perçoit pas le moindre obstacle ; la sonde pénètre facilement dans la vessie d'où elle évacue une quantité considérable d'urine, puis quand la vessie est vidée, on peut vider également les uretères par des pressions méthodiques. On n'a plus alors aucun doute sur la nature des tumeurs abdominales perçues à la palpation ; elles étaient bien constituées par de la rétention d'urine dans la vessie, les uretères et les bassinets. Mais on est peu fixé sur la cause de celle-ci, puisqu'on n'a pas perçu l'obstacle qui s'oppose à l'évacuation de l'urine.

Il faut alors pratiquer une cystoradiographie, après

(1) Lowsley. Congenital malformation of the posterior urethra, *Ann. Surg.*, 1914, t. X, p. 733, cité et résumé dans l'article de Hugh H. Young, loc. cit.

injection lente d'un liquide opaque. Ce mode d'exploration n'est pas encore entré dans les mœurs, pour les cas qui nous occupent, mais trois cas de Young montrent bien tout le parti qu'on en peut tirer. Les radiogrammes, reproduits dans l'article de cet auteur sont très nets et très démonstratifs. On y voit parfaitement l'uretère postérieur dilaté, en amont du point où siège vraisemblablement l'obstacle, le col de la vessie forcé, la vessie elle-même dilatée et présentant un contour irrégulier qui est la conséquence de la formation de colonnes et de diverticules vésicaux. Quand les sphincters urétéraux ont été forcés, le liquide distend aussi les uretères et les bassinets ; tout l'appareil urinaire est alors visible sur la plaque radiographique et on peut en apprécier exactement les lésions.

Ajoutons que l'examen du fonctionnement rénal, au moyen de la phénolsulfonephtaléine, a souvent révélé une déficience en rapport probable avec l'atrophie par distension du parenchyme rénal.

Notons donc la nécessité de pratiquer dans ces cas-là une cystoradiographie, et la valeur de cette épreuve. C'est une notion nouvelle, dent il convient de se souvenir le cas échéant.

2° *Obstruction de l'urètre postérieur chez les sujets plus âgés.* — Les signes de distension de l'appareil urinaire sont alors moins accusés et ne dominent pas le tableau, comme dans les cas précédents.

On observe de la difficulté de la miction, qui est longue, pénible, nécessite parfois des efforts considérables; ces symptômes sont la conséquence de la présence même de l'obstacle urétral.

On observe aussi des symptômes dysuriques, pollakiurie, douleurs, en relations avec la distension vésicale et l'infection possible. Ces symptômes sont semblables à ceux qu'accusent les prostatiques et l'on pourrait classer ces malades dans la catégorie des « prostatiques sans prostate ». Ajoutons que, comme chez les prostatiques, la diminution de capacité de la vessie, par suite de péricystite, peut succéder à la dilatation de cet organe (notre observation personnelle rapportée à la Société de chirurgie est un exemple intéressant de cette éventualité).

Il est fort intéressant de remarquer que l'incontinence nocturne d'urine existe fréquemment dans les antécédents de ces malades, ce qui confirme bien les relations de cette affection avec les malformations de l'urètre, que Bazy a mis depuis longtemps en lumière. Cette remarque est d'autant plus importante, signalons-le en passant, que ces rétrécissements échappent souvent dans la première enfance, comme nous l'avons montré, à l'examen direct par cathétérisme de l'urètre. Dès lors, leur existence ne peut être soupçonnée chez l'enfant que par la constatation d'une rétention chronique d'urine et ne peut être affirmée que par l'examen radiographique. On conçoit que cette notion doive diriger l'examen dans les cas d'incontinence nocturne dite essentielle.

Chez l'adulte, la meilleure façon d'arriver au diagnostic d'obstruction de l'urètre postérieur est d'employer les urétro-cystoscopes à distension (type Mac Carthy). Dans ce cas, en effet, l'urétroscope à vision directe (type Luys) paraît tout à fait insuffisant, car l'extrémité de l'instrument applique les valvules contre la paroi urétrale et empêche de les distinguer. Tandis que ces mêmes valvules se gonflent sous l'action du liquide de distension, exactement comme au moment de la miction. Elles sont alors parfaitement visibles et l'on peut, en outre, apprécier la gêne qu'elles doivent apporter à l'émission des urines, puisqu'elles sont, à ce moment-là, à peu près dans la même situation qu'elles occupent pendant la miction.

L'examen au cysto-urétroscope à distension a permis à Young, dans deux cas, et à nous-mêmes une fois, de voir des valvules de l'urètre postérieur.

Il semble donc que l'on doive s'engager dans cette voie. Il est permis de penser que cet examen pratiqué systématiquement chez tous les « prostatiques sans prostate » permette de diagnostiquer un certain nombre de valvules de l'urètre postérieur, et d'apporter ainsi un peu de clarté dans le groupe encore un peu confus des pseudo-prostatiques.

Pronostic. — Le pronostic de l'obstruction de l'urètre postérieur est évidemment très grave. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les observations publiées : la plupart sont des relations d'autopsie! Mais, on peut remarquer ainsi que, sauf au cours de ces dernières années, le diagnostic a bien rarement été posé pendant la vie. Dans les cas, au contraire, où le diagnostic a pu être posé, on a pu souvent opérer et guérir les malades.

Il est vraisemblable que cette affection étant mieux connue et systématiquement recherchée, on pourra plus fréquemment obtenir de bons résultats d'une opération précoce.

Traitement. — Il est bien évident qu'il faut supprimer opératoirement les obstructions valvulaires ou diaphragmatiques de l'urètre postérieur dès qu'on les a reconnues.

Trois voies peuvent nous permettre d'atteindre ce but.

1° La voie transurétrale.
2° La voie transvésicale.
3° La voie périnéale.

1° *La voie urétrale.* — C'est à priori la voie la moins mutilante et on doit évidemment lui donner la préférence toutes les fois que c'est possible.

Quelques auteurs ont poussé, à travers l'urètre, un instrument volumineux pour arracher l'obstacle. Ils ont eu de bons résultats, mais ce procédé aveugle et brutal paraît peu à conseiller.

Il en est tout autrement de la destruction de l'obstacle sous le contrôle de la vue, en particulier au moyen de l'instrument de Mac Carthy qui est certainement le procédé de choix, mais qui malheureusement n'est applicable que chez l'adulte.

2° *La voie transvésicale.* — D'autres auteurs ont abordé l'obstacle à travers la vessie ouverte par taille hypogastrique. Ce procédé paraît particulièrement recommandable chez l'enfant et dans les cas de valvules haut situées. Il a aussi l'avantage, en permettant de pratiquer le cathétérisme rétrograde, de mettre en évidence des obstructions qui passent inaperçues quand on explore l'urètre par le méat.

3° *Voie périnéale.* — Contrairement à la voie sus-pubienne, la voie périnéale paraît surtout indiquée dans les cas de rétrécissement bas situés. Dans ce cas, on découvrira le bulbe par le procédé habituel, on ouvrira ensuite l'uretère dans la région membraneuse, aussi largement qu'il sera nécessaire pour atteindre et supprimer l'obstacle au cours de l'urine.

Ces diverses voies ont été employées avec de bons résultats, mais les cas publiés sont cependant encore trop peu nombreux pour qu'on puisse se faire une opinion définitive.

ACTUALITÉS

LE DIABÈTE INFANTILE

Le diabète ! question difficile entre toutes, encore très obscure, que l'on n'aborde pas sans hésitation. L'étude clinique en est relativement facile ; mais la pathogénie est fort mal connue, ce qui fait que la thérapeutique ne repose pas sur des notions définitivement établies. Dans la pratique médicale, celui qui veut instituer un régime sans dosages compliqués, sans recherches savantes, est bien embarrassé, se heurte à des théories contradictoires et aboutit finalement, en ce qui concerne le régime, à un certain éclectisme dans lequel se réfugie son incertitude.

Parmi les travaux récemment publiés sur le diabète infantile, nous en avons lu cinq : ceux de Lereboullet (1), de Mouriquand (2), de M. Labbé (3), de Nobécourt (4) et de Rohmer (5) qui donnent, les uns et les autres, une bonne mise au point du sujet. Le diabète n'est pas fréquent chez les enfants, fort heureusement pour eux, car il est presque toujours grave. Quelques cas ont été signalés dès les premières semaines de la vie, à trois semaines, à trois, cinq, dix mois ; mais, le plus habituellement, c'est dans la seconde enfance et dans l'adolescence que survient le diabète. L'étiologie est presque toujours inconnue ; l'hérédité aurait une certaine influence pour Lereboullet qui a vu plusieurs cas de diabète chez des enfants dont les ascendants étaient diabétiques ; mais, pour M. Labbé, il n'est pas fréquent de voir des parents diabétiques engendrer un enfant diabétique. L'hérédité similaire (obésité, goutte ou lithiases), dont il faut tenir compte d'après Lereboullet, est trop fréquente pour qu'on puisse lui accorder une grande importance, d'après Labbé. Mais ce que l'on observe parfois très nettement, c'est le diabète à caractère familial, deux enfants étant atteints successivement ; Lion et Moreau avaient, dès 1909, attiré l'attention sur le diabète infantile familial. Lereboullet a vu un frère et une sœur, diabétiques tous deux, l'un à quatre, l'autre à dix ans ; dans une autre famille, un diabète à marche rapide survint chez une fillette dont un frère avait antérieurement succombé au diabète. M. Labbé relate aussi trois cas où le diabète avait un caractère familial, par exemple celui d'un jeune homme, mort à seize ans dans le coma, qui avait eu une sœur aînée morte à neuf ans de diabète.

Avant l'apparition du diabète, l'enfant a eu quelquefois une maladie infectieuse (grippe, scarlatine, oreillons). Lereboullet se demande si des lésions du pancréas, produites par ces infections, ne peuvent être invoquées pour expliquer le diabète, mais il ajoute qu'il serait téméraire de voir dans de tels antécédents un rapport direct de cause à effet avec le diabète. Pour Labbé, l'étiologie infectieuse du diabète paraît rarement admissible, aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Une autre infection, la syphilis, a été recherchée dans le diabète des jeunes enfants, et certains auteurs lui accordent une grande valeur pathogénique ; Lereboullet a tendance à lui reconnaître un rôle possible, et il croit utile de faire une réaction de Bordet-Wassermann aux jeunes diabétiques (1) ; Labbé n'a pu découvrir un seul cas de diabète infantile lié à l'hérédo-syphilis. « Je ne dis point, écrit-il, que cela n'existe pas, mais je dis que cela est rare. » Il rappelle l'observation de Lemonnier (une fillette de sept ans, hérédo-syphilitique, a un gros foie dur, de la polyurie et de la glycosurie), et fait remarquer que ce cas est plutôt une syphilis hépatique accompagnée de glycosurie, dans laquelle le traitement spécifique, en guérissant la syphilis du foie, a fait disparaître le trouble glyco-régulateur.

Les émotions, les secousses morales peuvent-elles avoir un rôle étiologique ? Lereboullet l'admet ; dans un de ses cas, l'émotion produite par un incendie a paru être le point de départ du diabète. Les traumatismes, en particulier les chutes sur la tête, sont quelquefois signalés dans les semaines qui précèdent le diabète, mais Labbé n'a jamais pu encore incriminer, une seule fois, le traumatisme dans la pathogénie du diabète et il fait observer que la guerre, bien que fertile en traumatismes nerveux, n'a pas donné lieu, d'après les statistiques qu'il a pu faire, à un seul diabète traumatique.

Que penser des lésions du pancréas et de celles des glandes endocrines ? Sur ce point encore, divergence d'opinions. Lereboullet, en signalant l'aplasie pancréatique, fait allusion à des observations « fort suggestives » de Spillmann, puis conclut que ces faits d'aplasie restent toutefois exceptionnels et assez mal définis. Labbé dit ne pas connaître d'exemple d'aplasie pancréatique pouvant expliquer l'origine d'un diabète. Pour les lésions endocriniennes uni ou pluriglandulaires, Mouriquand, Lereboullet conseillent de rechercher dans cette voie ; ces lésions leur paraissent avoir un rôle, tandis que Labbé ne croit pas que l'on ait chance de découvrir l'origine du diabète dans ce domaine de la pathologie ; s'il existe des diabètes indubitables, liés à des lésions du corps thyroïde et de l'hypophyse, il y a toujours, dans ces cas, de grands syndromes endocriniens, comme le goitre exophtalmique ou l'acromégalie ; par contre, dans les diabètes ordinaires, on n'aperçoit aucun indice d'altération endocrinienne.

M. Labbé signale surtout, dans les antécédents des jeunes diabétiques, soit un ictère qui a guéri, soit des troubles fonctionnels hépatiques ; il a noté, dans plusieurs cas, des vomissements cycliques acidosiques précédant l'apparition du diabète.

L'étiologie du diabète est donc vraiment presque mystérieuse ; la symptomatologie présente moins d'obscurité, et, dans le diabète infantile, elle est la

(1) Lereboullet. Le diabète sucré chez les enfants, *Journ. méd. franç.*, janv. 1921.
(2) Mouriquand. Séméiologie et traitement du diabète infantile, *Lyon méd.*, 10 janv. 1922.
(3) Marcel Labbé. Le diabète infantile et son traitement, *Paris méd.*, 6 mai 1922.
(4) Nobécourt. Formes cliniques du diabète sucré chez les enfants, *La Médecine*, août 1922 ; — Traitement du diabète chez les enfants, *Journ. des prat.*, août 1922, et *Le Monde méd.*, 1er nov. 1922.
(5) Rohmer. *Congrès des pédiatres*, Paris, juillet 1922.

(1) On peut se demander, avec Rathery, s'il est juste de considérer comme de nature syphilitique tout cas de diabète dans lequel on retrouve la réaction de Wassermann ; on n'est nullement autorisé à conclure ici de cause à effet. (Rathery. *Le Diabète sucré*, Bibliothèque des Connaissances médicales, Paris 1922.)

même que chez les adultes. Il est inutile de la rappeler; il faut plutôt mettre en évidence les formes cliniques du diabète infantile et leur évolution. Nobécourt distingue les petits et les grands diabètes, ceux-ci présentant deux formes : grands diabètes avec dénutrition, grands diabètes avec hypotrophie.

Les *petits diabètes* sont caractérisés par une glycosurie faible, quelquefois intermittente, par quelques éléments du syndrome diabète : soif et faim exagérées, polyurie, affaiblissement général. La glycosurie est surtout marquée pendant la période digestive; elle diminue ou disparaît par la restriction des hydrates de carbone. Ces petits diabètes voisinent donc avec les glycosuries alimentaires et leur interprétation peut prêter à discussion; ils témoignent d'une insuffisance hépatique ou d'un trouble du métabolisme des hydrates de carbone, observé surtout dans la moyenne et la grande enfance. Le petit diabète est, en général, plus ou moins rapidement curable par le régime ; cependant on peut le voir persister, sans aggravation, jusqu'à la jeunesse ou l'âge adulte. Parfois, il se transforme en diabète grave.

Les *grands diabètes avec dénutrition* constituent le type classique du diabète infantile. Après un début habituellement insidieux, quelquefois brusque ou rapide, les symptômes essentiels sont au complet, la glycosurie abondante; l'acidose apparaît de bonne heure; l'enfant maigrit. L'évolution a une durée variable; elle conduit, sauf exception, à la mort, après une durée de quelques mois, à un an, deux ans, quatre ans. Il y a des formes suraiguës et des formes aiguës, des formes subaiguës et des formes lentes; d'une façon générale, la mort survient d'autant plus vite que l'enfant est plus jeune. La cause de la mort la plus habituelle est le coma, surtout à craindre quand la dénutrition est profonde, quand les corps acétoniques sont abondants; parfois la mort est due à une infection intercurrente (broncho-pneumonie, pneumonie). La tuberculose terminale est beaucoup moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Les *grands diabètes avec hypotrophie* sont particuliers à l'enfance et à la jeunesse. Il s'agit d'enfants dont la croissance est retardée, qui paraissent plus jeunes que leur âge; ils n'ont pas de dénutrition azotée, pas d'amaigrissement véritable, mais ils sont de petite taille, ont un développement général insuffisant. L'hypotrophie est due, pour une part, à l'insuffisance de la ration hydrocarbonée et calorique, par suite de la glycosurie; mais elle dépend surtout des troubles généraux qui ont précédé le diabète; ces troubles ont engendré et la dystrophie et l'incapacité d'utiliser les hydrates de carbone. Le diabète avec hypotrophie aboutit, tôt ou tard, au diabète consomptif.

On voit, par cet exposé des formes du diabète infantile, que le pronostic de cette affection est très sombre. La notion des diabètes légers, curables, permet seule d'atténuer, dans un certain nombre de cas, la rigueur du pronostic. Par une thérapeutique bien conduite, on peut aussi ralentir l'évolution de la maladie : « Il suffit de comparer l'état de misère physiologique précoce du petit diabétique non soigné et l'état de santé apparente dans lequel se trouve pendant des mois et des années, le diabétique bien traité, pour être convaincu des avantages de la thérapeutique » (Marcel Labbé).

Mais comment conduire cette thérapeutique ?

L'enfant vivra au grand air, à la campagne, sans surmenage physique, ni intellectuel; il prendra peu de médicaments (pas d'opium, pas d'antipyrine); on lui donnera de l'arsenic à petites doses, de l'huile de foie de morue (Mouriquand), des alcalins. Les cures à Vichy, à Vals, à Pougues seront utiles en cas de troubles hépatiques et digestifs; La Bourboule peut aider à relever la nutrition. Mais le plus important, et aussi le plus difficile, c'est de prescrire un régime. Pour les diabètes légers, voisins des glycosuries alimentaires, le problème n'est pas très compliqué : un régime hypoglycosique est suffisant et l'on recherchera, par tâtonnement, dans quelles limites s'établira la tolérance pour les substances hydrocarbonées.

En cas de grand diabète, Nobécourt pose ainsi la question : « Si l'hyperglycémie exige la suppression des hydrates de carbone, l'acidose commande la restriction des matières azotées, et, d'autre part, la dénutrition réclame une alimentation forte en hydrates de carbone, en substances azotées et en graisses. » On est donc bien perplexe; d'après Nobécourt, il faut essayer un régime mixte, avec une certaine quantité d'hydrates de carbone, la suppression de ceux-ci donnant de mauvais résultats. Mouriquand conseille d'éviter les régimes exclusifs à base de viande et de corps gras; bien que les hydrates de carbone augmentent la glycosurie, ils ne seront que très partiellement écartés du régime, car ils sont les antidotes de l'acidose; le lait, les légumes frais seront à la base de la diététique. Lereboullet écrit que la suppression des hydrates de carbone doit être évitée chez l'enfant plus encore que chez l'adulte; il donne un régime où la restriction des sucres et des féculents reste très incomplète : du lait, du beurre, de la crème, des pommes de terre, des légumes verts, certains fruits peu sucrés, de la viande et des œufs en quantité modérée, en somme un régime plus anti-acidosique qu'antidiabétique. Rathery (1) donne les directives suivantes : un diabétique consomptif ne doit jamais être mis au régime strict et privé d'hydrates de carbone; il faut éviter toute variation brusque dans le régime; pour la dose d'hydrates de carbone permise, le médecin devra se baser sur le poids du malade, le dosage des corps acétoniques totaux et du glucose; certains hydrates de carbone doivent être préférés à d'autres et il y a des tolérances individuelles à rechercher; les albuminoïdes et les graisses en excès sont néfastes, mais supprimer les graisses ou les protéines, sous le prétexte qu'elles sont productrices de corps acétoniques, ne saurait constituer une solution du problème diététique; l'école américaine conseille l'abstention complète de toute graisse dans le régime; d'autres auteurs, celle des substances albuminoïdes; Bierry et Rathery (2) ne sauraient souscrire à cet exclusivisme. Il faut tenir compte aussi du rôle des vitamines sur le coefficient d'assimilation des hydrates de carbone chez les diabétiques (3).

M. Labbé n'admet pas la théorie que l'acidose résulte du jeûne et principalement du jeûne hydrocarboné; il distingue l'acidose des diabétiques et les acidoses pathologiques en général de l'acidose du

(1) RATHERY. Le traitement du diabète consomptif. *Journ. méd. franç.*, janv. 1921.

(2) BIERRY et RATHERY. L'équilibre dans les régimes. Application à la diététique du diabète. *Paris méd.*, 6 mai 1922.

(3) DESGREZ, BIERRY et RATHERY, *XVIe Congrès franç. de méd.*, Paris, oct. 1922.

jeûne; l'addition d'hydrates de carbone au régime d'un diabétique acidosique ne diminue pas son acidose et la réduction des hydrates de carbone, en même temps que celle des aliments gras et albumineux, n'augmente pas l'acidose. Ce qui est à craindre dans les régimes sévères, ce n'est point la suppression des hydrates de carbone, mais l'augmentation des graisses et des albumines, principalement de la viande, les albumines étant plus dangereuses et plus comatigènes que les graisses. Aussi M. Labbé conseille-t-il la suppression de la viande dans les formes graves de diabète avec dénutrition azotée compliquée d'acidose; il préconise la cure d'avoine ou mieux la cure de légumineuses (500 à 1.200 grammes de légumes verts par jour, pendant une ou plusieurs semaines); la cure de légumineuses est en général bien supportée, à condition que l'on varie la qualité des légumes; elle provoque cependant chez les jeunes enfants un ballonnement pénible de l'abdomen et un peu de diarrhée. Après la cure de légumes verts, on procède à la réalimentation avec lenteur et prudence; on ajoute au régime un aliment nouveau, un œuf, puis, quelques jours plus tard, du fromage, du beurre, des pommes de terre et enfin un peu de viande.

Lorsque surviennent des menaces de coma, le bicarbonate de soude à hautes doses est conseillé, en particulier par Mouriquand qui donne, à partir de la seconde enfance, 1/4 ou 1/2 litre par jour de la solution de bicarbonate de soude à 17 p. 1000, ou fait des injections intraveineuses de cette même solution. D'après Rathery, les alcalins peuvent être utiles dans la phase prodromique du coma; mais la médication alcaline ne doit pas être trop intensive; elle n'a d'ailleurs pas toujours donné les résultats qu'on en attendait.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 MAI 1923)

Maladie de Hodgkin à localisations ganglionnaires et pulmonaires. Guérison apparente par radiothérapie profonde. Syndrome de Claude Bernard-Horner avec exagération du réflexe oculo-cardiaque. — M. Pierre JACOB présente une malade qui, à la suite d'un épisode pulmonaire aigu survenu trois ans auparavant, a vu se développer des adénopathies cervicales bilatérales, mais surtout gauches, d'une dureté ligneuse ayant atteint un très gros volume et une néoplasie intrathoracique semblant intéresser le médiastin et la moitié supérieure du poumon gauche. L'examen histologique d'un ganglion a montré qu'il s'agissait de lymphogranulomatose et un traitement par radiothérapie profonde dirigé par M. Portret a amené une régression extrêmement marquée des lésions, sans qu'on puisse dire quel sera l'avenir de cette femme.

Cette malade présentait, en outre, un syndrome de Claude Bernard-Horner gauche par compression du sympathique et une très importante exagération du réflexe oculo-cardiaque plus marquée par compression de l'œil gauche que par compression de l'œil droit. Il semble qu'un rapport existe entre ce symptôme et la paralysie sympathique.

M. DEBRÉ. Le syndrome de Hodgkin est moins rare qu'on ne le croit chez l'enfant. L'éosinophilie peut ne pas exister.

La radiothérapie est une méthode thérapeutique excellente, mais il s'agit seulement de rémission et la mort est l'aboutissant habituel.

M. P.-E. WEIL. Dans un cas, le novarsénobenzol a amené une rémission très nette; le traitement radiothérapique semble avoir agi surtout par suite du traitement arsenical.

Dans un deuxième cas, la radiothérapie n'ayant donné aucun résultat, la splénectomie a été suivie d'une augmentation de poids de 5 kilogrammes, mais l'avenir du malade semble sombre.

M. FIESSINGER. Il y a diverses variétés de lymphogranulomatose : forme ganglionnaire, forme avec splénomégalie, forme avec prurigo intense, formes fébriles; parfois le diagnostic est très difficile.

M. RIST insiste sur l'importance de la biopsie pour le diagnostic.

M. LORTAT-JACOB. Le prurit est fréquent dans les états leucémiques. Seule la lymphorragie semble atténuer le prurit, le traitement radiothérapique est sans effet.

M. LABBÉ. Le mouvement fébrile permet souvent de faire le diagnostic. Cette maladie semble plus fréquente dans certains pays et peut être d'origine parasitaire.

M. MENETRIER. Dans un cas, début par pleurésie, puis apparition des ganglions avec fièvre. Le traitement radiothérapique est commencé.

Il semble que la maladie de Hodgkin est un syndrome très spécial, dans lequel il y a surtout hyperplasie ganglionnaire.

M. DOPTER. Certains auteurs américains ont tendance à rapporter la lymphogranulomatose à une maladie placentaire. Dans certains cas, l'amibiase serait en cause et le traitement par l'émétine donnerait de bons résultats.

M. HUDELO insiste sur la confusion de l'adénite inguinale subaiguë avec la lymphogranulomatose, dans laquelle l'émétine et le traitement iodé semble bien agir.

M. DUFOUR partage l'opinion de M. Hudelo.

La réaction de Schick chez l'adulte au sujet de l'inefficacité de la sérothérapie antidiphtérique par voies buccale, duodénale, rectale. — MM. CARNOT et BLAMOUTIER, reprenant l'étude des variations de l'immunité antidiphtérique naturelle avec l'âge, ont pratiqué la diphtérinoréaction sur 140 adultes : 27 ayant eu une réaction positive, soit 19,2 p. 100 (16 femmes sur 76; 11 hommes sur 64), étaient donc réceptifs.

A l'aide de cette réaction, ils ont aussi étudié l'action prétendue immunisante qu'aurait, pour certains, le sérum introduit dans l'organisme par les voies digestives : ils ont fait absorber du sérum à ces 27 malades, non seulement par voies buccale et rectale, mais aussi par voie duodénale, à l'aide du tube d'Einhorn (pur ou mélangé avec de la bile fraîche de bœuf), dans aucun cas la réaction de Schick n'est devenue négative.

Par contre, chez quatre malades ayant une diphtérinoréaction positive, et présentant des hémorragies buccale, gastrique et duodénale, ils ont pu constater qu'une immunité passive s'installait après introduction du sérum par les voies naturelles. Les auteurs pensent qu'il y a eu, chez ces malades, absorption de sérum au niveau des ulcérations qu'ils présentaient en des points divers de leur tube digestif.

Un cas d'amibiase pulmonaire pure, sans abcès du foie, guéri par l'émétine. — MM. Louis RAMOND, DENOYELLE et LAUTMAN ont pu reconnaître l'origine amibienne d'une hémoptysie, grâce à la clinique et à la radiologie, malgré les résultats négatifs de la recherche de l'Entamœba histolytica dans les crachats et dans les selles. L'heureuse et rapide action de l'émétine a confirmé leur diagnostic.

Eliminant l'hémoptysie par rupture d'un abcès du foie dans les bronches, ou par abcès amibien du poumon secondaire à un abcès hépatique, les auteurs pensent s'être trouvés en présence d'une amibiase pulmonaire pure, et font, à ce propos, l'étude résumée de cette complication peu connue et relativement rare de la dysenterie amibienne.

Intoxication par le bromure de benzyle. — MM. CADE et MAZEL (de Lyon).

Traitement des maladies aiguës des voies respiratoires par la ptysmothérapie. — M. VALLET.

Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique dans les entérocolites chroniques. — MM. SAVIGNAC et MATHIEU DE FOSSEY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 MAI 1923)

Hydronéphrose intermittente. — M. MARION, à propos du procès-verbal, répond à M. Bazy. Il reconnaît avoir, dans certains cas, ajouté la néphropexie à la section du vaisseau anormal. Mais la néphropexie seule ne suffit pas, tandis que dans la grande majorité des cas, la section du vaisseau anormal, suffit à elle seule pour faire cesser les douleurs et l'hydronéphrose intermittente.

Vaccin antituberculeux. — M. BAUDET revient sur cette question et apporte des nouveaux faits dans lesquels le vaccin antituberculeux colloïdal de Grimberg aurait donné de bons résultats.

M. Louis BAZY fait quelques réserves et craint que le vaccin antituberculeux de Grimberg expose parfois à de graves dangers chez les tuberculeux.

Luxation isolée du cuboïde. — M. DUJARIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Larger, interne des hôpitaux. Il s'agit d'un blessé qui, à la suite d'un traumatisme du pied, se présenta avec une grande déformation du dos du pied, qui rendait la marche impossible. La radiographie a montré qu'il s'agissait d'une luxation isolée du cuboïde. Réduction, guérison.

M. Dujarier montra des radiographies avant et après la réduction. C'est là un fait très rare. Il n'en existe pas d'exemples dans la littérature.

Instrumentation. — M. AUVRAY présente deux instruments construits sur les indications de M. Masmonteil :

Un davier à mors multiples, combinaison du davier d'Heitz-Boyer et du davier à dents de lion d'Ollier.

Un tournevis porte-vis, à échappement automatique au moment où le vissage est terminé.

Invagination, résection iléo-cæcale. — M. BASSET fait un rapport sur une observation de M. Baudot (de Valenciennes). Il s'agit d'une femme de quarante ans qui avait de la diarrhée chronique et souffrait dans le flanc droit.

La radioscopie avait montré l'existence d'une tumeur. M. Baudot incise et trouve, en effet, une tumeur arrondie, mobile, à l'union du côlon ascendant et du transverse. Il s'agit d'une invagination. M. Baudot tente la désinvagination qui est impossible. Il fait alors une résection iléo-cæcale. La masse végétante enlevée est examinée histologiquement. Il s'agit d'une lésion inflammatoire chronique.

M. Baudot avait fait une large résection iléo-colique croyant avoir affaire à une lésion tuberculeuse. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une simple affection inflammatoire chronique. La malade a bien guéri.

Accouchement difficile, basotripsie, fistule vésico-utérine. — M. BASSET fait un rapport sur une observation adressée par M. Delaunay (de Lille) : Accouchement difficile, insuccès d'une application de forceps, basotripsie, fistule vésico-utérine, intervention par la voie transvésicale. Une incision médiane antérieure du col a beaucoup facilité l'opération.

Traitement du cancer utérin par la curiethérapie et l'hystérectomie associées. — M. PROUST estime que la curiethérapie préopératoire est bonne et que la curiethérapie postopératoire est mauvaise.

L'hystérectomie faite immédiatement après la pose du radium est dangereuse.

On a vu des malades mourir de shock.

Il faut attendre au moins trois semaines après l'application du radium.

A ce moment, l'hystérectomie est généralement plus facile et n'est pas chargée d'un pronostic plus grave que lorsqu'elle est pratiquée d'emblée.

Si on laisse écouler un grand espace de temps entre la curiethérapie et l'hystérectomie, on peut se trouver en présence de très graves complications. Il ne faut donc jamais attendre plus de trois à six semaines. Dans ces conditions, le rôle du chirurgien se borne à supprimer l'organe stérilisé par le radium.

M. Proust fait connaître les règles de l'application du radium qu'il a pu baser sur l'étude de 140 cas. Ces règles sont celles qui ont été très bien posées par Regaud et Bergonié.

Après la curiethérapie et la chirurgie, il admet, ultérieurement, les applications de la radiothérapie profonde.

Ostéomyélite aiguë guérie par des injections antistaphylococciques. — M. TUFFIER apporte un cas d'ostéomyélite aiguë, très grave, guéri, en quelques jours, par des injections antistaphylococciques.

M. HALLOPEAU communique l'observation d'un enfant atteint d'ostéomyélite aiguë grave, constatée par la présence de staphylocoques qui n'a été ni opérée, ni vaccinée, ni traitée par les injections antistaphylococciques et qui a très bien guéri.

M. BROCA fait observer que la radiographie ne révélant absolument rien d'anormal, il y aurait lieu d'en présenter une autre dans quelque temps.

Ankylose temporo-maxillaire. — M. HALLOPEAU présente une jeune fille qu'il a guérie d'une ankylose temporo-maxillaire par une ostéotomie.

Une discussion s'engage sur la valeur respective de l'ostéotomie ou de la résection des condyles, discussion à laquelle prennent part MM. Sebileau, Gernez et Hallopeau.

Election d'un membre titulaire. — La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. Les candidats étaient MM. Küss et Thorel.

Au premier tour, sur 50 votants, M. Küss obtient 32 suffrages et est proclamé élu.

Conférence sur la chirurgie vasculaire. — M. le professeur GOYANÈS, invité par la Société, fait, sur ce sujet, une conférence à l'issue de la séance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1923)

L'action des amers sur la leucopédèse gastrique. — MM. M. LŒPER et G. MARCHAL montrent l'importance de la leucopédèse après administration de quassia, de colombo, de gentiane et de noix vomique. Le produit le plus actif est le quassia. Son action n'est pas seulement due à la forme alcoolique des teintures puisqu'elle se manifeste aussi avec la macération aqueuse.

Les variations du suc gastrique sont réelles quoique plus discrètes. Elles sont surtout marquées avec le quassia et la macération de quassia, mais elles ne sont pas absolument proportionnelles à celle de la leucopédèse.

Ces recherches montrent que les amers exercent sans doute sur la muqueuse gastrique une action directe et non seulement réflexe ou psychique, mais cette action est inférieure notablement à celle de l'amidon et des peptones.

Sur la recherche des anticorps tuberculeux dans les crachats. — M. J. VALTIS a repris les expériences de Karwacki et Czeslas Otto qui ont signalé l'existence constante des anticorps tuberculeux dans les crachats bacillifères.

En utilisant la méthode de fixation du complément de Calmette et Massol avec l'antigène méthylique de Boquet et Nègre pour le dosage de ces anticorps dans les crachats de quinze tuberculeux, l'auteur n'a pu obtenir un résultat douteux que pour les crachats de trois malades seulement.

Il conclut donc que les anticorps tuberculeux ne sont pas aussi fréquemment observés que le laissent supposer les statistiques de Karwacki et Czesla Otto lorsqu'on emploie une méthode très sensible et des antigènes qui donnent toute satisfaction pour la recherche des anticorps dans le sérum de tuberculeux.

Sur l'action locale et générale de l'antigène tuberculeux méthylique chez les tuberculeux. — MM. L. NÈGRE et A. BOQUET montrent que l'antigène tuberculeux méthylique contient de très faibles quantités de tuberculine extraite par l'alcool des corps microbiens. Cette tuberculine ne provoque chez les animaux tuberculeux que des réactions thermiques

insignifiantes et irrégulières sans troubles généraux. Il ne semble pas qu'on puisse lui attribuer exclusivement les réactions locales observées par Armand-Delille, Georges Isaac et Ducrohet chez les enfants tuberculeux à la suite des injections intracutanées de cet extrait bacillaire.

Détermination de certaines réactions tissulaires du nourrisson par la pesée horaire. — M. Jean MEYER a cherché à préciser le métabolisme de l'eau chez le nourrisson par la pesée. Il pèse deux fois le sujet à une heure d'intervalle, et, compte tenu des selles et des urines, mesure ainsi la « perte horaire » par transpiration et par respiration. Seuls sont valables les résultats obtenus quand le nourrisson ne s'est pas agité.

La perte horaire constitue chez un nourrisson une véritable constante qui ne dépend que dans une mesure minime des repas, de la température extérieure et de l'état hygrométrique. Il existe chez les malades des variations de grand intérêt biologique et clinique.

Il semble que la pesée horaire fournisse des données d'une importance comparable à celle que procure la détermination du métabolisme basal.

La réaction du benjoin colloïdal dans la sclérose en plaques. — MM. SOUQUES, MOUQUIN et WALTER. Pratiquée dans douze cas de sclérose en plaques, la réaction du benjoin colloïdal s'est montrée onze fois positive ou subpositive et une seule fois négative. Le type de réaction n'est d'ailleurs pas constant : il peut simuler celui de la paralysie générale ou celui d'une syphilis non évolutive, ou ne répondre à aucun des types habituellement rencontrés dans la syphilis nerveuse.

Les auteurs insistent sur le fait que si la réaction du benjoin ne peut être regardée comme une réaction absolument spécifique de la syphilis du névraxe, c'est seulement dans la sclérose en plaques qu'on peut trouver une réaction du benjoin positive, ou subpositive d'un type quelconque, dans un liquide céphalo-rachidien par ailleurs normal. De ce fait on peut considérer cette réaction comme constituant un élément précieux pour le diagnostic de certains cas de sclérose en plaques.

Lipodiérèse pulmonaire. — MM. H. ROGER et Léon BINET. Par des travaux antérieurs, les auteurs ont montré que le poumon arrête les graisses neutres charriées par le sang et en disloque les molécules. L'intensité de cette lipodiérèse est mise en évidence par des expériences nouvelles que rapportent MM. H. Roger et Léon Binet.

En injectant 15 centimètres cubes d'huile d'olive dans la veine saphène d'un chien de 20 kilogrammes, les auteurs, par des dosages de graisses dans le sang et dans le poumon, ont noté que 100 grammes de tissu pulmonaire ont retenu 5g91 d'huile d'olive et qu'au bout de trois heures 4g83, soit 81,7 par 100, avaient disparu. Dans d'autres expériences, aussitôt après l'injection d'huile, on a établi la respiration artificielle, puis pour éviter la dispersion possible de la graisse dans les différents organes, on a restreint la circulation en liant les artères de la base du cou, le tronc cœliaque et les artères mésentériques. En même temps on a réséqué un morceau de poumon pour y faire le dosage, et de plus on a lié la bronche qui se rend au lobe inférieur droit, interrompant toute arrivée d'air dans cette partie du poumon, mais en ayant grand soin de respecter les vaisseaux. Dans ces conditions, l'analyse chimique a montré que la partie qui respirait a détruit 1g51 ; celle dont la bronche était liée 0g9. La lipodiérèse a été diminuée, mais elle a persisté probablement parce que le sang fortement oxygéné par suite de la réduction de la circulation et de l'intensité de la ventilation pulmonaire a pu fournir l'oxygène nécessaire.

Dans une autre expérience faite avec un petit chien de 8 kilogrammes et ayant reçu 4 centimètres cubes d'huile, les

dosages pratiqués au bout de deux heures ont donné 3g53 dans la partie qui recevait de l'air et 7g84 dans le lobe dont la bronche était liée; la diminution était de 4g46 dans la première portion et dans la seconde de 0g15.

On peut conclure de ces faits que le poumon fixe plus ou moins complètement les graisses introduites dans la circulation, qu'il les détient d'autant plus énergiquement que la proportion arrêtée est plus considérable, enfin que l'oxygène est indispensable à la lipodiérèse.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES CAVERNES PULMONAIRES [1]

4. *Le kyste hydatique du poumon.* — Quand un kyste hydatique du poumon parvient à s'ouvrir et à se vider dans les bronches, la poche suppure ultérieurement et l'on constate alors tous les signes physiques d'une caverne pulmonaire. Mais ce n'est pas, à proprement parler, une caverne véritable pulmonaire, puisque les parois de la cavité sont constituées par la membrane hydatique et non le parenchyme pulmonaire en voie d'élimination.

L'état général du malade, la fièvre vespérale, les sueurs nocturnes peuvent rappeler la tuberculose. Mais la rupture du kyste a été brusque; elle s'est accompagnée du rejet d'un liquide clair, eau de roche, plus ou moins abondant, et dans le liquide on peut parfois constater l'existence de vésicules filles ou de lambeaux de membranes anhistes, ainsi que des crochets à l'examen microscopique.

D'autre part, l'absence de bacilles de Koch, la recherche de l'éosinophilie sanguine, la réaction de Weinberg doivent contribuer à poser le diagnostic étiologique.

5. *Les pseudo-tuberculoses.* — Ces affections sont aujourd'hui bien connues. Plus fréquentes chez les animaux, elles sont rares chez l'homme, à l'exception de la pseudo-tuberculose aspergillaire.

Ces pseudo-tuberculoses peuvent être dues à plusieurs facteurs :

a. Les *corps inertes*, les poussières peuvent donner lieu, suivant les professions, à l'anthracose, à la sidérose, à la chalicose, etc. L'examen des crachats et la notion de la profession du malade feront le diagnostic. Mais, cependant, il faut noter que bien souvent ces affections peuvent préparer le terrain à la tuberculose, qui viendrait se greffer sur elles et évoluer alors très rapidement.

b. Les *parasites animaux*, tels la strongle.

c. Les *microbes* : la pseudo-tuberculose zoogléique de Malassez et Vignal et la pseudo-tuberculose humaine produite par un bacille. Mais l'examen des crachats et les caractères morphologiques de ces microbes permettent de poser le diagnostic.

d. Les champignons. — Ce sont les *pseudo-tuberculoses mycosiques*. Et parmi celles-ci, la plus importante est la pseudo-tuberculose aspergillaire, due à l'aspergillus fumigatus. Cette affection s'observe surtout chez les gaveurs de pigeons, les grainetiers, les peigneurs de cheveux.

On peut observer deux types : tantôt *secondaire*, elle se greffe sur une tuberculose préexistante, ouverte.

Tantôt *primitive*, isolée, sans présence de bacilles de Koch. L'évolution en est torpide et l'état général est bien conservé. L'examen des crachats seul peut faire le diagnostic. On découvre ainsi la présence de filaments mycéliens d'aspergillus, l'absence de bacilles de Koch. On inoculera un cobaye. Dans certains cas, on pourra constater des tuberculoses mixtes mycosiques et bacillaires.

B. IL S'AGIT D'UNE MALADIE A ÉVOLUTION AIGUË OU SUBAIGUË. — Le diagnostic peut se poser entre la gangrène; l'abcès du poumon et l'infarctus.

1. La *gangrène pulmonaire* se caractérise par l'odeur fétide de l'haleine et de l'expectoration; les crachats sont abondants et se divisent en trois couches. A l'examen microscopique, on peut découvrir des débris de parenchyme pulmonaire, des bouchons de Dittrich, des microbes variés aerobies et anaérobies. Les hémoptysies sont fréquentes et répétées; les signes généraux sont graves; le teint est livide, la langue sèche, les lèvres fuligineuses.

La température monte à 40 degrés. Il y a souvent du délire.

L'évolution est souvent rapide et mortelle.

Mais dans certains cas, la paroi d'une caverne tuberculeuse vient à se sphacéler et la gangrène complique la tuberculose. C'est l'histoire clinique, la présence de bacilles de Koch dans les crachats qui font le diagnostic.

2. *L'abcès du poumon.* — Les abcès du poumon peuvent être dus à des causes variables : l'abcès par voie aérienne, bronchique; l'abcès par voie sanguine embolique et l'abcès migrateur par voie lymphatique. La caverne peut succéder à un abcès, suivant le processus suivant : pneumonie, abcès, vomique et caverne consécutive. Le caractère prédominant de l'abcès du poumon est donc la vomique : cette vomique peut être unique et abondante ou bien fractionnée. Elle se produit vers la fin de la troisième semaine et s'accompagne de la chute de la température. L'examen du pus montre la nature de l'agent pathogène : pneumocoque, staphylocoque, streptocoque.

3. *L'infarctus suppuré.* — L'infarctus peut être septique primitivement ou secondairement par infection bronchique. La caverne, dans ce cas, se produit par ramollissement, suppuration ou gangrène d'un infarctus pulmonaire. Son apparition est précédée par l'existence des signes de l'infarctus hémoptoïque, dont le plus net est l'expectoration (crachat hémoptoïque de Laënnec) et le début brusque des accidents. Le cœur sera ausculté avec soin (rétrécissement mitral possible).

Enfin, pour être complet, le diagnostic des cavernes pulmonaires devra comporter la localisation du *siège de la caverne* (sommet, hile ou base du poumon), ses dimensions et son *volume*, la recherche de l'uni ou de la bilatéralité des lésions, le *nombre* des cavernes. Dans tous ces cas, la radioscopie et surtout la radiographie rendront les plus grands services.

PRONOSTIC. — Le pronostic des cavernes pulmonaires est assez sombre. C'est encore la caverne syphilitique qui a le meilleur pronostic, puisque le traitement mercuriel et ioduré en amène facilement la guérison complète.

La caverne tuberculeuse est rarement guérissable. Le pronostic de la survie dépend beaucoup de l'état général du malade, de son milieu, du terrain, de sa situation sociale, de l'état du tube digestif. On voit cependant certaines cavernes tuberculeuses, dont l'évolution est fixée chez des individus à aspect floride. Dans certains cas de tuberculose cavitaire bien localisée à un seul sommet, on peut tenter la guérison à l'aide du pneumothorax artificiel. Dans les cas favorables, on peut obtenir des résultats inespérés.

Enfin, dans certains cas de kyste hydatique, de caverne par gangrène pulmonaire, par abcès du poumon, une intervention chirurgicale (la pneumotomie) sera souvent indiquée et pourra donner de bons résultats, si elle n'est pas pratiquée trop tardivement.

On doit également indiquer les bons résultats de la sérothérapie de Weinberg dans les cas de gangrène pulmonaire, et l'action élective de la médication iodurée dans les aspergilloses pulmonaires.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 31, p. 502; n° 33, p. 535; n° 35, p. 566, et n° 37, p. 586.

RENSEIGNEMENTS

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'A. G. (13 et 15, rue de la Bûcherie, Ve) rappelle que son service de remplacements médicaux est ouvert tous les jours (dimanche excepté), de 14 à 18 h. 30. Tél. Gobelins : 07-40, 59-19.

Les étudiants munis des inscriptions réglementaires (16 A. R., 20 N. R.) doivent s'inscrire dès maintenant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les symptômes et leur interprétation, par sir James Mackenzie (de Londres), traduit par le docteur Guilleaume (de Spa). Un vol. in-8 avec fig. — Prix : 15 fr. — Paris, F. Alcan.

De l'emploi des rayons X en stomatologie, par M. le docteur et Mme Dufougère. Un vol. de 90 pages, 48 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Herscher, Œttinger, Louste, Le Gendre, Babonneix, Laubry, Israël de Jong, Michel, Vincent, Achard et Mauclaire.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Séance du 14 mai. — MM. Charrier, 29; Madier, 23; Brocq, 28; Gouverneur, 27; Maurer, 15; Métivet, 29; Girode et Lorin, 23.

Epreuve orale. — Séance du 15 mai. — Question donnée : « Phlegmon périnéphrétique. »
MM. Brocq, 19; Gouverneur et Métivet, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Toulon. — Un concours pour maîtresse sage-femme des hospices civils de Toulon aura lieu le 2 juillet 1923.

Conditions : Diplôme de 1re classe, être âgée de vingt-sept à trente-cinq ans.

Traitement de début : 6.000 francs, logée, nourrie, etc., pension de retraite.

S'adresser au secrétariat des hospices.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve écrite.* — MM. de Gaudart d'Allaines, 23,5; Oberlin, 20,5; Aurousseau, 23; Huc, 15.

Epreuve orale d'anatomie. — MM. Wilmoth, 15,5; Richard, 18; Reinhold, 17; de Gaudart d'Allaines, 19; Huet, 17; Oberlin, 17,5; Michon, 14; Tourneix, 11; Peltier, 15.

— Concours de l'adjuvat. — *Epreuve écrite.* — MM. Velti, 28; Chevallier, 22; Gaume, 26; Gueullette, 22.

Erratum. — M. Thalheimer a obtenu, à l'épreuve écrite, 27 et non 23.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — *Chirurgie.* — Le jury est composé de M. le professeur Delbet, président; MM. Hartmann, Faure, Bérard, Lecène, Mériel, Vanverts, Alglave, Gorse.

— Par arrêté en date du 14 mai 1923, le jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le 8 novembre 1923, pour trois places d'agrégé des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section d'oto-rhino-laryngologie) comprendra cinq membres, dont deux de la Faculté de Paris et trois des facultés des départements, savoir :

Faculté de Paris : 1 professeur de clinique oto-rhino-laryngologique; 1 professeur de clinique chirurgicale générale.

Facultés des départements : 2 professeurs de clinique oto-rhino-laryngologique; 1 professeur de clinique chirurgicale générale.

— Bordeaux. — M. Papin, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1922-1923, d'un cours complémentaire de pathologie externe, en remplacement de M. Guyot, appelé à d'autres fonctions.

— Toulouse. — M. Brustier, préparateur de chimie biologique, est délégué. jusqu'au 31 octobre 1923, dans les fonctions de chef des travaux de chimie.

M. Moog, agrégé, est chargé, jusqu'au 31 octobre 1923, d'un cours de chimie organique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Après concours, M. le docteur Jean Poulain a été nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole d'Amiens.

— Clermont. — M. le docteur Alary est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1923, devant la Faculté de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Clermont.

— Grenoble. — M. le docteur Boucher est institué, pour une période de neuf ans, professeur suppléant de pathologie expérimentale et bactériologie.

— Reims. — M. Landry, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, jusqu'au 31 octobre 1923, d'un cours de physiologie (chaire vacante).

— ROUEN. — M. Bonvalet, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle, est prorogé dans ces doubles fonctions, pour une période de cinq ans, à dater du 21 mars 1293.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — La XLVIIe session de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Bordeaux, du 30 juillet au 4 août 1923, sous la présidence de M. le professeur B. Auché.

Les adhésions devront être adressées au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente (Paris VIe), avant le 20 juin prochain.

Pour faciliter la préparation du Congrès, MM. les membres adhérents sont instamment priés d'adresser au secrétariat de l'Association, avant le 20 juin, dernier délai, le titre de chacune de leurs communications.

Le règlement limite à six pages des comptes rendus la place totale disponible pour chaque auteur ou groupe d'auteurs.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur J.-H. Briand est nommé médecin résident à la Maison nationale maternelle de Saint-Maurice.

MÉDAILLE DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — La médaille de 2e classe (argent) est conférée à :

« Feu Canniot (Eugène), docteur en médecine à Catillon (Nord) : en 1914, a soigné des soldats anglais blessés et cachés chez des habitants de la commune. A assuré gracieusement, pendant toute la durée des hostilités, le service médical de Catillon et des communes voisines. En août 1918, a formé et présidé un comité qui a ravitaillé clandestinement 200 soldats français prisonniers. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre jeune et sympathique confrère, le docteur Berruyer, gendre de notre confrère et ami Granjux.

Berruyer s'était fait une situation honorable comme oto-rhino-laryngologiste. Pendant son court passage dans la Presse, où il a collaboré au *Bulletin médical*, nous avons pu apprécier l'aménité de son caractère, sa bonne camaraderie, son esprit sérieux et la parfaite conscience avec laquelle il remplissait sa tâche.

Nous adressons à sa famille, si cruellement éprouvée, l'expression de notre bien sincère condoléance.

A. BROCHIN.

HOPITAL LAENNEC. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois, chef de service commencera le vendredi 25 mai à 10 h., une série de seize leçons sur les maladies de l'oreille et les complications des otites, avec la collaboration de MM. Laignel-Lavastine, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Laënnec, Baldenweck et Le Mée, otho-rhino-laryngologistes des hôpitaux; André Bloch, Maurice Bouchet, Tarneaud, Poyet, assistants du service.

Le cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 10 h. et comprendra :

1° Une consultation expliquée, d'une heure, pendant laquelle les élèves assisteront à l'examen des malades nouveaux et seront exercés individuellement aux techniques cliniques spéciales.

2° Une leçon conçue dans un sens pratique, les mêmes jours à 11 heures.

Les mardis, jeudis, samedis, les élèves pourront assister aux interventions pratiquées dans le service.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours. Ils pourront être admis sur leur demande à continuer à travailler, ultérieurement, dans le service comme aides bénévoles et à participer au traitement des malades.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec, auprès de M. André Bloch, assistant du service oto-rhino-laryngologiste. Droit d'inscription : 150 fr. (75 fr. pour les auditeurs des cours précédents).

ENSEIGNEMENT OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique et avec le concours de ses assistants, MM. C. Hubert et Girard, un cours élémentaire en neuf leçons d'oto-rhino-laryngologie sera fait à l'hôpital Saint-Joseph les mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, du mardi 22 mai au samedi 9 juin.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Chaque séance comprendra :

1. Un bref aperçu théorique avec schéma, dessins, pièces osseuses;
2. Des exercices sur des appareils fantômes;
3. L'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Droit d'inscription : 60 francs.

S'inscrire tous les matins dans le service du docteur Georges Laurens, à l'hôpital Saint-Joseph, 1, rue Pierre-Larousse, près des assistants du service.

STOMATOLOGIE. — Conférences et travaux pratiques de stomatologie à l'usage des médecins praticiens et étudiants désirant pratiquer l'art dentaire. Les séances auront lieu tous les soirs du 25 juin au 14 juillet (deux semaines pour les travaux courants, une semaine pour les travaux spéciaux). Nombre de places limité. Pour renseignements, écrire : Docteur Nidergang, 67, rue de Richelieu, Paris.

NOTES DE PRATIQUE

LES ALCOYLARSINATES DANS LA THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Les dérivés organiques de l'arsenic jouent un rôle de plus en plus important dans la thérapeutique arsenicale symptomatique et l'emploi des alcoylarsinates possède des avantages considérables sur l'utilisation de l'acide arsénieux, dont l'effet puissant, mais trop brutal, entraîne souvent de graves inconvénients; cependant, il faut bien reconnaître que, malgré l'avantage de la production lente d'acide arsénieux, dont l'action paraît quelque peu exaltée par le fait du dégagement « à l'état naissant », le pouvoir thérapeutique des alcoylarsinates reste proportionnel à la quantité d'acide arsénieux produite dans l'organisme. Il semble que l'acide cacodylique quitte l'organisme sans être modifié et une très petite quantité de ce corps est éliminée sous forme d'acide arsénieux; l'éthylarsinate disodique et le méthylarsinate monosodique ne semblent guère être plus modifiés ; l'acide allylarsinique et les allylarsinates de soude et de calcium semblent, au contraire, réaliser un véritable progrès dans cet ordre d'idées, car le radical allyl est plus facilement oxydé dans l'organisme que le radical éthyl ou le radical méthyl. Or, cette action plus intense est facilement démontrable dans la trypanosomiase expérimentale. Comparés à l'acide arsénieux, les cacodylates, éthylarsinates et méthylarsinates sont, pour ainsi dire, inactifs; il n'en est pas de même de l'acide allylarsinique et des allylarsinates sodiques et calciques, aussi bien in vitro que in vivo ; l'action de ces derniers sels se rapproche tout à fait de celle de l'acide arsénieux (action trypanocide, excellents effets sur l'état général et en plus tolérance parfaite).

REVUE GÉNÉRALE

LES SYMPATHÈSES GASTRO-HÉPATIQUES

Par MM. C. ODDO,
Correspondant national de l'Académie de médecine,
Professeur de clinique médicale,

C. DE LUNA et J. ODDO,
Médecin des hôpitaux, Ancien chef de clinique médicale — Chef de clinique médicale

à l'École de médecine de Marseille.

Ainsi que l'un de nous l'a exposé dans un travail antérieur nous entendons sous le nom de sympathèses (συμπαθησις — souffrance commune) les corrélations pathologiques à la fois actives et passives (sympathies et synergies morbides) que l'on rencontre journellement en clinique.

Parmi tous les organes, le foie, par ses fonctions nombreuses et complexes est en connexions physiologiques avec un nombre considérable d'organes et de tissus. Mais, dans cette complexité de fonctions et de relations physiopathologiques, il faut faire une place à part pour les fonctions digestives du foie. Nous ne retiendrons dans cette revue que celles qui unissent le foie et l'estomac.

Relations anatomo-physiologiques du foie et de l'estomac. — **1° Embryologiquement**, le foie apparaît de très bonne heure sous la forme d'une bosselure longitudinale de la paroi centrale du tube digestif qui constitue comme une gouttière placée sur la face ventrale de l'intestin dont elle forme une évagination (Testut).

2° Rapports de contiguïté. — Tout d'abord l'anatomie nous montre les rapports intimes unissant le foie et l'estomac. La face inférieure du foie recouvre, par certaines de ses portions, le bord supérieur, la face antérieure de l'estomac, le pylore et l'antre pylorique et les premières parties du duodénum; le hile du foie relié au pylore par le petit épiploon gastro-hépatique sépare le lobe carré en avant, qui repose directement sur le pylore et le bulbe duodénal, du lobe de Spigel qui, à travers l'arrière-cavité des épiploons, vient se mettre en rapports avec la petite courbure de l'estomac, surtout lorsque ce dernier organe est à l'état de réplétion.

Toute la face inférieure du lobe gauche vient s'étaler par son empreinte gastrique sur la face antérieure de l'estomac, lorsqu'il est à l'état de réplétion, sur sa grosse tubérosité lorsqu'il est à l'état de vacuité. Ces relations ont comme conséquence la propagation des lésions de l'estomac au foie et les complexus gastro-hépatiques qui sont surtout réalisés par les péritonites sous-hépatiques.

3° Rapports de continuité. — Par l'intermédiaire du petit épiploon, arrivent au foie, les vaisseaux et les nerfs qui créent, ainsi que nous allons le voir, de véritables rapports de continuité.

A. Vascularisation. — Outre la vascularisation accessoire que reçoit le foie par l'intermédiaire de l'artère hépatique qui ne nous présente aucun intérêt ici, cette glande est, avant tout, irriguée par la veine porte qui lui apporte tout le sang du tube digestif par l'intermédiaire de la splénique et des deux mésentériques. Tout le sang venu du tube digestif, chargé des produits de l'absorption intestinale et, en particulier, des sucres et des albuminoïdes (les graisses passant surtout par le système chylifère) va donc affluer au foie, d'où connexions vasculaires d'importance capitale.

Serege et Mauriac (de Bordeaux) émettent l'hypothèse que les sangs venant des diverses branches de la veine porte ne se mélangent pas et se rendent chacun à un lobe du foie.

Ainsi le lobe gauche recevrait à peu près exclusivement le sang venu de l'estomac et de la rate par la gastro-splénique et ce lobe aurait surtout pour fonction de lutter contre les affections venant de l'estomac.

Ils étayent leur hypothèse sur un certain nombre d'arguments expérimentaux et anatomiques. Expérimentalement par l'injection de substances colorantes dans les différentes branches de la veine porte on obtient une coloration prédominante pour ne pas dire exclusive, dans un lobe, toujours le même, le lobe gauche pour les infections dans la gastro-splénique.

Anatomiquement, il existerait de grandes différences entre les connexions vasculaires du foie droit et celles du foie gauche. La branche terminale gauche de l'artère hépatique est plus petite que la droite et par contre le tronc de la coronaire stomachique donne un rameau hépatique qui se porte dans le lobe gauche du foie en cheminant dans l'épaisseur du petit épiploon.

Pour Lalaubie, par les injections colorées suivies de radiographies, il existerait un système de capillaires anastomotiques entre les deux systèmes veineux du foie humain et on devrait rejeter l'hypothèse d'une indépendance lobaire absolue, mais pour Gilbert et Villaret, le sang des deux branches portes ne se mélange que très peu par ces petites anastomoses capillaires.

B. Innervation. — L'anatomie nous enseigne que le foie et l'estomac reçoivent une double innervation commune et antagoniste du sympathique et des deux pneumo-gastriques (portion craniale du parasympathique de Guillaume). Leur intrication anatomique, en effet, est grande, les plexus gastriques antérieur et postérieur que forment, sur les deux faces de l'estomac, les pneumo-gastriques envoient des filets nerveux qui vont directement au foie en suivant la pars condensa du petit épiploon et les branches efférentes du plexus solaire se rendent à la fois à l'estomac et au foie pour les filets issus des plexus secondaires coronaire-stomachique et hépatique (Head). On peut cependant, d'après les travaux récents, de Guillaume et de Latarjet en France, chercher à dissocier la part respective de ces deux systèmes dans chacun des deux organes.

L'estomac recevrait l'innervation exclusivement des pneumogastriques dans sa partie supérieure, jusqu'à l'incisure cardiaque et au-dessous, il recevrait l'innervation antagoniste des deux systèmes; la région pylorique (glandes à pepsine), étant sous le domaine du pneumogastrique et le sphincter sous celle du sympathique vrai (Guillaume), la limite exacte anatomique du contrôle sympathique du tube digestif répondrait donc, d'après Guillaume, dont les conclusions sont basées sur les recherches de Cannon au sillon de constriction de l'incisure cardiaque. Le X reste donc le grand nerf sécréteur de l'estomac.

Pour le foie, les recherches modernes ne per-

mettent pas une distinction aussi nette. Cependant, pour Morat et Doyon, les nerfs vaso-moteurs et vaso-sécréteurs viendraient des splanchniques, les réflexes des voies biliaires étant pour Fr. Franck et Arloing et Morel sous la dépendance du pneumogastrique; sans que cette partie de la physiologie soit définitivement établie.

La sensibilité, par contre, est, pour l'un et pour l'autre organe assurée par les nerfs splanchniques, d'après les travaux de physiologie expérimentale appliquée à l'anesthésie viscérale de Març Roussiel et Pauchet.

En résumé, même si l'on admet, avec Guillaume, que les pneumogastriques ne font que traverser le plexus solaire et quelle que soit l'origine réelle des nerfs constitutifs de ce plexus (Latarget), ce centre transmet, d'un organe à l'autre, toutes les impressions reçues.

Mais remarquons que l'intrication anatomique est plus étroite, en réalité, que la subordination physiologique, la part du X étant prédominante sur l'estomac, celle du sympathique sur le foie. Néanmoins il faut retenir que le sphincter du pylore est innervé par le sympathique, cette synergie d'innervation expliquant, peut-être pour une part, la fréquence du syndrome pylorique dans les affections hépatiques.

4° **Connexions sécrétoires.** — Les relations du suc gastrique et de la bile sont de connaissance commune. Tout d'abord, ces sécrétions sont synergiques. De plus, mécaniquement, le jeu du pylore est réglé par la sécrétion biliaire. Tant que le chyme duodénal n'a pas atteint l'isotonie et la neutralisation complète de son acidité, le pylore reste fermé (Meunier, Loeper).

Cette question, jusque aujourd'hui admise par tous, est actuellement remise à l'étude.

Les hormones digestives gastro-duodénales sont résorbées par la circulation porte et viennent régler la sécrétion biliaire, ainsi qu'en fait foi l'expérience suivante, rapportée par Roger :

Si on injecte, dans le duodénum d'un chien à fistule cholédocienne complète, de l'acide chlorhydrique à 3 p. 1000, après une période latente de cinq minutes, il se produit une accélération de l'écoulement biliaire dont le débit peut être quadruplé; le débit atteint son maximum après dix minutes, puis diminue progressivement jusqu'à vingt-cinq minutes. La sécrétion engendrée par l'action de l'acide chlorhydrique sur la muqueuse duodénale et amenée au foie par la veine porte exercerait une action adjuvante dans le fonctionnement physiologique du parenchyme hépatique. Inversement, pour certains auteurs, une hormone partirait de la vésicule biliaire pour stimuler la sécrétion gastrique.

L'écoulement biliaire est réglé par la digestion, il débute de dix à soixante minutes après l'ingestion, dure tout le temps du séjour du chyme dans l'estomac, pour cesser cinq à dix minutes après l'évacuation complète du chyme dans le duodénum. Cette excrétion est provoquée par l'action du chyme sur la muqueuse duodénale. Les substances actives du chyme ne sont ni l'acidité du suc gastrique, ni l'alcalinité du suc duodénal, ce sont les produits de la digestion gastrique des graisses et accessoirement des substances extractives; en effet, ces substances introduites directement dans le duodénum provoquent l'écoulement biliaire. Enfin, si la bile n'a pas une action digestive propre, elle intervient puissamment en activant toutes les sécrétions digestives, à commencer par la sécrétion gastrique. Boldireff a accordé de plus un certain rôle de neutralisation partielle du suc gastrique hyperacide par un reflux biliaire normal, au cours de la digestion d'un repas gras.

*
* *

De l'aperçu anatomo-physiologique qui précède, nous pouvons déduire que les connexions sécrétoires, qui unissent le foie et l'estomac, ne peuvent qu'avoir des répercussions pathologiques importantes. Un grand nombre d'affections hépatiques se présentent avec une symptomatologie gastrique, groupe le plus important et le mieux connu jusqu'à ce jour, mais, par contre, les affections gastriques ne se présentent pas habituellement avec les allures hépatiques, toutefois elles ont des répercussions, sur le foie qu'il faut savoir rechercher et qui ne sont pas encore suffisamment connues, enfin dans un dernier ordre de faits le processus morbide s'attaque simultanément aux deux organes.

Nous aurons donc à passer en revue successivement :

Les syndromes gastriques d'origine hépatique.

Les répercussions hépatiques des maladies de l'estomac.

Les processus gastro-hépatiques proprements dits.

I. **Syndromes gastriques des affections hépatiques.** — L'anatomie et la physiologie nous expliquent aisément la fréquence des syndromes digestifs et particulièrement gastriques dans les affections hépatiques. On peut même dire que les sympathèses sont, ici, plus fréquentes encore que les connexions anatomo-physiologiques ne pouvaient nous le faire prévoir.

Ces troubles gastriques d'origine hépatique sont loin d'être de connaissance récente. Pujol, en 1874, déjà déclarait qu'il est peu de maladies hépatiques auxquelles l'estomac ne compatisse de façon plus ou moins sensible.

Hanot montrait que les *petits signes de l'hépatisme* sont d'ordre gastrique ou gastro-intestinal : alternatives de constipation et de diarrhée, parfois même hémorragie intestinale et surtout dyspepsie hyper ou plus souvent atonique avec hypochlorhydrie, hypopepsie et dilatation gastrique. Cette conception de Hanot est bien confirmée par la clinique courante, car on observe souvent des *troubles dyspeptiques de la petite insuffisance hépatique* : anorexie, état saburral, dyspepsie à types atoniques avec lenteur des digestions et ballonnement épigastrique et en nous rappelant les données physiologiques qui précèdent, on serait tenté d'admettre que, chez ces malades, le déficit gastrique est sous la dépendance de l'insuffisance du stimulus hépatique.

1° Rappelons ici pour mémoire la fréquence relative, il est vrai de l'origine hépatique dans certains *vomissements gravidiques*, très améliorés par l'opothérapie.

2° La phase prémonitoire des *cirrhoses* est, en général, une phase gastrique et les signes d'hypertension portale sont, le plus souvent, précédés de désordres gastro-intestinaux que l'on peut retrouver par un interrogatoire serré du malade : troubles de l'appétit, avec répugnance marquée pour les

graisses et pour les viandes, lenteur des digestions, langue rouge et vernissée, alternatives de constipation et de diarrhée, tous ces signes, premiers symptômes de l'hypertension portale vont en s'affirmant au fur et à mesure que la stase sanguine veineuse des parois de l'estomac augmente. Rappelons ici les varices gastriques, dans les cirrhoses, par le mécanisme de l'hypertension portale, décrites par Fiouppe.

Par contre, dans la cirrhose de Hanot, les symptômes observés consistent en boulimie, et souvent signe d'hyperchlorhydrie. Au reste, ces signes ne sont pas absolument constants et l'on peut avoir des troubles d'ordre dyspeptique étudiés par Gilbert et Lereboullet sous le nom de dyspepsie biliaire.

3° Contrairement à ces riches sympathèses des hépatites cirrhotiques, il faut signaler, qu'au cours de la *syphilis hépatique scléro-gommeuse*, on n'observe guère de syndrome gastrique. Remarquons que la syphilis hépatique est rarement corollaire d'une syphilis gastrique, les deux lésions sont ici indépendantes, ainsi que le fait remarquer J. Monges. Au reste, il n'y a, dans la syphilis hépatique tertiaire, malgré les grosses lésions anatomiques, que peu de lésions du tissu noble et un foie ficelé, peut ne s'accompagner que d'un minimum de signes d'insuffisance hépatique, malgré les déformations considérables de la glande. Nous pouvons peut-être trouver dans ce fait une raison de plus de ce que les sympathèses gastro-hépatiques sont, avant tout, des perturbations physiologiques communes.

4° Dans le *foie cardiaque,* nous avons une répercussion circulatoire du foie sur l'estomac par la veine porte avec congestion de la muqueuse gastrique entraînant les troubles moteurs et sécrétoires de la dyspepsie des mitraux décompensés (Loeper). Lutembacher explique, par ce mécanisme, la non-absorption par la voie gastrique des médicaments et principalement de la digitale.

5° La fréquence des manifestations gastriques et gastro-intestinales au cours de l'*ictère infectieux* est de notion courante. Rappelons rapidement les signes gastro-intestinaux de cette affection : inappétence, vomissements, langue saburrale, perte de poids extrêmement rapide, élévation thermique, tout, dans ce tableau, fait songer à une infection gastrique jusqu'à l'apparition de l'ictère. Ce tableau est tellement habituel que, jusqu'à ces dernières années, l'ictère n'était considéré que comme une propagation aux voies biliaires de l'infection gastro-intestinale. La thèse d'Abrami, les travaux de Brulé ont montré que le processus était, au contraire, une infection par voie sanguine septicémique et qu'il s'agissait là d'ictère par lésion de la cellule hépatique avec insuffisance du foie, ainsi que l'un de nous l'a montré pour les troubles de l'uréopoïère, dans un travail fait sous l'inspiration du professeur Chauffard.

6° Mais, c'est certainement au cours de la *lithiase biliaire* que les troubles gastriques ont été le plus et le mieux étudiés. Remarquablement résumés dans dans le récent ouvrage de Chauffard sur la lithiase biliaire, on peut dire que toutes les formes et toutes les périodes de la lithiase peuvent s'accompagner de symptômes gastriques, les signes sont parfois tellement enchevêtrés que ce n'est que, par un examen clinique très approfondi, une notion très exacte des anamnestiques, accompagnés des renseignements que la radioscopie et la biologie nous fournissent, et, en premier lieu, le dosage de la cholestérine, que le diagnostic pourra être fixé.

a. Tout d'abord, la crise franche de colique hépatique s'accompagne d'un certain nombre de syndromes gastriques. Les vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux et parfois très abondants, le caractère de certaines douleurs à localisation épigastrique avec sensations d'angoisse gastrique, la tension épigastrique peuvent parfois faire hésiter le diagnostic entre une crise lithiasique et une crise gastrique.

La prédominance de ces signes gastriques auxquels il faut ajouter l'aérophagie paroxystique peut même donner une allure spéciale à l'affection. Mauban a montré la fréquence de l'aérophagie paroxystique, au cours de la lithiase biliaire : sur 56 cas d'aérophagie, cet auteur en montre 26 imputables à la cholélithiase, soit 46 p. 100 et sur un total de 114 lithiasiques, 26 aérophages, soit 22,8 p. 100.

Enriquez, Binet, Durand étudient sous le nom de crises gastro-vésiculaires des crises douloureuses à horaire tardif, expression pour ces auteurs d'une « crampe pylorique », réflexe évoluant sous la forme de crises gastralgiques ou de véritables crises gastriques paroxystiques. Elles apparaissent brusquement dans leur forme la plus typique d'emblée extrêmement intense et évoluant relativement brièvement, se rapprochant de la colique vésiculaire; mais dans leur forme la plus fréquente ces crises sont de plus longue durée et dans leur intervalle demeure un état dyspeptique habituel pouvant égarer le diagnostic. L'apparition de ces crises pendant la nuit, leur intensité même, la fréquence des phénomènes nauséeux permettraient par ces critères joints aux signes tirés de l'anamnèse, de la recherche des points douloureux, de l'examen des urines, du chimisme gastrique et de l'examen radiologique, de poser le diagnostic lithiasique de ces accidents.

Assez proche de ces formes que l'on peut décrire comme des formes gastralgiques de la lithiase biliaire, il peut exister des crises gastriques typiques, véritables équivalents de la crise lithiasique précédant ou alternant avec les crises de colique hépatique; hépatiques par leur origine ces crises ont alors une traduction clinique exclusivement gastrique réalisant, soit le cardio-spasme à distance de Lœper, soit un véritable syndrome pylorique le plus souvent accompagné d'hyperchlorhydrie.

b. Mais plus intéressantes encore sont les manifestations de la *lithiase au début* et de la lithiase fruste. Ces manifestations ont été particulièrement étudiées par Candelon et par Mlle Cassel dans leurs thèses. Loeper et Forestier, Binet leur ont consacré d'importantes études. Il s'agit ici de véritables sympathèses hépato-gastriques, la répercussion gastrique demeure au premier plan, les troubles lithiasiques demandent à être recherchés. Loeper divise les manifestations gastriques de la lithiase fruste en quatre syndromes : douleurs préprandiales, réactions précoces, brûlures, aigreurs ou douleurs tardives et douleurs continues.

Les troubles de la lithiase au début sont avant tout des troubles dyspeptiques. Binet insiste justement sur les nausées (51,8 p. 100 des cas de lithiase) accompagnées de vertiges, de sensations d'instabilité, parfois de sueurs froides présentant une grande analogie de sensation avec le mal de mer, appa-

raissant surtout à jeun et calmées par l'ingestion alimentaire. On peut en rapprocher la faim douloureuse « hunger pain » des auteurs anglais, considérée classiquement comme un signe d'ulcère, mais qui n'est, ainsi que l'ont montré au dernier Congrès de médecine Enriquez et Durand, pas pathognomonique et peut exister au cours de la lithiase (Gilbert). A côté des nausées et des vomissements qui peuvent en être la conséquence, le syndrome douloureux est extrêmement important ; or, toutes les douleurs de la lithiase au début présentent le caractère de la gastralgie, comme elle rythmées par la digestion, plus sensibles à certains aliments qu'à d'autres et le malade à cette phase de la lithiase se plaint de son estomac alors que ses voies biliaires seules sont en jeu. Combien fréquents sont les dyspeptiques qui sortent du cabinet de leur médecin avec le diagnostic de lithiase ! Les caractères de la douleur gastrique d'origine vésiculaire sont extrêmement variables, et Loeper et Forestier comme Chauffard insistent sur les deux formes principales : douleurs et malaises précoces survenant dès l'introduction des aliments et consistant en brûlures, crampes, pouvant parfois même se propager jusqu'au niveau de l'œsophage et provoquer le réflexe œsophago-salivaire.

Au contraire, douleurs tardives survenant à la fin de l'acte digestif (Chauffard) cinq à six heures après l'ingestion des aliments et présentant les mêmes caractères de brûlure, d'angoisse, de malaise avec gêne épigastrique, cardiospasme, mais le plus souvent pyloro-spasme avec pyrosis, régurgitations acides, crampes douloureuses ou sensation de tension et de constrictions dans les deux flancs. Ces spasmes pyloriques apparaissent le plus souvent la nuit, surviennent quotidiennement se rapprochant du syndrome de Reichmann ; ou bien il s'agit de phénomènes continus avec exaspérations, le caractère des crises douloureuses étant plus prononcé que dans les dyspepsies proprement gastriques.

On peut, avec Chauffard, expliquer ces phénomènes et particulièrement le pyloro-spasme par la proximité anatomique et le synchronisme physiologique de la vésicule et de la région pyloro-duodénale. Ces deux appareils sont en synergie tellement étroite qu'il y a un parallélisme constant et une concordance horaire fatale entre des douleurs provenant de la vésicule et de la région pylorique.

Plus rarement, on peut observer la dyspepsie sympathicotonique étudiée par Mathieu et par Raymond : sensation pénible plutôt que douloureuse prenant naissance au début ou au cours même des repas et consistant en gonflements, lourdeurs, céphalées et palpitations (Binet) parfois accompagnées d'aérophagie (Mauban).

Enfin, à côté de ces troubles dyspeptiques purement fonctionnels, on peut observer des lésions véritables de l'estomac dues alors non plus à un processus réflexe mais à une propagation infectieuse par péritonite sous-hépatique. Ce sont ces faits que nous aurons à étudier dans la troisième partie.

De telle sorte que dans les troubles gastriques d'origine lithiasique on peut distinguer trois éléments d'importance variable :

1° Répercussions dues aux troubles sécrétoires ;

2° Synergies nerveuses par innervation commune sympathique du foie et du pylore ;

3° Rapports anatomiques et propagations lésionnelles sur lesquelles nous aurons à revenir.

c. Les *caractères chimiques du liquide gastrique* ne permettent guère la différenciation, et les recherches d'Ohly et les résultats de la thèse de M[lle] Cassel ne permettent guère de conclusion ; hyper ou hypochlorhydrie avec hyper ou hypopepsie. Cependant, pour M[lle] Cassel, les modifications du liquide auraient justement pour caractéristique leur intensité et leur variabilité extrême, et l'on pourrait par exemple, au cours des accidents aigus, voir une formule chimique changer brusquement de sens et du type hyperpeptique passer au type hypopeptique. Rappelons les résultats d'Hernando et de Fravel qui auraient rencontré dans 61 cas la fréquence de l'hypochlorhydrie, de Mongourt qui signale au contraire la fréquence de l'hyperchlorhydrie ainsi que Holweg. En somme, comme le conclut Loeper, chlorhydrie variable ; cependant, pour lui, une forte hyperchlorhydrie serait plutôt en faveur de l'ulcère, une faible en faveur de la lithiase.

L'opinion du docteur Chabannes (de Vals), appuyée sur une très longue expérience, est que l'hyperchlorhydrie avec douleurs tardives est fréquemment sous la dépendance d'une cholécystite latente ou prolongée. Il a pu très fréquemment déceler chez ces malades le point cystique douloureux avec sensibilité de la face inférieure du foie, teinte subictérique allant jusqu'à l'ictère confirmé.

d. La *radiographie et la radioscopie* permettent, au contraire, très souvent d'éclairer un diagnostic en fixant les lésions vésiculaires ou en montrant les déformations gastriques : calcul visible, déformation de la vésicule après distension gazeuse de l'estomac par la potion de Rivière ou après pneumopéritoine, recherche des adhérences de la région vésiculaire (Chauffard).

Après absorption de bouillie opaque, on peut observer tout d'abord les spasmes gastriques, cardiospasme, pylorospasme, spasme médiogastrique, enfin déformation et surtout déplacement de l'estomac qui devient transversal et se trouve dévié et fixé en masse vers la droite et sous la région hépatique.

Pour Enriquez, Binet et Durand, la déformation « en haltère » de l'estomac dans la position couchée permettrait de poser le diagnostic de périgastrite de la région prépylorique. Enfin, pour ces auteurs, on observerait le plus souvent de l'hyperkinésie gastrique offrant un contraste saisissant dans les estomacs hypotoniques ou atoniques, cette hyperkinésie s'accompagnant, soit d'accélération, soit de retard à l'évacuation.

Loeper superpose ces divers aspects radiologiques de l'estomac des biliaires aux réactions cliniques observées : la gêne de la déglutition rare, explicable par le cardiospasme, la douleur précoce se rencontrant dans les petits estomacs à spasme médiogastrique ou hypertonique, la douleur persistante s'explique par l'attraction et la rétraction de l'estomac ou par une biloculation durable, la douleur tardive est due au spasme pylorique, à la déformation ou à l'adhérence du pylore et du duodénum.

II. Répercussions hépatiques des maladies de l'estomac. — Elles ont été beaucoup moins étudiées que ne l'a été le retentissement gastrique des affections du foie. Cependant, on devrait admettre à priori que le foie placé comme le dit Mathieu sur le trajet des vaisseaux qui rapportent au cœur le sang du tube digestif, comme un gros ganglion veineux, subirait le contre-coup de tous les produits infectieux et toxiques venus de l'estomac et de l'intestin, et de

l'estomac d'une façon plus immédiate. En effet, beaucoup de produits anormaux de la digestion, acides organiques de fermentation : acétique, lactique, butyrique et un certain nombre de substances toxiques et toxines microbiennes sont absorbés par la muqueuse gastrique elle-même (Arthus) et portés au foie par la voie veineuse pour y être neutralisés ou détruits ; c'est sa fonction de fixation, de protection de l'organisme vis-à-vis de tous les poisons de l'appareil digestif. Il est même des substances albuminoïdes alimentaires qui peuvent, par défaut de sucs digestifs ou par suite de leur absorption excessive, passer sans modification dans le foie, et s'y comportant en albumines étrangères y produire les désordres que la clinique nous fera constater. C'est donc surtout par les altérations du sang de la veine porte et sous la dépendance du chimisme gastro-intestinal que se produisent les troubles ou lésions du foie consécutifs aux gastropathies. De plus, le duodénum est souvent au cours des affections de l'estomac le trait d'union, ainsi que Hayem le fait ressortir, entre la gastrite et certaines altérations hépatiques.

Dans la période contemporaine, cette étude de l'état du foie dans les maladies de l'estomac a eu une fortune variée.

Portal, Andral, Budd y avaient porté leur attention. Leven père écrit que toute dyspepsie durable entraîne une congestion du foie. E. Poucel parle des altérations du foie consécutives aux digestions anormales par l'action des produits altérés d'une digestion défectueuse. Mais c'est Bouchard qui, méthodiquement, étudia l'état du foie chez les dyspeptiques, grands dilatés. Il le trouve gros dans 48 p. 100 des cas de dilatations : congestion du foie passagère, mais à répétition, et entraînant quelques fois un léger ictère.

Quel que fut le sort des conceptions de Bouchard sur la dilatation d'estomac, celui-ci en faisant de la congestion du foie le symptôme cardinal de la dilatation, avait bien vu et montré la fréquence et l'importance de ces relations pathologiques.

P. Le Gendre à sa suite, sur 61 cas dilatés (dyspeptiques ou latents), trouve 24 fois la tuméfaction hépatique, temporaire ou permanente. Hayem, à son tour, attribue aux gastropathies un rôle des plus importants dans les maladies du foie, cet auteur constate fréquemment l'urobilinurie, signe d'altération de la cellule hépatique, chez les dyspeptiques, et si sa formule l'urobiline est le pigment du foie malade est aujourd'hui bien discutée, la valeur de l'urobilinurie comme témoin d'insuffisance hépatique, demeure hors de contestation. Boix, en 1895, reprenait toute l'étude du foie des dyspeptiques et apportait dans sa thèse un certain nombre de cirrhoses par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, à l'exclusion de l'alcool. L'auteur s'appuyait sur six observations personnelles de cirrhose confirmée cliniquement, dont une seule avec examen histologique : c'est une cirrhose hypertrophique, sans splénomégalie ni ascite pendant longtemps et qui demeure stationnaire; histologiquement, il s'agit d'hépatite interstitielle disloquante. Les poisons du tube digestif sont dans ces affections chroniques hépatogènes; les acides organiques divers, lactique, butyrique, propionique, les aldéhydes et acétones, les microorganismes, sarcines, leptothrix qui pullulent dans l'estomac pathologique.

Millon a étudié les congestions fréquentes, quoique passagères, du foie chez l'enfant au cours des troubles digestifs.

L'Ecole moderne, avec Bouveret, Debove et Remond, A. Mathieu, insiste peu sur la participation du foie aux processus dyspeptiques. Mathieu admet la cirrhose d'origine dyspeptique mais la considère comme rare, pour lui, chez le dyspeptique le foie est plus souvent petit que gros. S'il est tuméfié, c'est pour d'autres raisons : alcoolisme, obésité, artériosclérose; pour cet auteur, l'hypertrophie du foie est plus souvent attribuable aux entéropathies.

Glénard consigne la coexistence fréquente d'atteintes du foie, surtout du lobe droit, avec les troubles gastriques.

Il nous semble qu'il y a en réalité une évolution pathologique et que le foie d'abord gros pourra aboutir secondairement à l'atrophie tout comme le foie cardiaque congestif fait place à la cirrhose, le gros foie dyspeptique pourra se cirrhoser également. Parmi les faits cliniques qui traduisent le retentissement sur le foie de certaines affections de l'estomac, on peut déjà ranger les états pathologiques suivants :

1° La congestion aiguë du foie au cours de la digestion d'un gros repas (Debove, Castaigne et Chiray). Le sujet ressent une tension douloureuse de l'hypocondre droit, un peu d'ictère se montre aux conjonctives; cet incident est de très courte durée, disparaît après trois ou quatre heures. Cette congestion du foie est quasi physiologique, elle est l'expression d'une hyperactivité fonctionnelle occasionnée par l'excès alimentaire mais elle est la première étape du foie congestif pathologique. Ce stade de poussée congestive qui rétrocède répondra à ce que Léon Vincent (de Lyon) appelait le gros foie fonctionnel.

2° La congestion permanente du foie avec poussées subaiguës des gros mangeurs et grands buveurs habituels. Cette congestion passagère avec hyperhépathie, par surcharge alimentaire ou de boissons, se renouvelant chaque jour aboutit à de la congestion veineuse de l'organe avec stase dans la circulation porte, ralentissement de la circulation biliaire et trouble de l'excrétion biliaire. De plus, les substances alimentaires, mal élaborées par un estomac surmené lui-même et défaillant dans ses fonctions, souvent mêlées à des corps organiques de fermentation, toucheront la cellule hépatique elle-même; et les troubles d'origine circulatoire seront aggravés par l'insuffisance de la cellule elle-même. On trouve chez ces malades le foie tuméfié et sensible, d'une façon prédominante au niveau du lobe gauche. L'ictère urobilinurique, l'ictère dissocié de Brulé traduisent la souffrance de la cellule hépatique, l'intoxication même du foie.

Ces congestions du foie d'origine alimentaire, surtout si l'excès porte sur les aliments riches en cholestérine : œufs, cervelles, corps gras, pourraient aboutir même (Chauffard) à la lithiase hépatique; c'est tout un grand chapitre de son étiologie. La fréquence de la congestion du foie chez les dyspeptiques en général n'est pas très bien résolue : en 1905, Mathieu et Roux, qui en avaient repris l'étude, l'avaient observé sur le 1 p. 100 de leurs malades.

3° L'hépatite chronique ou cirrhose des dyspeptiques de Boix anatomique ; c'est une hépatite hyperplasique ainsi qu'il a été dit. Le foie est gros et lisse, à bord inférieur tranchant, de consistance dure, mais douloureux; l'on ne constate ni splénomégalie, ni ascite, ni aucune gêne de la circulation porte. Le teint est subictérique, l'urine chargée d'urobiline. Il est très rare que la lésion du foie chez

les purs dyspeptiques, en dehors de l'alcoolisme, aille au delà de cette phase, aboutisse à la cirrhose proprement dite, signalée par Boix; mais au gros foie hyperplasique peut faire suite, dans les gastropathies prolongées, le petit foie par aplasie cellulaire, sans lésions de sclérose bi-veineuse.

De ces deux formes d'hépatite des dyspeptiques nous avons rencontré beaucoup plus fréquemment celle avec hépatomégalie et insuffisance relative du foie.

4° Les troubles de l'excrétion biliaire au cours des affections de l'estomac. On les observe chez les dyspeptiques atteints d'insuffisance sécrétoire et motrice à la fois : sujets au teint cholémique, atteints de constipation opiniâtre surajoutée à leurs malaises gastriques, avec hypocholie et acholie complète des selles. La stimulation de l'excrétion et même de la sécrétion biliaire est diminuée ou manque dans ces cas du fait de l'insuffisance de la sécrétion chlorhydrique et secondairement de la sécrétion duodénojéjunale; dans cette corrélation si étroite de fonctionnement entre les sécrétions gastrique et biliaire, l'insuffisance gastrique produit le trouble primitif.

5° Enfin, en plus des états caractérisés où l'atteinte hépatique se révèle par un symptôme aussi appréciable que la modification du volume ou de la consistance de l'organe ou la présence de l'ictère ou la décoloration des fèces, combien de fois les affections de l'estomac doivent entraîner, sans signe clinique apparent, un retentissement physiologique ou même une lésion histologique que seuls pourront révéler l'examen histologique ultérieur ou les épreuves de laboratoire. Combien de fois les signes au moins de la petite insuffisance hépatique pourraient être retrouvés au cours de gastropathies.

Nous avons déjà des preuves de cet ordre dans diverses recherches entreprises et rapportées. Lenoir, Richet fils, Jaquelin ont apporté plusieurs observations d'ulcère de l'estomac où les recherches de laboratoire complétées dans deux cas par des examens histologiques ont fait constater l'existence d'une insuffisance hépatique manifestée par de l'acidose avec vomissements incoercibles ou coma dyspeptique. Gandy a présenté une observation semblable d'association d'un ulcère simple avec des lésions hépatiques et rénales.

Kolleston et Tebbs avaient rencontré l'acidose dans l'ulcère de l'estomac, en dehors même de la dénutrition complète de l'organisme. Dans ce même ordre d'idées, n'est-on pas autorisé à voir dans l'acidose qui se produit après l'opération portant sur l'estomac : cancer, sténose du pylore, la preuve d'un état pathologique antérieur du foie, brusquement aggravé, mais seulement aggravé par le choc opératoire ou l'action toxique pour le foie de la plupart des anesthésiques?

Nous croyons donc que l'insuffisance hépatique accompagne fréquemment les états pathologiques de l'estomac prolongés un certain temps et sans doute l'application à cette recherche de nos procédés d'investigation actuelle de l'état de la cellule hépatique confirmera cette opinion.

(A suivre.)

La séro-réaction de Wassermann rendue simple et précise, par G. RODILLON, docteur ès sciences et docteur en pharmacie. In-8, 1923, 160 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 MAI 1923)

Thyroïdectomie et immunité : allergie thyroïdienne. — M. AMERICO GARIBALDI.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 MAI 1923)

La prophylaxie de la tuberculose chez le nourrisson par le placement familial. — MM. Léon BERNARD et Robert DEBRÉ rapportent les résultats que leur a donnés le mode de prophylaxie dont ils ont décrit les principes dans leur précédente communication de 1920. Ils rappellent que la tuberculose du nourrisson est ordinairement la résultante d'une série de surinfections successives liées à un contact prolongé le plus souvent avec la mère. On peut donc, soit soustraire l'enfant à la contagion, soit, si l'on n'intervient pas à temps le dérober à une évolution grave en interrompant la série des surinfections.

Ils rappellent aussi les dispositifs de l'Œuvre du placement familial des tout-petits, créée et dirigée suivant leurs conseils par Mme Arnold Seligmann. Cette Œuvre dispose de 225 places réparties dans trois centres situés en Sologne; chacun des centres comprend un poste principal avec dispensaire pour les enfants de zéro à deux ans, et un poste secondaire pour les enfants de deux à quatre ans. En plus des nourriciers, où l'allaitement artificiel est surveillé par les infirmières, il y a des nourrices au sein, 7 actuellement pour les nourrissons plus débiles.

Le recrutement des enfants est surtout assuré par les dispensaires de l'Office d'hygiène sociale de la Seine; c'est lui qui, avec les subventions du ministère de l'Hygiène et les concours privés, alimente le budget de l'Œuvre.

La prophylaxie s'exerce en séparant des enfants qui ont été en contact avec un parent tuberculeux; mais une prophylaxie anténatale a été instituée, qui sépare les enfants dès la naissance : 25 nourrissons ont déjà été placés dans ces conditions.

Du 13 avril 1920 au 31 décembre 1922, l'Œuvre a reçu 183 enfants : 68 ont quitté les centres pour des raisons diverses; sur ce total on enregistre 3 décès, donc un taux de mortalité de 1,63 p. 100; si l'on y ajoute les 7 décès survenus chez des enfants qui avaient quitté les centres pour cause de maladie, on arrive à une mortalité totale de 5,46 p. 100.

Chez 153 enfants, les auteurs ont suivi leurs progrès pendant un temps suffisant pour autoriser une appréciation entièrement favorable de la santé qu'ils ont acquise. Leur résistance a été telle que des épidémies de rougeole et de coqueluche ont pu être traversées sans décès, alors qu'il s'agit d'enfants dont beaucoup sont contaminés.

Mais ces résultats remarquables sont subordonnés à l'ensemble des conditions réalisées par les dispositifs et le fonctionnement de l'Œuvre. A cet égard, les auteurs insistent sur la nécessité d'une infirmerie au dispensaire et sur les règles techniques de l'admission des enfants; ces règles s'inspirent de quatre principes : qu'ils ont fondé sur l'emploi de la cuti-réaction en série, ainsi que sur les lois de l'infection tuberculeuse du nourrisson; principe de la durée du contact; principe de l'âge de la contamination; principe de la puissance du contact; principe de la durée de la survie après séparation.

L'application de ces principes apporte une grande sécurité d'action à la prophylaxie de la tuberculose dans la première enfance dont l'importance dépasse encore celle de la seconde enfance, puisque c'est le premier âge surtout qui compte les tuberculoses les plus graves, les plus fréquemment mortelles.

Titrage et toxicité de l'extrait alcoolique de pancréas (insuline). — MM. H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL et M. LEBERT ont entrepris de nouvelles recherches sur les effets de l'injection au lapin de l'extrait alcoolique préparé

suivant la technique qu'ils ont indiquée antérieurement.

Ils ont injecté cet extrait à des séries de cinq à six lapins, observés à jeun, et recevant une même dose d'extrait par kilo. Ils ont constaté :

1° Que les lapins injectés avec une insuline d'un numéro d'ordre donné présentent tous de l'hypoglycémie et que la chute de glycémie est d'un ordre de grandeur comparable d'un animal à l'autre. Ce fait montre que le test de l'injection au lapin à jeun est suffisant pour étalonner l'activité d'une insuline. Si l'on venait à rencontrer l'un de ces lapins réfractaires dont M. Delezenne a parlé et que pour leur part les auteurs n'ont pas encore observés, il suffirait de recommencer l'essai sur un ou plusieurs autres lapins, afin de décider si l'insuline dont on dispose est ou non active.

2° L'extrait employé pour chacune des séries de lapins a été d'un numéro d'ordre de préparation différent; or, les chutes de glycémie ont été assez comparables d'une préparation à l'autre. Les auteurs en concluent que le mode de préparation qu'ils ont indiqué permet d'obtenir des extraits d'un ordre d'activité comparable.

En ce qui concerne la toxicité de l'extrait alcoolique, les auteurs se rallient à la conception des auteurs canadiens pour lesquels les accidents observés chez le lapin à jeun seraient dus non pas à l'insuline elle-même, mais à l'hypoglycémie brutale qu'elle provoque. Ils n'ont jamais observé, en effet, d'accidents sans une forte hypoglycémie; de plus, ils ont toujours vu l'injection de glucose arrêter les accidents; enfin, lorsqu'ils administraient du glucose en même temps que l'extrait, ils ont pu injecter, sans inconvénient, à un animal donné une dose d'extrait triple de celle qui déterminait chez lui des accidents.

Chez l'homme, sur plus de 1.000 injections effectuées, ils n'ont jamais observé d'accidents lorsque le sujet recevait des hydrocarbonés aussitôt après l'injection.

Ces faits leur paraissent légitimer l'application à l'homme de l'insuline suivant la technique qu'ils ont proposée le 27 mars 1923.

M. Hallion fait des réserves. Des expériences qu'il a faites il résulterait que l'extrait alcoolique de pancréas injecté à des cobayes ou à des lapins ne donnerait pas toujours des résultats comparables à ceux qui viennent d'être indiqués par M. Chabanier. Il ne faudrait pas laisser croire aux diabétiques qu'on est maintenant en possession d'un moyen infaillible de faire disparaître le diabète en quelques jours. M. Hallion se réserve d'ailleurs d'apporter prochainement à l'Académie les résultats des expériences qu'il a faites.

Nouveau procédé de préparation des extraits opothérapiques. — MM. Sartory (de Strasbourg) et Pellissier signalent un nouveau procédé de préparation des extraits opothérapiques qui peuvent, par une dessiccation rapide dans l'azote, les obtenir dans un état de pureté absolue et aussi actifs que l'organe frais en évitant les oxydations qui se produisent à l'air et les dislocations cellulaires qu'entraîne la glace.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 9 mai 1923)

Le sérum de Grimberg. — M. Bazy revient sur cette question déjà discutée dans les dernières séances à la suite d'une communication de M. Baudet. Il rappelle avoir fait quelques réserves sur l'emploi de ce sérum qui peut présenter quelques dangers. En 1901, Koch a préconisé ce qu'il a appelé la tuberculine, poursuivant le même but au point de vue du traitement de la tuberculose. On sait les accidents qu'a provoqués l'emploi de la tuberculine comme traitement, accidents tels que, après un engouement exagéré, on a dû complètement renoncer à son emploi. Etant donnés les rapports très étroits qui existent entre le sérum de Grimberg et la tuberculine de Koch, on peut craindre qu'il n'expose à certains dangers.

M. Baudet fait observer que cette question serait plus à sa place à la Société de biologie. Quoi qu'il en soit, il est incontestable que dans certains cas le sérum de Grimberg a paru donner de bons résultats dans le traitement des tuberculoses locales.

Hydronéphrose intermittente. — M. Alglave, à propos de la discussion pendante, communique une observation d'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère. Il s'agissait d'une vieille femme qui fut prise d'accidents d'obstruction intestinale. On sentait dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume des deux poings. Elle ne fut pas opérée et succomba. A l'autopsie, on vit que cette tumeur était constituée par le rein ptosé et en état d'hydronéphrose. On reconnut que la cause de l'hydronéphrose était une courbure de l'uretère sur les vaisseaux utéro-ovariens. Il est difficile, dans ces cas, de dire si les vaisseaux étaient anormaux.

Hernie obturatrice étranglée, hernie crurale. — M. Fredet fait un rapport sur une observation de M. Gauthier (de Luxeuil).

Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans qui n'avait jamais rien présenté d'anormal. Elle fut prise brusquement de signes d'obstruction intestinale. Comme elle portait une hernie crurale, on chercha de ce côté la cause de l'obstruction. Mais la hernie se réduisait facilement. Malgré cela, les phénomènes d'obstruction persistaient. M. Gauthier pratiqua d'abord la cure radicale de la hernie crurale. Puis il fit une laparotomie médiane, trouva une anse intestinale dilatée. Il s'agissait d'une hernie obturatrice étranglée. M. Gauthier retourna alors à son incision crurale, fit un débridement externe et réséqua une anse intestinale de 15 centimètres, sutura ensuite bout à bout. Il arriva sur la hernie obturatrice dont il sectionna le collet. Il ferma l'arcade crurale et ferma ensuite l'orifice herniaire par la voie abdominale. Il s'agissait donc d'une hernie obturatrice qui était restée inconnue pendant longtemps. Le procédé des deux voies, voie crurale et voie abdominale, employé dans ce cas par M. Gauthier mérite d'être préconisé.

Tumeur du creux poplité. — M. Roux-Berger analyse une observation de M. Clavelin (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un cavalier qui se plaint d'une douleur dans le creux poplité. On y constate une tuméfaction qui paraît divisée en deux parties, l'une dure, l'autre molle. La tension artérielle est la même sur les deux jambes. Il n'y a pas de modifications du côté de la pédieuse. Wassermann négatif. Pas de signes d'anévrisme. Il s'agit d'une volumineuse exostose au-dessous de laquelle se trouve une poche remplie de caillots. Il s'agit d'une petite déchirure de la poplitée. Ligature, grattage de l'exostose. Après l'opération, la tension artérielle n'est plus la même sur les deux jambes. Bon résultat.

Luxation de l'articulation temporo-maxillaire consécutive à des injections d'alcool. — Second rapport de M. Roux-Berger sur une observation adressée par MM. Combier et Murard (du Creusot) sur un cas de luxation de la mâchoire consécutive à des injections intranerveuses d'alcool, d'après le procédé de M. Sicard.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans atteinte d'une paralysie faciale récidivante qui après trois injections d'alcool fut atteinte d'une luxation à répétition de l'articulation temporo-maxillaire. Réduction sanglante, guérison.

M. Sicard, consulté sur ce cas, déclare n'avoir jamais observé cette complication après les injections d'alcool.

Nouvelle technique de la gastrostomie simple et rapide. — M. Mouchet décrit ce nouveau procédé proposé par M. Delvaux (de Luxembourg).

M. Lapointe fait observer qu'il n'y a rien de nouveau dans ce procédé.

M. Gosset a toujours recours au procédé de Witzel.

M. Gernez sur un malade chez lequel il avait employé ce procédé et qui, dans un accès de délire alcoolique, a retiré sa sonde, a eu beaucoup de peine à la lui remettre. C'est pourquoi il préfère le procédé de Souligoux.

M. Gosset reconnaît que lorsque la sonde a été retirée, il est très difficile de la remettre. Aussi prend-il soin de toujours la fixer à l'intérieur et à la peau.

Invagination intestinale. — Second rapport de M. Mouchet sur un cas d'invagination intestinale chez un enfant opéré par M. Descarpentries (de Roubaix) qui après avoir pratiqué la désinvagination draina l'intestin par un drainage intraappendiculaire. Tout en louant l'auteur du succès qu'il a obtenu, M. le rapporteur fait des réserves sur l'emploi du drainage intestinal.

M. Cunéo considère, dans ces cas, l'écrasement comme une bonne méthode, avec fermeture par accolement ou par plicature selon le procédé qu'il a préconisé.

Cancer de l'épididyme. — M. Lapointe communique l'observation d'un homme de soixante-six ans qu'il a opéré d'une tumeur de l'épididyme que l'examen histologique a montré être un épithélioma, ce qui a nécessité l'ablation ultérieure du testicule. Ces cas sont fort rares.

Fibrome pur né de la face interne de la IIIe côte. — Très belle observation de M. Duval. Il s'agissait d'une énorme tumeur intrapulmonaire qu'on croyait être un kyste hydatique et qui était un fibrome pur d'origine costale. M. Duval aborda cette tumeur par la voie postérieure et grâce à une grande ouverture put extraire cette tumeur que l'examen histologique montra être du fibrome pur.

Fracture de jambe, appareil de marche, pseudarthrose. — M. Hallopeau communique une observation de fracture de jambe à trois fragments qui a été traitée par un appareil de marche, dans un autre service que le sien; l'enfant ayant marché trop tôt, il en est résulté une pseudarthrose.

M. Alglave a vu le même fait se produire après l'application d'un appareil de marche pour une fracture isolée du tibia. Il est préférable de recourir à l'immobilisation.

M. Basset qui a appliqué un grand nombre d'appareils de marche dans le service de son maître, M. Delbet, maintient que lorsque l'appareil est bien appliqué, il donne toujours d'excellents résultats.

M. Alglave considère l'appareil de marche comme insuffisant au point de vue de la contention des fragments.

M. Dujarier préfère l'ostéosynthèse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 MAI 1923)

MM. Marcel Labbé, F. Nepveux et A. Lambru ont étudié chez dix sujets normaux les **effets de l'injection de 1 milligramme d'adrénaline**, et ils ont constaté une élévation très légère du pouls avec respiration à peine accélérée et un réflexe oculo-cardiaque inversé ou diminué.

La tension est inchangée ou à peine élevée.

L'élévation de la glycémie est en moyenne de 0,23; la durée de la réaction oscille entre 1 h. 1/4 et 4 heures et l'aire de réaction hyperglycémique est en moyenne de 0c²22.

Dosages de la cholestérine dans les parois artérielles (aortite, oblitération des tibiales). — MM. Marcel Labbé, Jean Heitz et F. Nepveux ont dosé la cholestérine dans l'aorte ascendante et abdominale, dans l'iliaque et les tibiales, chez une tuberculeuse à circulation normale, et chez deux sujets ayant présenté des troubles marqués de la circulation artérielle des membres inférieurs. Dans un de ces cas (diabétique), les altérations siégeaient surtout dans les artères des membres inférieurs; dans le second cas, elles prédominaient dans l'aorte abdominale et les iliaques.

D'une façon régulière, les dosages ont révélé un rapport étroit entre la teneur très augmentée des parois en cholestérine, l'importance des lésions macroscopiques et le degré des signes fonctionnels et physiques constatés pendant la vie. Ces constatations doivent être rapprochées de l'hypercholestérinémie précédemment signalée chez les sujets atteints d'artérite oblitérante.

De la cholestérinémie chez les porteurs de lésions aortiques. — M. Jean HEITZ a dosé la cholestérinémie dans le sang de 52 aortiques. Chez 28 d'entre eux, ne présentant pas de signes d'insuffisance cardiaque, ou présentant seulement des signes d'insuffisance ventriculaire gauche, la moyenne des résultats obtenus a été de 2g11 par litre, soit un chiffre nettement supérieur à la normale (1,60). La cholestérinémie était encore plus élevée chez les aortiques simultanément atteints de troubles de la circulation artérielle des membres inférieurs (2,72). Chez les aortiques présentant de l'insuffisance ventriculaire droite, la teneur moyenne du sang en cholestérinémie a été plus basse (1,75), descendant parfois au-dessous de 1 gramme. Ce fait paraît en rapport avec la dilution sanguine. La coexistence de diabète ou de cholécystite relève la cholestérinémie. De toutes manières, son taux s'abaisse notablement aux approches de la mort.

Action du chlorure de magnésium et des eaux minérales chlorurées magnésiennes sur la sécrétion des glandes annexes de l'intestin. — MM. P. CARNOT et H. GAEHLINGER ont expérimenté, soit chez le chien à fistule duodénale, soit chez l'homme chez qui on a pratiqué le tubage duodénal, l'action du chlorure de magnésium et des eaux de Châtel-Guyon, sur les sécrétions intestinales en général et la sécrétion biliopancréatique en particulier. Par voie rectale, duodénale ou sous-cutanée, ils ont toujours obtenu une augmentation marquée de la quantité du liquide tibio-pancréatique. La bile ainsi obtenue est d'une richesse accrue en pigments et en sels biliaires.

Le pouvoir liparique du liquide est augmenté par le chlorure de magnésium et l'eau de Châtel-Guyon. Le pouvoir tryptique, non influencé par le chlorure de magnésium, semble nettement augmenté par l'eau de Châtel-Guyon.

Chez un chien, porteur d'une fistule de Thiry-Vella, ils ont pu mettre en évidence une sécrétion de ferment inversif à la suite de l'injection sous-cutanée de chlorure de magnésium.

Le processus histologique de la lipodiérèse pulmonaire. — MM. H. ROGER, Léon BINET et J. VERNE donnent une étude histophysiologique de la lipodiérèse pulmonaire, en examinant au microscope des fragments de poumon prélevés sur des chiens qui ont reçu de l'huile d'olive dans les veines. La graisse injectée est arrêtée en totalité dans les capillaires; elle obstrue plus ou moins complètement la lumière des vaisseaux dont on distingue nettement l'endothélium.

Ces images ne sont que les exagérations de l'état physiologique; chez les animaux en digestion, on voit toujours en effet quelques globules graisseux arrêtés dans les capillaires du poumon.

En prélevant des fragments de poumon à des temps variables après l'injection d'huile, on constate que les globules graisseux sont rapidement attaqués. Des lacunes apparaissent dans leur masse, se produisant d'abord à la périphérie et leur conférant ainsi un aspect festonné. En même temps les réactions colorées se modifient; l'acide osmique donne une teinte grisâtre au lieu de la teinte noire; le soudan une teinte jaune au lieu de la teinte rouge. Les globules d'huile diminuent peu à peu de volume; et, cependant même réduits, ils ne sont pas entraînés par le courant sanguin; ils restent adhérents à l'endothélium vasculaire qui est simplement hypertrophié.

La lipodiérèse, déjà manifeste au bout de quinze ou vingt minutes, est surtout marquée dans les capillaires alvéolaires là où se fait l'aération. L'oxygène est, en effet, indispensable. L'huile ne disparaît pas dans le morceau de poumon conservé à l'étuve sans ventilation. Elle ne disparaît pas non plus dans les lobes pulmonaires dont on a lié la bronche, tout en respectant les vaisseaux. Elle persiste aussi dans les foyers congestifs que produisent fréquemment les petits traumatismes, inévitables au cours des expériences.

Recherches expérimentales sur le réflexe solaire. — MM. H. CLAUDE, L. GARRELON et D. SANTENOISE ont recherché expérimentalement le réflexe solaire sur l'animal. Ils ont observé sur des chiens à réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé naturellement ou à la suite d'injection sous-cutanée d'adrénaline, une diminution très nette de la pression différentielle, consécutive à l'excitation élective du plexus solaire.

Le réflexe solaire appartient au système thoraco-lombaire; on l'observe encore après section du vago-sympathique et destruction bilatérale de l'anneau de Vieussens.

La voie ascendante est constituée par les splanchniques dont la section est suivie de la disparition du réflexe. On obtient de plus le réflexe après section d'un seul splanchnique en excitant le bout supérieur de ce nerf.

C'est un réflexe vaso-moteur.

L'excitation du plexus provoque en effet une vaso-dilatation abdominale lorsque le réflexe est positif, et au contraire une vaso-constriction quand ce réflexe est inverse.

De plus, il semble que l'excitation du plexus solaire soit aussi suivie de phénomènes vaso-moteurs pulmonaires.

Le réflexe solaire est donc bien un moyen d'investigation électif de l'excitabilité du système sympathique.

Élection. — Mme DEJERINE est élue membre titulaire.

— Réunion biologique de Marseille :

Tuberculose et bacillémie chez le Noir. — MM. H. MORIN et SONDAG. Malgré l'allure fréquemment septicémique de la tuberculose au début chez le Noir d'Afrique, la bacillémie ne paraît pas chez lui plus aisée à mettre en évidence que chez le sujet blanc. Par inoculation du sang total au cobaye, les auteurs n'ont obtenu l'infection de l'animal que dans 1 cas sur 10.

Expériences sur l'action du phosphore en circulation artificielle dans le foie isolé de l'organisme. — M. P. GROS. Pour éliminer la cause d'erreur provenant de la mobilisation des graisses de l'organisme qui fausse les résultats des expériences de dégénérescence du foie par le phosphore, l'auteur a pratiqué des circulations artificielles de sang phosphoré dans les foies de chien isolés de l'organisme. Les dosages des graisses de l'organe avant et après ont montré 2 fois une diminution de 35 p. 100 et 42 p. 100, résultat de même ordre que par circulation de sang pur où la diminution a été de 50 p. 100. Ces expériences ont mis en évidence les phénomènes de lipolyse physiologique dans le foie, mais l'action toxique a été de trop courte durée pour conclure sur le rôle du phosphore. (Laboratoire de l'Ecole de médecine de Marseille.)

Présence de « micrococcus arthriticus » dans l'épanchement d'une mono-arthrite aiguë du genou. — MM. S. COSTA et L. BOYER apportent une nouvelle observation d'arthrite aiguë primitive du genou, de l'épanchement de laquelle ils ont isolé à trois reprises différentes le diplocoque que S. Costa a décrit en 1920 sous le nom de *M. arthriticus*, et qu'il avait déjà trouvé trois fois chez des malades atteints d'affections de même type clinique. Les arthrites aiguës à *M. arthriticus* rappellent par leurs caractères les arthrites aiguës blennorragiques, mais se produisent chez des sujets indemnes de toute infection gonococcique. Le *M. arthriticus* est d'ailleurs un diplocoque Gram-négatif qui se place entre le gonocoque et le méningocoque.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 22 AU 26 MAI 1923)

THÈSES

Mercredi 23 mai. — Jury : MM. Roger, président; Bernard, Labbé (M.) et Lemierre. — M. LE DROUMAGUET (R.). Notes sur les premières vaccinations contre la variole. — M. VABOIS (Hervé). Etude sur les laryngites tuberculeuses. — M. VASLIN (Lucien). Un traitement des crises gastriques des tabétiques.

Jeudi 24 mai. — Jury : MM. Jeanselme, président; Bezançon, Brumpt et Carnot. — M. MOLES (Raymond). Diagnostic des tumeurs malignes du poumon. — M. BENOIT (Marcel). Considérations cliniques sur les arsénothérapies de la syphilis au cours de la grossesse. — M. PICAUD (Charles). Etude sur l'homocaféinate de soude. — M. POUSELLE (André). Contribution à l'étude des trypanosomes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE JEUDI 7 JUIN 1923

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, en 83 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le deuxième semestre 1923.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au mardi 29 mai 1923.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Louste, Babonneix, Israël de Jong, Michel, Vincent, Achard, qui acceptent; Herscher, Pagniez, Béclère, Laubry, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 17 mai. — MM. Brocq, Gouverneur et Métivet, 19.

Sont proposés pour être nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. Métivet, 132; Brocq, 131.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Bourdier et Bollach.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Secousse et Boisserie-Lacroix.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — *Epreuve orale.* — MM. Chastang, 19,45; Bernard (R.), 18,39; Larget, 18,44; Raiga, 15,39; Godart, 15,38; Thalheimer, 18,45; Velti, 17,45; Chevallier, 16; Gaume, 18,44; Gueullette, 15.

FÊTES NATIONALES DU CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE PASTEUR. — Les fêtes nationales du centenaire de la naissance de Pasteur commencent cette semaine. En voici le programme :

Mardi 22 mai. — Le Comité américain, pour la commémoration organise à la Sorbonne une grande réunion sous la présidence de l'Ambassadeur américain.

Des discours seront prononcés par l'honorable Selden Palmer Spencer, sénateur du Missouri et par le docteur William Sydney Thayer de la Johns Hopkins University.

M. Pasteur Vallery-Radot, médecin des hôpitaux de Paris, répondra.

Le *mercredi 23 mai*, à 9 h. du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, l'Union des médecins arméniens de Paris organise une fête en l'honneur de Pasteur, sous la présidence effective de M. le professeur Acchard, secrétaire de l'Aadémie de médecine.

M. le docteur Louis Martin, sous-directeur à l'Institut Pasteur, assistera à la séance.

Jeudi 24 mai. — A 21 h. 30, réception par M. le président de la République, au palais de l'Elysée.

Vendredi 25 mai. — A 9 h. 30, visite à l'Institut Pasteur et au tombeau.

A 15 h., cérémonie à la Sorbonne, sous la présidence de M. le président de la République.

Discours du recteur, M. Appel, de M. Léon Bérard, ministre de l'Instruction publique, lecture des adresses de MM. les délégués étrangers. Discours de M. Strauss, ministre de l'Hygiène.

Samedi 26 mai. — A 10 h., visite à l'Ecole normale. Réception à l'Hôtel-de-Ville.

Dimanche 27 mai. — A 20 h., soirée de gala à l'Opéra et au Théâtre Français.

Lundi 28 mai. — A 12 h., banquet à Versailles. Visite du Palais et des Trianons. Grandes eaux.

Mardi 29 mai. — A 15 h., garden party à Chantilly, offert par l'Institut de France.

Le voyage présidentiel. — Le vendredi soir, 25 mai, le président de la République partira pour assister aux fêtes commémoratives de Dôle, Lons-le-Saunier, Arbois et Besançon.

Le 29 mai, le président arrivera à Strasbourg où il inaugurera, le 31 mai, le monument élevé à la gloire de Pasteur, sur la place de l'Université, et le musée d'hygiène.

Le 1er juin, il procédera à l'inauguration de l'exposition internationale dite du centenaire de Pasteur.

LISTE DES CONGRÈS QUI SE TIENDRONT A STRASBOURG PENDANT LA DURÉE DE L'EXPOSITION. — *Congrès de la tuberculose*, du 2 au 5 juin 1923. — Secrétaire général : M. Léon Bernard, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

Congrès d'ophtalmologie, du 6 au 12 juin. — Secrétaire général : M. le docteur René Onfroy, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris.

Congrès national des habitations à bon marché, du 15 au 17 juin. — Secrétaire général : M Ferrand, 37, rue de Valois, Paris.

Congrès de l'Association générale des techniciens et hygiénistes municipaux, du 4 au 7 juillet. — Secrétaire général : M. Regnard, 5, rue Palatine, Paris.

Congrès des ingénieurs de chauffage et de ventilation de France, du 10 au 12 juillet. — Président : M. Debasson, 2 *bis*, avenue des Gobelins, Paris.

Congrès international d'urbanisme et d'hygiène municipale, du 15 au 16 juillet. — Commissaire général : M. Albert Parenty, 10, rue Lavoisier, Paris.

Congrès du cancer, du 23 au 24 juillet. — Secrétaire général : M. Roussy, 31, avenue d'Antin, Paris.

Congrès du froid, du 24 au 27 juillet. — Secrétaire général : M. Barrier, 9, avenue Carnot, Paris.

Congrès de la dermatologie, du 26 au 28 juillet. — Président : M. le professeur Pautrier, clinique de dermatologie, hospices civils de Strasbourg.

IIIe conférence internationale de la lèpre, du 28 au 31 juillet. — Secrétaire général : M. Marchoux, 207, rue de Vaugirard, Paris.

Congrès de la fièvre puerpuérale, du 1er au 4 août. — Président : M. le professeur Schickele, directeur de la clinique d'accouchement, hospices civils de Strasbourg.

Congrès national de la laiterie, du 20 au 23 septembre. — Secrétaire général : M. Guy Moussu, 3, rue Baillif, Paris.

Congrès des jardins ouvriers, du 20 au 23 septembre. — Secrétaire général : M. l'abbé Lemire, 26, rue Lhomond, Paris.

Congrès de l'alliance de l'hygiène sociale, du 23 au 25 septembre. — Secrétaire général : M. Montet, 5, rue Las-Cases, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Ch.-Edouard Godon, maire adjoint du VIIIe arrondissement, président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris, président d'honneur de la Fédération dentaire internationale, officier de la Légion d'honneur. Nous adressons à son gendre, le docteur J. Lemeland, accoucheur des hôpitaux, l'expression de nos très vives condoléances.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX.

APPRÉCIATION DES TRIBUNAUX ; SITUATION PÉCUNIAIRE DU MALADE. RÉDUCTION.

Nous avons indiqué précédemment que lorsqu'un médecin ou un chirurgien se trouvait dans la nécessité de réclamer en justice le montant des honoraires à lui dus pour soins donnés ou pour opération effectuée, les tribunaux tenaient compte de plusieurs éléments : la gravité de la maladie, d'une part, la notoriété, la science de l'homme de l'art de seconde part, et, enfin, la situation sociale et pécuniaire du malade.

Les honoraires sont, pour employer une expression usitée, fonction de ces divers éléments ; et notamment le malade doit être en mesure de payer les honoraires suivant sa condition.

Dans l'espèce que nous rapportons, le Tribunal civil de la Seine, en un jugement du 7 mars 1923, a tenu compte de la condition sociale et pécuniaire pour réduire la demande d'honoraires. L'espèce vaut la peine d'être signalée aux lecteurs.

Le 22 février 1921, le docteur M... forma contre G... une demande en paiement de la somme de 1.500 francs pour solde d'honoraires restant dus par ce dernier sur un total de 4.000 francs. Le docteur M... avait pratiqué le 16 janvier 1920 l'opération de l'appendicite sur la fille de G... transportée à la clinique Saint-Rémy, à Angers, à la suite d'une crise aiguë. Cette opération fut suivie le 15 mai 1920 d'une seconde intervention pour laquelle le demandeur se transporta à Feneu avec ses aides ;

Ces opérations furent suivies de la guérison de la malade ; et les frais de séjour à la clinique, du 16 janvier au 9 février 1920, furent réglés directement par G..., lequel remit 100 francs à l'un des aides du praticien lors de la première opération ;

Le docteur M... réclama à G... une somme de 4.000 francs pour prix de ces deux interventions (3.000 francs pour la première et 1.000 francs pour la seconde) ainsi que pour tous les soins consécutifs ; ce dernier lui fit parvenir en juin 1920 un chèque de 2.500 francs en lui demandant de réduire à ce chiffre le montant de ses honoraires, eu égard à sa situation de fortune précaire ;

« Attendu, dit le jugement, que le docteur M... s'est opposé à cette prétention et que G... soutient aujourd'hui que ladite somme de 2.500 francs constitue une rémunération largement suffisante des soins et interventions donnés par ce dernier à sa fille, en reconnaissant d'ailleurs qu'ils ont permis de la ramener à la santé ;

Attendu qu'aucun prix forfaitaire n'ayant été convenu entre les parties lors de la première opération, il y a lieu d'examiner si la somme réclamée par le demandeur est excessive ou non, *en tenant compte de la gravité de la maladie, des résultats des interventions, de la notoriété du praticien et de la situation de fortune du débiteur* ;

Attendu qu'il ne peut être sérieusement contesté que l'opération de l'appendicite pratiquée à chaud, c'est-à-dire en pleine crise, sur la jeune G... a constitué réellement une intervention grave et périlleuse, qu'elle a été suivie de nombreux soins et pansements et que un seul des deux aides a reçu du défendeur une somme de 100 francs ;

Que si la seconde opération peut être considérée dans une certaine mesure comme une suite de la première, il y a lieu de retenir que le docteur M... a dû se transporter à 12 kilomètres d'Angers pour y procéder avec l'assistance de deux aides qui n'ont reçu aucune rétribution de la famille G... ;

Attendu, en outre, que le docteur M..., dont le défendeur reconnaît d'ailleurs les capacités, est un praticien distingué, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Angers et chirurgien de l'Hôtel-Dieu ;

Que si l'on ne devait tenir compte que des éléments indiqués ci-dessus, la demande formée par le docteur M... ne pourrait être considérée comme exagérée ;

Mais attendu que ce dernier a lui-même déclaré que la somme de 4.000 francs par lui réclamée se trouve en rapport avec la situation très aisée de G..., ancien notaire, propriétaire d'immeubles et pourvu d'une fortune importante ;

Que cette appréciation fondée sur les apparences n'apparaît pas conforme à la réalité après les renseignements très circonstanciés et détaillés fournis par G... sur les ressources dont il dispose ;

Qu'en effet G... a dû contracter plusieurs emprunts, tant pour acquérir son étude que pour payer ses échéances, qu'il a utilisé à cet effet les garanties que sa femme et deux autres parents pouvaient lui fournir ;

Que le total de ces emprunts contractés à X... et à Y... représente une somme de près de 200.000 francs et qu'il a dû céder son étude de notaire après huit années seulement d'exercice pour s'occuper de gérance d'immeubles à Paris ;

Attendu que, dans ces conditions, le docteur M... paraît avoir été induit en erreur sur les ressources réelles des époux G... ;

Qu'il est permis de penser qu'il aurait peut-être consenti à modérer sa demande s'il avait été loyalement mis au courant par G... de sa situation embarrassée et de ses difficultés pécuniaires ;

Attendu que faisant état de ce dernier élément il y a lieu de fixer à la somme de 3.000 francs la rémunération légitimement due au docteur M... et à 500 francs le reliquat dont se trouve débiteur G... vis-à-vis de lui, après le versement de l'acompte de 2.500 francs effectué en juin 1920. »

Le Tribunal a mis les dépens du procès à la charge de G... qui avait fait une offre insuffisante.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.


SPECTROL

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1922

Par Louis DELHERM et J. LOUBIER.

I. SYSTÈME NERVEUX

La chronaxie en pathologie. (G. Bourguignon. *Bull. of. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, juil. 1922.) — Importante conférence dont nous ne pouvons donner ici qu'une vague idée.

Les réactions électriques donnent des renseignements sur l'état physiologique et non sur l'état anatomique : par des artifices on peut, d'une façon passagère, déterminer sur un muscle sain l'état de dégénérescence; pour affirmer qu'il y a une lésion, il faut que les réactions observées soient constantes et ne soient pas modifiées par des circonstances extérieures (le réchauffement, par exemple).

Quand le neurone moteur périphérique est lésé, l'examen électrique montre que le muscle s'altère : la forme de sa contraction s'éloigne de plus en plus de la normale, la chronaxie suit les variations de la contraction.

La réaction de dégénérescence partielle s'observe quand toutes les fibres ne sont pas dégénérées; la réaction de dégénérescence totale, quand elles le sont toutes; dans le premier cas, la chronaxie est différente au point moteur, dans le second, la chronaxie est la même partout.

On ne doit pas dire qu'un nerf est inexcitable, mais que le muscle ne réagit pas à l'excitation portée sur le nerf. Nous n'avons pas en clinique un moyen qui puisse nous faire dire si le nerf est mort ou s'il a une chronaxie trop différente de celle du muscle pour lui transmettre l'excitation.

La lésion d'un territoire nerveux donne des modifications de la chronaxie dans le membre correspondant ou dans le membre symétrique ayant une même chronaxie. Bourguignon appelle cela la répercussion.

L'étude minutieuse de la chronaxie permet de suivre l'évolution d'une maladie comme la courbe de la température le fait dans une pyrexie.

La galvanisation abdomino-thyroïdienne dans le traitement des syndromes basedowiens et basedowiformes. (Maxime Ménard et Foubert. *Journ. de radiol. et d'électr.*, avril 1922, t. VI, n° 4.) — En dehors de la thérapeutique chirurgicale il existe trois méthodes physiothérapiques donnant sans aucun danger des résultats excellents, ce sont : *1° la faradisation par la méthode de Vigouroux; 2° la galvanisation; 3° la radiothérapie.*

Les auteurs laissent de côté la première de ces méthodes avec laquelle on n'obtient que des résultats incomplets fugaces et inconstants.

Par contre, durant ces deux dernières années, dans leur service de l'hôpital Cochin, ils ont essayé de comparer la galvanisation et la radiothérapie : dix-sept malades ayant été traités par la première méthode, dix, par la seconde. En comparant les résultats on voit que ces deux méthodes ont une valeur à peu près égale. On a même traité trente-sept malades par la combinaison de la galvanisation et de la radiothérapie : les résultats sont meilleurs, le pourcentage des échecs est notablement diminué.

Les auteurs décrivent leur méthode de galvanisation abdomino-thyroïdienne, qui leur apparaît le traitement de choix dans tous les syndromes typiques ou frustes qui se rattachent au basedowisme, et rapportent huit observations.

Les électrodes employées sont celles de Hirtz. Les deux électrodes paravertébrales, constituant le pôle positif, ont chacune 85 centimètres de long sur 15 centimètres de large. Le pôle négatif est constitué par une électrode abdominale de 35 centimètres de long sur 25 centimètres de large et par une électrode thyroïdienne de 150 centimètres carrés environ et ayant la forme classique. On fait passer l'intensité que peut supporter le malade pendant vingt à trente minutes, trois fois par semaine. En employant cette technique on a un gain énorme d'intensité et par conséquent d'efficacité de traitement. En effet dans la méthode classique il est difficile d'atteindre 30 milliampères tandis qu'avec la galvanisation abdomino-thyroïdienne on arrive à faire traverser le cou par des courants pouvant aller jusqu'à 80 milliampères, dans un cas favorable, et dans la majorité des cas on a une intensité de 50 milliampères environ dans le circuit thyroïdien.

La galvanisation abdomino-thyroïdienne agit sur toutes les manifestations de la maladie : goître, tachycardie, tremblement, exophtalmie; elle améliore l'état général des malades, la diarrhée cède rapidement et les troubles des règles disparaissent d'une façon à peu près constante.

La durée du traitement, variable suivant les cas, est de trois mois, au moins.

Traitement électrique du syndrome de Basedow, après échec de la radiothérapie. (S. Portret. *Bull. of. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, oct. 1922.) — L'auteur apporte quatre observations de maladie de Basedow où après échec de la radiothérapie, il a obtenu, par la simple application locale de courant galvanique, des résultats très intéressants au point de vue de l'état local et de l'état général. Une électrode négative, en forme de croissant embrasse la face antérieure du cou, l'autre, plus large, reliée au pôle positif est fixée entre les deux épaules. Intensité de 7 à 15 milliampères pendant quinze à vingt minutes. Vingt séances environ, trois fois par semaine; repos, trois semaines et reprendre si cela est nécessaire.

Au cours de la discussion, M. Bourguignon dit que grâce à sa technique, il n'a pas eu besoin de recourir à un autre traitement que la radiothérapie.

M. Delherm. Avant la radiothérapie, il y a eu des travaux très intéressants sur l'action des courants galvanique, faradique et galvano-faradique dans le traitement des maladies de Graves, avec des succès aussi remarquables que ceux que nous ont donné la radiothérapie. Depuis dix ans l'électrothérapie a été complètement abandonnée. Elle reprend aujourd'hui ses droits comme le montrent ces observations, les travaux de la Pitié et la thèse de Foubert.

Electrothérapie et radiothérapie dans le goitre exophtalmique. (L. Delherm. *Bull. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, nov. 1922.) — L'auteur fait l'historique de la question et rappelle qu'avant la découverte des rayons X de nombreuses publications ont montré que l'électrothérapie sous ses diverses formes a une action très efficace dans la majorité des cas de goitres.

Les traitements qui figurent dans les livres classiques peuvent se diviser en traitements locaux et traitements généraux.

Les traitements locaux comportent les applications faites :

1° Avec le courant faradique (Vigouroux);
2° Avec le courant galvanique;
3° Avec le courant galvano-faradique.

Les traitements généraux consistent en applications de haute fréquence, de statistique et de bain sinusoïdal.

Après avoir cité la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, Delherm fait un parallèle entre les résultats de l'électrothérapie et de la radiothérapie : les deux méthodes

se valent, l'auteur les a utilisées bien des fois pour se rendre compte de leur valeur respective. « La vérité est que tantôt certains cas réagissent mieux à l'une, d'autres cas à l'autre méthode. »

Aussi, pour conclure, l'auteur préconise leur combinaison.

Traitement de la paralysie faciale périphérique par ionisation d'iodure de potassium avec pénétration intra-cranienne du courant. (Bourguignon. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, mars 1922.) — L'auteur place une électrode imbibée d'une solution d'iodure de potassium reliée au pôle négatif sur l'œil fermé et dans le conduit auditif externe; séances trois fois par semaine avec une intensité ne dépassant pas 5 m. a.

Un malade, vu deux mois après le début, présentait une réaction de dégénérescence totale. Cinq mois après le début, c'est-à-dire après deux séries d'un mois du traitement indiqué par l'auteur, la face semblait normale, sauf quelques ébauches de contractures.

Cette observation est accompagnée des tableaux détaillés de la chronaximétrie.

L'électroradiologie dans le traitement des algies. (Laquerrière et Delherm. *La Médecine*, fév. 1922.) — Revue générale. Les applications directes et indirectes de l'électricité sont très variées; les cas qui se présentent en clinique sont également très divers.

1° *Modalités agissant sur l'état général.* — Applications générales de haute fréquence, bain statique.

2° *Modalités révulsives.* — Contre-indiquées dans la période aiguë des névralgies : étincelles de statique et de haute fréquence, douche percutante d'air chaud, révulsion faradique.

3° *Modalités rééducatives.* — Révulsion faradique par le pinceau de Duchenne et le râteau de Tripier.

4° *Modalités sédatives.* — Douche d'air chaud sans pression, effluvation, radiothérapie, courant continu.

La névralgie tronculaire relève surtout du courant continu, la radiculaire, de la radiothérapie; la combinaison des deux méthodes donne quelquefois, dans les cas anciens, d'excellents résultats.

Le tic douloureux de la face peut être amélioré et même guéri par le courant continu à la condition de faire des intensités suffisantes des séances longues et de continuer le traitement pendant longtemps.

Une auto-observation de névralgies. Quelques considérations thérapeutiques. (Laquerrière. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, fév. 1922.) — Névralgie du plexus brachial contre laquelle la pharmacopée ne donna aucun résultat. Le courant continu en application longitudinale, le courant ondulatoire, la diathermie furent mal tolérés et sans action.

Au contraire, la guérison survint rapidement par des applications transversales de courant continu avec introduction électrolytique d'aconitine.

Les myopathies. (André Léri. *Concours méd.*, 30 avril 1922.) — Le traitement des myopathies se résume dans l'électrothérapie. Le courant continu, à intensité faible, augmente l'osmose, favorise la circulation et les échanges vitaux et agit ainsi sur la trophicité; mais il ne faut pas fatiguer le muscle, ce qui favoriserait son atrophie. On peut cependant, après un examen électrique sérieux, pratiquer l'excitation du muscle par l'intermédiaire du nerf, si la chronaxie est normale : cette pratique doit être réservée uniquement au spécialiste. Le traitement sera appliqué tous les six mois pendant six semaines.

Quand toute excitabilité électrique a disparu, tout traitement est inutile.

Traitement physiothérapique des paraplégies des vieillards. (Chartier (Paris). *Ann. de méd. phys. d'Anvers*, mars 1922.) — Ces paraplégies se divisent en *fonctionnelles* et en *organiques*.

Dans les paraplégies *fonctionnelles*, l'auteur emploie surtout l'hydrothérapie.

Dans les paraplégies *organiques*, il ajoute à l'hydrothérapie la haute fréquence sous forme de cage ou de lit condensateur. On peut également employer la galvanisation rachidienne et la radiothérapie. Dans les paraplégies myopathiques on proscrira le courant faradique et la galvanisation rythmée, mais on pourra user du massage léger, du bain thermo-lumineux et du courant continu à faible intensité.

Le signal trapézo-faradique ou électro-signal d'alarme dans la tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet. (J.-L. Roumaillac. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 janv. 1922.) — Une électrode indifférente est placée sur le sternum, le tampon excitateur est porté sur le point moteur de chaque trapèze en se servant du courant faradique. En cas de lésion unilatérale on observe des modifications quantitatives.

C'est ce que l'auteur appelle le « signal trapézo-faradique » qui peut rendre des services dans le diagnostic précoce de la tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet et être utile dans les cas où cette lésion est latente ou échappe à l'examen clinique.

II. TUBE DIGESTIF

Atrophie des glandes salivaires avec arrêt de la sécrétion traitée et guérie par l'électrothérapie. (Pene et Lamarque. *Arch. d'électr. méd. et de physioth.*, fév. 1922.) — Femme de soixante-sept ans présentant depuis treize ans des parotidites aiguës bilatérales à répétition avec arrêt de la salivation au point qu'elle était obligée de se mouiller la bouche pour parler. Le traitement a constitué en galvanisation rythmée et inversée, un pôle sur chaque parotide, séance de dix minutes. Au bout de vingt séances, amélioration très nette et après dix nouvelles séances salivation abondante. La guérison est maintenue six mois après.

La galvanisation rythmée a sans doute augmenté la nutrition de la glande d'où reprise de la sécrétion, tandis que les muscles voisins ont repris la force de chasser la salive des acini.

La physiothérapie dans le traitement des affections biliaires et hépatiques. (Curran Pope. *Amer. Journ. of Electr. a. Radiol.*, janv. 1922.) — L'*électrothérapie*, entre les périodes aiguës, peut être employée sous forme de :

1° Courant galvanique agissant par son action ionisante sur le métabolisme hépato-biliaire.

2° Courant faradique qui est un stimulant énergique des organes splanchniques. En général, l'auteur associe les deux courants. Electrodes larges, positif sur les régions hépato-biliaires, négatif dans le dos : courant galvanique de 40 à 60 m. a. avec faradisation tétanisante aux intensités tolérables. Durée de dix à vingt minutes.

3° Courant sinusoïdal.

4° Electricité statique avec étincelage sur les régions hépatiques antérieure et postérieure.

5° Diathermie, très indiquée. Une large électrode à la région hépatique postérieure, une plus réduite sur la région de la vésicule, intensité 1.000 à 1.500 m. a. au moins.

La *lumière* peut être également employée avec profit.

Il y a intérêt à combiner les différentes méthodes.

Quelques mots sur les troubles digestifs et leur traitement par l'électrothérapie. (Bienfait. *Ann. de méd. phys. d'Anvers*, mars 1922.) — Le traitement électrique peut, dans certaines affections de l'appareil digestif, agir sur la sensibilité et la motilité et permettre au malade de reprendre sa vie normale tout en évitant les excès.

Le *courant faradique* (bobine à gros fil), interrompu au métronome peut être employé dans les cas de ptose et de faiblesse des muscles de la paroi abdominale.

Le *courant continu*, avec une intensité de 25 à 60 m. a. pendant un quart d heure, a une action réelle sur la tonicité des fibres lisses de l'estomac et de l'intestin. Pour agir sur la musculature on peut faire des renversements sur 25 m. a. qui sont fort bien tolérés à cette intensité.

Un lavement électrique. (Laquerrière et Watteau. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, avril 1922.) — Malade de soixante et onze ans, atteinte d'obstruction avec fièvre, inopérable, chez laquelle un premier lavement électrique ne donna pas de résultat. La débâcle complète ne se produisit qu'au sixième lavement. Laquerrière conclut : 1° qu'il faut avoir à sa disposition beaucoup d'eau; 12 litres

ont été employés au premier lavement; 2° qu'il n'y a pas de chiffre fatidique pour l'épreuve du lavement électrique; quand il se manifeste des signes favorables il faut persévérer.

Traitement des hémorroïdes procidentes par la diathermo-coagulation. (H. Bordier. *Arch. d'électr. méd. et de physioth.*, 21 déc. 1921.) — L'auteur préconise un procédé chirurgical : après anesthésie générale ou locale, une électrode de 200 centimètres carrés étant placée aux lombes, il applique l'électrode sur chaque bourrelet hémorroïdal pour en produire la coction. On arrive avec une certaine habitude, à la condition d'employer une intensité suffisante, à coaguler la totalité du paquet en une minute.

Pendant les jours qui suivent, le malade souffre après les selles. Bordier prescrit d'envoyer après les selles, sur la région anale, le jet d'un siphon d'eau de Seltz puis d'essuyer avec un tampon d'ouate imbibé d'eau oxygénée dédoublée avec de l'eau tiède et additionnée à parties égales d'une solution de Ki à 7 p. 100. En cas de douleurs trop vives, suppositoires cocaïne-adrénaline. En général, la guérison se produit entre quinze et vingt jours. Il n'y a aucune complication à redouter si l'on suit les prescriptions indiquées.

III. APPAREIL CIRCULATOIRE. NUTRITION

Rapport sur l'action physiologique et thérapeutique des courants de haute fréquence. (Ronneaux et Laquerrière. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. VI, n° 7, p. 321-330.) — Dans ce rapport très complet et très documenté, présenté au Congrès de Londres (juin 1922), les auteurs passent en revue les différentes propriétés physiologiques des courants de haute fréquence et leur utilisation thérapeutique.

Sous la rubrique d'*applications générales de tension moyenne*, on range le lit condensateur, la cage d'autoconduction et certaines applications des spirales de Guilleminot. Ces applications ont une action sur la respiration, sur la thermogénèse, sur les excrétions urinaires, sur les maladies de la nutrition, etc.; mais, c'est surtout dans les maladies de l'appareil circulatoire que les effets thérapeutiques sont appréciables. Si les courants de haute fréquence ne modifient pas la calcification des artères, s'ils n'ont pas une grande action sur l'hypertension constante, ils sont, du moins, capables de soulager les malades en atténuant ou en faisant disparaître certains troubles comme : dyspnée d'effort, céphalée, bourdonnements d'oreilles, refroidissement des extrémités, etc.

Les *applications générales de basse tension et de grande quantité* ne sont autres que la thermopénétration, la transthermie ou diathermie. Ces applications déterminent des actions thermiques considérables qu'on ne peut obtenir avec un autre courant. La thermopénétration, en application générale, peut être utilisée chez les sujets à nutrition insuffisante (Bergonié); en applications locales, elle sert à combattre les phénomènes douloureux, les troubles circulatoires d'un membre, les affections articulaires (arthrite rhumatismale, gonococcique), etc.

Applications de tension élevée. — Ces applications utilisent les phénomènes de résonance des courants de haute fréquence. C'est surtout l'action antispasmodique et décongestionnante de la haute fréquence qui entre en jeu. C'est ainsi que l'on a des résultats remarquables dans la fissure anale sphinctéralgique et les hémorroïdes.

On peut encore employer la haute fréquence locale dans les spasmes de l'œsophage (Bensaude et Ronneaux), les algies diverses, les troubles circulatoires localisés (doigt mort, maladie de Raynaud), les ulcères variqueux, les plaies atones, etc. Signalons, enfin, que Thielle a récemment traité, avec succès, des gazés, par ce procédé.

En terminant, les auteurs expriment le vœu que les applications locales de haute fréquence, reléguées au second plan par l'emploi de la radiothérapie, reprennent bientôt la place qu'elles méritent dans l'arsenal thérapeutique.

Rapport sur les courants de haute fréquence. (Frédéric de Kraft, *American Journ. of electroth. and radiol.*, déc. 1921.) — L'auteur s'occupe à peu près exclusivement de la diathermie.

La diathermie agit surtout sur le système sympathique et les vaso-moteurs, elle stimule les cellules et augmente leurs échanges chimiques; elle détermine une hyperhémie artérielle, dissipe les stases veineuses et active la circulation lymphatique.

Il faut prendre quelques précautions : surveiller les séances de près et prendre souvent le pouls, toute accélération du pouls pendant la séance est un signal d'alarme; c'est par l'étude des réactions qu'on fixera la durée, l'intensité et la répétition des séances.

Dans l'hypertension les effets de l'autocondensation sont connus, mais de Kraft applique de préférence la diathermie sur le cœur. Le malade est installé soit sur un lit, soit dans un fauteuil; les électrodes de 10 centimètres sur 20 sont placées l'une en arrière, l'autre en avant du cœur. Le courant ne doit donner aucune sensation faradique mais uniquement l'impression de douce chaleur. On débute à 200 m.a. pour monter jusqu'à 900. Plus tard, quand le patient est accoutumé on peut pousser jusqu'à 2.500. La première séance est de cinq minutes, la durée peut être augmentée ultérieurement jusqu'à vingt minutes.

Certaines applications comme le lit condensateur sont indiquées quand on veut accroître les échanges comme dans la goutte.

Les applications médicales de la diathermie. (Grunspan de Brancas. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. VI, n° 8, p. 364.) — Dans ce rapport, présenté au Congrès de Montpellier de 1922, l'auteur commence par définir la diathermie, puis arrive à la technique. On peut, avec une bonne technique, élever la températura des tissus jusqu'à 40°5, sans provoquer de brûlures de la peau. Pour cela, il faut employer des électrodes souples et métalliques qui se moulent et adhèrent exactement à la surface que l'on veut traiter. Il faut proscrire les électrodes mobiles et les électrodes liquides.

Parmi les principaux effets physiologiques de la diathermie, on peut citer : sédation de la douleur, effet hyperémiant, effet hypersécréteur.

Les indications de ce procédé thérapeutique sont multiples. On l'a employé avec succès dans le traitement des arthrites, qu'elles soient d'origine goutteuse ou d'origine gonococcique; le rhumatisme blennorragique guérit rapidement lorsqu'il est soumis, dès le début, à l'action de la diathermie. Les névrites périphériques et les névralgies en retirent le plus grand bénéfice.

On a encore employé la diathermie dans le traitement des reliquats de pleurésies anciennes, mais il faut citer surtout le traitement des paramétrites, des périmétrites et des névralgies annexielles d'origines diverses.

La diathermie est encore employée avec succès dans les gastralgies, les dyspepsies, les spasmes du pylore et les maladies de la nutrition (Bergonié) en relevant l'état général des malades auxquels elle s'adresse.

La thérapeutique de l'hypertension artérielle. (A. Mougeot. *Bull. méd.*, 27 juillet 1922.) — Passant en revue les différents procédés que le praticien a à sa disposition pour combattre l'hypertension artérielle, l'auteur pense que parmi les agents physiques, on doit retenir l'hydrothérapie, la cinésithérapie et l'*électrothérapie*.

La galvanisation et la faradisation ne semblent pas, d'après Mougeot, sous forme de bains à quatre cellules ou de bains hydroélectriques, posséder des effets bien nets sur la tension.

De plus en plus, on admet que les courants de haute fréquence, sous forme d'autoconduction (grand sélénoïde) ou sous forme de condensation (lit condensateur), s'ils n'abaissent pas nettement la pression artérielle, améliorent cependant, d'une façon remarquable, certains symptômes qui en sont la conséquence : vertiges, céphalées, bourdonnements d'oreille, refroidissements des extrémités, etc. L'auteur conseille de faire des séances de dix à douze minutes deux ou trois fois par semaine.

A propos de l'action thermique des courants de haute fréquence. (Delherm et Laquerrière. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothér. et de radiol.*, juin 1922.) — Dès ses premiers travaux (1892), d'Arsonval avait signalé cette action thermique. Apostoli et Bonnefoy préféraient le lit à la cage.

Ce dernier auteur insistait sur la sensation de chaleur provoquée par le lit condensateur et écrivait qu'à mesure que les séances s'additionnaient, la sensation de chaleur se produisait plus facilement. Delherm et Laquerrière préfèrent également le lit à la cage; ils ont observé, chez des artérioscléreux hypertendus, à une période où la maladie n'est pas trop avancée, des modifications des troubles circulatoires divers : vertiges, céphalées, refroidissement des extrémités, etc. Il ne faut rien exagérer et ne pas dire, comme certains auteurs étrangers, que la diathermie peut rétablir la souplesse des valvules du cœur et détruire les tissus de sclérose.

A propos de la forme diathermique des courants de haute fréquence. (ZIMMERN. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothér et de radiol.*, juin 1922.) — L'auteur commence par dire qu' « on a fait beaucoup de tort à la thérapeutique par les courants de haute fréquence en utilisant aveuglément, pour obtenir l'abaissement de la tension artérielle, la cage d'autoconduction ». Il vante ensuite les bons effets du *lit condensateur*. L'apport de chaleur détermine de la vaso-dilatation périphérique. On obtient un léger abaissement de la tension artérielle, mais on pratique une véritable rééducation de la circulation capillaire : disparition des migraines, des sensations de refroidissement, des bourdonnements d'oreilles, etc.

Le traitement électrique du « doigt mort ». (LAQUERRIÈRE. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothér. et de radiol.*, mai 1922.) — Laquerrière conseille de faire, sur le doigt atteint, une bonne révulsion avec l'électrode de Mac Intyre, mais il pense que des applications générales de haute fréquence sous forme de lit condensateur rendent, dans ces cas, les plus grands services.

Il a guéri des malades présentant le phénomène du « doigt mort », poussé à un degré tel qu'il devenait, en hiver, une véritable infirmité.

IV. AFFECTIONS DE LA PEAU

De l'actinothérapie combinée à l'électrolyse négative dans le traitement des nævi plans vasculaires. Essais comparatifs des différentes méthodes de traitement. (J. PROUST. *Th. de Paris*, 1921, Le François, éditeur.) — Pour obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques il est utile, en actinothérapie, d'employer un rayonnement filtré à travers un verre uviol et de pratiquer une compression aussi rigoureuse que possible. L'*électrolyse* doit être pratiquée avec une aiguille très fine en platine irridié, l'intensité ne doit pas dépasser un milliampère.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes méthodes de traitement des nævi plans vasculaires : électrolyse, froid, neige carbonique, air chaud, étincelles de haute fréquence, électrocoagulation, radio et radiumthérapie; ce qui lui permet de dire que l'actinothérapie, combinée à l'électrolyse, est le traitement de choix de cette affection. L'électrolyse négative permet de parfaire l'œuvre des rayons ultraviolets en détruisant les petits agglomérats télangiectasiques qui peuvent persister. Cette méthode donne des résultats esthétiques parfaits et ne doit laisser aucune cicatrice. Les résultats sont d'autant meilleurs que les lésions sont plus superficielles. Six observations détaillées terminent ce travail.

Le traitement des cicatrices vicieuses et de la sclérodermie par l'ionisation d'iodure de potassium. (Jean LUCAS. *Th. de Paris*, 1922, Legrand, éditeur.) — Dans sa thèse, l'auteur n'étudie pas toute la question de l'ionisation qui est extrêmement vaste; il s'occupe seulement de l'ionisation de l'iode et de la libération des cicatrices vicieuses ainsi que du traitement des sclérodermies.

La première partie est consacrée aux expériences de Bourguignon et Conduché sur l'introduction de l'ion-iode par électrolyse chez l'homme et son élimination par les urines. L'auteur tire les conclusions de ces expériences.

La deuxième partie traite de la technique de l'ionisation. L'auteur emploie la méthode de Bourguignon : iodure de potassium à 1/100 sur l'électrode négative; localiser le courant le plus rigoureusement possible à la zone que l'on veut traiter; employer une intensité de 10 m. a. pendant une demi-heure au moins. On fait une séance quotidienne pendant la première semaine, puis une séance tous les deux jours pendant les vingt jours qui suivent; repos de vingt jours et reprise de la même manière jusqu'à amélioration satisfaisante.

Dans la troisième partie, l'auteur aborde l'étude des résultats obtenus et donne des observations tant de cicatrices vicieuses que de sclérodermies.

Traitement des verrues par l'électrocoagulation. (MAHAR. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, fév. 1922.) — On fixe une électrode sur une partie quelconque du corps; l'appareil est réglé pour donner des étincelles de 3 à 5 millimètres; l'autre pôle est constitué par une aiguille que l'on enfonce dans la verrue qui est coagulée en trois secondes environ.

Au bout de quelques jours, la verrue se dessèche et tombe. Le résultat esthétique est parfait.

Traitement du sycosis par l'ionisation d'une solution de sulfate de zinc. (Denis COURTADE. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, juillet 1922.) — Chez un malade qui avait suivi sans succès depuis trois ans les traitements les plus divers, y compris la radiothérapie, la guérison fut obtenue en vingt-cinq jours par six séances d'ionisation de sulfate de zinc à 2 p. 100. Intensité de 4 à 5 m. a. pendant dix minutes.

La guérison se maintient trois mois et demi après la dernière séance.

Le courant galvanique dans le traitement de certaines dermopathies (lupus vulgaire et scrofulose). (SCADUTO. *Actinothérapie*, Palerme, vol. II, fasc. 1.) — L'auteur se sert d'électrodes en aluminium qu'il enveloppe de gaze hydrophile et trempe dans une solution huileuse de 3,50 p. 100. La durée de la séance est de dix à vingt minutes avec une intensité de 4 à 16 m. a.; pôle actif; pôle positif. La répétition des séances est subordonnée au degré de réactions des tissus.

Au point de vue esthétique le résultat est parfait.

Epithéliomas rœntgeniens des doigts guéris par la diathermie. (BORDIER. *Arch. d'électr. méd. et de phys.*, juin 1922.) — En 1917, l'auteur vit survenir, sur ses pouces, ses index et ses médius des deux mains, des croûtes ayant les allures de papillomes. Durant deux à trois ans, grâce à un redoublement de protection, ces lésions restèrent indolores mais avaient des tendances à gagner en surface. Bordier traita alors lui-même, sans anesthésie, la plupart des lésions, mais, par crainte de la douleur et de l'escarrification étendue, n'osa aborder le grand placard de l'index droit qui s'aggrava peu à peu tandis que les autres lésions étaient guéries. Durant l'été 1921 la croûte se détacha et on vit poindre un tissu rougeâtre tandis que se produisaient des crises douloureuses aiguës. La tumeur devint peu à peu bourgeonnante et suintante. A la fin septembre, ulcération épithéliomateuse à rebords indurés de 18 millimètres de diamètre; raideur de l'index droit.

Le 17 octobre, après quatre injections d'allocaïne Lumière, Bordier détruisit diathermiquement la lésion en employant son électrode à boule, tenue de la main gauche tandis que la main malade reposait sur une plaque d'étain reliée à l'autre borne de l'appareil : coagulation de toute l'étendue, sans douleur, séance d'une minute. A partir de cette intervention, disparition absolue des douleurs, l'escarre (plus grande que la coagulation visible des tissus) se détache au dixième jour, laissant un cratère de 5 millimètres de profondeur et de 25 millimètres de diamètre. Pansements par eau oxygénée, bains dans une solution faible de permanganate ou d'acide picrique. Deux mois après cicatrisation complète; depuis décembre 1921 la guérison se maintient intégralement.

L'auteur estime qu'il s'agissait probablement de cancers lobulés que ni la radiothérapie ni le radium ne guérissent complètement. D'autre part, après les irradiations, il se fait une résorption des débris cellulaires provenant de l'épithélioma irradié, qui inhibe les réactions de défense de l'organisme et favorise les métastases; au contraire, avec la diathermie, les cellules cancéreuses, instantanément détruites ne peuvent en rien influer sur l'organisme.

V. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Traitement électrique des périurétrites. (Denis COURTADE. *Bull. of. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1922.) — L'auteur a traité ces malades par les courants de haute fréquence et par l'ionisation.

Le traitement par la haute fréquence a consisté en applications d'effluves chaudes sur la partie de l'urètre malade, suivies d'une application de légères étincelles provenant du résonateur de Oudin : cinq minutes d'effluves et cinq minutes d'étincelles; trois séances par semaine. Courtade se propose aussi de faire des applications locales de diathermie.

Le traitement par l'ionisation, fait avec un béniqué relié au pôle positif et une électrode imbibée d'iodure de potassium et reliée au pôle négatif, donne également de bons résultats lorsqu'il n'y a pas de phénomènes inflammatoires.

La diathermie dans les séquelles douloureuses de l'arthrite blennorragique. (DELHERM. *Bull. of. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1922.) — Homme de trente ans, qui après échec du vaccin était resté alité cinq mois. Il présentait des arthralgies blennorragiques multiples qui furent traitées par Carelli il y a un an au moyen de la diathermie. Toutes les articulations guérirent mais ce malade conservait encore des douleurs à la cheville et au 5e orteil. De nouvelles séances de diathermie pratiquées par l'auteur, 800 milliampères, trente minutes, firent complètement disparaître les douleurs.

L'auteur rappelle à cette occasion que le courant continu, à la condition d'être appliqué dès le début, guérit rapidement et sans séquelle, l'arthrite ankylosante gonococcique.

L'électrothérapie de la prostatite et de l'impuissance. (R. KOVACS. *American Journ. of electroth. and radiol.*, mai 1922.) — L'auteur a traité avec succès les prostatites chroniques et subaiguës par le wave current de la machine statique en introduisant une électrode rectale reliée au pôle positif de la machine.

Dès les premières séances, la sensation de pesanteur périnéale et les mictions tant diurnes que nocturnes diminuent de fréquence.

La diathermie, les courants de haute fréquence avec l'électrode de Doumer et l'électrode à vide donnent également de bons résultats.

La méthode est contre-indiquée dans les états aigus, la tuberculose et les néoplasmes.

De l'ionisation cocaïnique dans le cas de vessie irritable. (Denis COURTADE. *Bull. of. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juil. 1922.) — L'auteur a signalé les bons effets de l'ionisation salycilée dans les cystites tuberculeuses. Depuis il a tenté d'augmenter la capacité de la vessie dans ces cystites et a dans ce but utilisé l'ion cocaïne. Au moyen de son ionisateur vésical il introduit 60 grammes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 500, réunit l'appareil au pôle positif et fait passer pendant dix minutes un courant de 7 à 8 milliampères. Procédé sans danger. La quantité faible de cocaïne introduite calme l'irritabilité de la vessie et permet sa distension. L'auteur a pu ainsi faire passer la capacité vésicale de 20 à 80 et même 100 grammes.

Traitement électrique des rétrécissements serrés de l'urètre. (D. COURTADE. *Bull. of. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1922.) — Il est important de faire la part du spasme. On peut souvent, en appliquant dans l'urètre un béniqué relié au pôle négatif et enfoncé jusqu'à l'endroit rétréci, vaincre assez le spasme pour passer une sonde filiforme qui sera laissée quarante-huit heures. Presque toujours on évite une urétrotomie et on peut commencer le traitement.

L'électrolyse linéaire peut être dangereuse, car pour vaincre un rétrécissement très dur et très serré il faut un courant intense.

L'électrolyse circulaire sera employée seulement dans les rétrécissements bien limités.

Dans la majorité des cas il faut employer la dilatation électrolytique avec béniqué. L'auteur préconise ses bougies électrolytiques souples et flexibles qui ont l'avantage de passer à travers un canal sinueux, ce qui évite de prendre un conducteur dont la pénétration est quelquefois difficile.

Périmétrite utérine traitée et guérie par la diathermie. (Mme GRUNSPAN DE BRANCAS. *Bull. of. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1922.) — Observation d'une malade de quarante-quatre ans atteinte de périmétrite et d'utérus fibromateux. Aucune amélioration n'avait été obtenue par divers pansements, les massages gynécologiques et les applications intra-utérines de radium.

La diathermie appliquée avec une grande plaque sacrolombaire et une grande plaque suspubienne donne au bout de cinq séances une amélioration manifeste. Séances de vingt-cinq à trente minutes, 1000 à 1.200 milliampères. Au bout de douze séances elle fut considérée comme guérie par le chirurgien.

Electricité et traitement des affections des amygdales. Wil. D. MCFEE. *The Americ. Journ. of electroth. and radiol.*, 4 avril 1922.) — L'auteur envisage surtout le traitement de l'hypertrophie chronique. Il emploie une machine statique à faible ampérage ou plutôt un appareil à haute fréquence du type Tesla, il utilise l'effet révulsif de longues étincelles à faible intensité, sans atteindre la cicatrisation. Le traitement ne sera entrepris qu'en dehors de toute poussée infectieuse ou inflammatoire et après avoir vidé ou nettoyé les cryptes.

Le procédé est indolore et les résultats sont bons : l'hypertrophie disparaît, les cryptes sont oblitérées et le tissu cicatriciel produit forme à la surface des amygdales une couche protectrice.

VI. DIVERS

Action du courant galvanique constant sur les tissus sains et malades. (CHALLIOL et LAQUERRIÈRE. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. VI, n° 6, p. 271 à 275.) — Dans ce rapport, présenté au Congrès de Londres, les auteurs étudient les actions physico-chimiques et les actions physiologiques du courant galvanique à l'état constant.

Actions physico-chimiques. — Elles relèvent de la cataphorèse et de l'électrolyse.

En pratique, la *cataphorèse* se traduit par le déplacement de l'eau : diminution de l'humidité des tissus au voisinage du pôle positif, légère augmentation de l'humidité au voisinage du négatif.

L'*électrolyse* est l'ensemble des phénomènes physico-chimiques qui se produisent dans les solutions de certains corps, dits électrolytes, lorsqu'on fait traverser ces corps par un courant galvanique.

Les auteurs traitent ensuite des *ions*, les uns toujours positifs, se dirigeant vers l'électrode négative : *cations* (métaux, hydrogène, alcaloïdes); les autres, négatifs, se dirigeant vers l'électrode positive : *anions* (radicaux, acides).

Les actions chimiques déterminées par le passage du courant galvanique dans les tissus, varient suivant les points de l'organisme que l'on considère, aussi étudie-t-on les actions interpolaires, entre les deux électrodes ; les actions polaires de contact ou polaires de voisinage, c'est-à-dire, au niveau même ou au voisinage des électrodes.

Les effets de l'électrolyse sur les tissus varient avec la nature des électrodes avec l'intensité et la durée du passage du courant.

Actions physiologiques. — Ces actions sont multiples.

Action sur les nerfs. — Au niveau des pôles, les nerfs subissent des modifications d'excitabilité et de conductibilité : *électrotonus.*

Sur le nerf auditif les variations du courant continu produisent un vertige spécial, pouvant aller jusqu'à la chute et connu sous le nom de *vertige voltaïque.*

Action sur les muscles. — Avec les intensités tolérables, le courant galvanique ne produit pas, en général, de contraction de la fibre striée du muscle normal; ce courant est susceptible, dans certains états pathologiques, comme la maladie de Thomsen, de provoquer une contraction galvanotonique spéciale qui se prolonge après l'ouverture.

Le courant galvanique constant a également une action sur les vaisseaux, sur les glandes et sur la nutrition (Remak, Guilloz, Hirtz). Ces actions trophiques peuvent être en partie dues à l'amélioration de la circulation, mais il y a une action nette sur la respiration cellulaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU TESTICULE

DÉFINITION. — Sous ce titre nous étudierons les tumeurs en général de la glande génitale mâle : la distinction en tumeurs bénignes et tumeurs malignes étant très difficile à établir au niveau du testicule.

C'est un cancer relativement peu fréquent : 2 à 3 p. 100 des cancers en général.

ÉTIOLOGIE. — Les cancers secondaires du testicule sont exceptionnels et méritent seulement d'être cités.

Les tumeurs primitives reconnaissent comme causes prédisposantes : L'*âge*. C'est de dix-huit à quarante-cinq ans que survient le cancer du testicule ; on peut cependant le rencontrer chez des sujets très jeunes et même chez le nourrisson. — La *situation ectopique du testicule*. L'ectopie paraît manifestement favoriser le développement des tumeurs. — Le *traumatisme*. Il semble bien jouer un rôle localisateur dans certains cas ; plus souvent il révèle un cancer qui évoluait insidieusement jusque-là, et c'est lui qui amène le malade à consulter.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les tumeurs du testicule ont été classées par Chevassu en 1906 en : 1° *Tumeurs épithéliales* développées aux dépens de l'épithélium glandulaire ; 2° *Tumeurs conjonctives* développées aux dépens du tissu conjonctif de soutien de la glande ; 3° *Embryomes* du testicule.

1° Tumeurs épithéliales. — L'épithélium des tubes droits est assez rarement le point de départ de néoplasies : ces épithéliomas ou tumeurs wolfiennes présentent quelquefois un aspect kystique. Les cellules interstitielles qui participent à la fonction glandulaire sont encore moins souvent l'origine de tumeurs.

C'est essentiellement l'épithélium des tubes séminifères qui donne naissance aux néoplasmes : épithéliomas séminifères ou séminomes.

Au début, il apparaît comme un nodule néoplasique qui s'accroît en refoulant le tissu sain.

A la période d'état, le testicule peut prendre le volume d'une tête de fœtus à terme. L'albuginée reste longtemps intacte ; elle recouvre la masse. La coloration en est en général gris rosé ; la forme est un ovoïde régulier ; la consistancr ferme et uniforme est plus résistante que celle du testicule normal. L'épididyme est sain, il est étiré, aplati sur le testicule. La vaginale est saine ou contient un peu de liquide rarement abondant.

La coupe macroscopique montre des travées fibreuses nacrées partant de la vaginale et subdivisant le testicule en lobes : ces lobes ne sont pas tous identiques ; les uns sont gris rosé, d'autres jaune verdâtre représentant des zones de nécrose, d'autres encore ont un aspect hémorragique.

Histologiquement, dans une charpente conjonctive vasculaire, existent des éléments cellulaires caractéristiques : cellules rondes, à gros noyau, à protoplasme peu abondant, l'ensemble rappelant l'aspect d'un sarcome ou d'un lymphadénome avec lesquels on a longtemps confondu le séminome.

2° Tumeurs conjonctives. — Elles sont très rares.

3° Embryomes. — On distingue parmi eux : les tératomes (dans lesquels on retrouve des fragments rappelant certains organes de l'adulte) et les tumeurs mixtes.

Les tumeurs mixtes sont presque aussi fréquentes que le séminome. Ce sont des masses volumineuses, plus irrégulières comme consistance que le séminome.

A la coupe, certaines zones sont ramollies ou même creusées de cavités kystiques.

Histologiquement, on reconnaîtra certains tissus organisés : peau, épithéliums glandulaires, tissu cartilagineux, tissu musculaire ; on distinguera ainsi : des kystes dermoïdes, des chondromes, des myomes. Parfois l'aspect rappelle la disposition du syncytium placentaire ; on a ainsi décrit, mais à tort, des chorio-épithéliomes du testicule.

Les tumeurs mixtes subissent facilement la dégénérescence maligne et deviennent le point de départ de cancers : c'est aux dépens de l'épithélium de la tumeur que se fait cette transformatlon, réalisant ainsi des cancers épithéliaux, différents du séminome.

SYMPTOMES. — Nous diviserons schématiquement l'évolution du cancer du testicule en période de début, période d'état et période de complications. Nous ne prendrons aucun type anatomique, les différentes formes anatomiques seront vues séparément.

Période de début. — Longue, remarquablement latente ; pendant cette phase le cancer se développe et peut faire des métastases importantes sans que rien ne décèle sa présence.

1° Très précocement, si un examen fortuit était pratiqué, on pourrait trouver un nodule dur, intratesticulaire, dont les dimensions varient d'une bille à une noix et plus, sans aucune réaction appréciable nulle part ailleurs : vaginale, cordon, état général. Le parenchyme encore sain a conservé sa sensibilité normale, alors que la portion cancéreuse est en général devenue insensible.

2° Un peu plus tard, l'augmentation de volume sera globale : toute la glande paraît hypertrophiée, elle a le volume d'un gros œuf et là se borne toute la symptomatologie. D'ailleurs, très souvent, l'examen ne sera pratiqué qu'à une période beaucoup plus tardive.

Période d'état. — SIGNES FONCTIONNELS. — Très souvent ils manquent pendant toute la durée de l'affection. Quand ils existent, ils peuvent consister, soit en douleur vraie, soit en une simple sensation de gêne.

La douleur vraie est assez rare : sensations pénibles de tiraillements dans la région inguinale avec quelquefois irradiations, soit aux lombes, soit dans la cuisse. Ces phénomènes paraissent s'expliquer par l'atteinte du nerf génito-crural.

Plus souvent, il existera une simple sensation de pesanteur qui peut être due à l'accroissement de poids de la glande.

SIGNES PHYSIQUES. — *Inspection.* — Le scrotum est asymétrique, augmenté de volume d'un seul côté. La peau est tendue, lisse, souvent un peu plus vascularisée qu'à l'état normal. Si on recherche la translucidité la masse apparaît complètement opaque.

Palpation. — Doit être faite très méthodiquement, à deux mains, par comparaison avec le côté sain.

a. *Testicule.* — La glande présente une hypertrophie massive.

Forme : masse arrondie, ovoïde presque toujours, quelquefois piriforme.

Limites : nettes, facilement perçues.

Contour régulier, lisse le plus souvent ; cependant assez souvent on constate des bosselures.

Consistance assez variable, rarement entièrement uniforme, mais plus ferme que le tissu testiculaire normal.

Typiquement, elle est élastique, rénitente.

Souvent on trouve, dans une même tumeur, des zones dures ayant la consistance du cartilage ou de l'os et à côté des zones molles presque fluctuantes.

Poids : la main qui la soulève trouve que cette masse est pesante, mais il y a là un fait commun à presque toutes les tumeurs des bourses.

Sensibilité : il est rare que cette sensibilité soit normale, quelquefois elle est exagérée ; plus souvent elle est diminuée ou abolie en masse avec conservation possible dans les régions où le parenchyme est le moins atteint.

(A suivre.)

Traité pratique de cystoscopie et de cathétérisme urétéral, par G. MARION, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, et HEITZ-BOYER, professeur agrégé de chirurgie des voies urinaires à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. 2e édition entièrement refondue. 1 vol. gr. in-8 de 480 pages avec 60 planches en noir et en couleurs. — Prix : 100 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Louste, Babonneix, Israël de Jong, Michel, Vincent, Achard, Herscher, Pagniez, Béclère, Laubry, Duval.

Liste des candidats admissibles :

MM. Bénard (René), Binet, Bith, Bloch (Marcel), Cain, Carrié, Donzelot, Dumont, Flandin, François, Gaultier (René), Gautier (Claude), Géraudel, Heuyer, Jacob, Jacquet, Leblanc, Léchelle, Léon-Kindberg, Lévy (Fernand), Lévy (Pierre-Paul), Nathan, Nicaud, Paraf, Pruvost, Rouillard, Salomon, Schulmann, Voisin, Weill (André).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Médecine. — *Exposé de titres.* — Sont admissibles :

MM. Aubertin, Brulé, Chabrol, Chalier, Foix, Gastinel, Giraud, Harvier, Lian, Tapie, Vallery-Radot, 30.

MM. Bénard (René), Bonnin, Damade, Dumolard, Joltrain, Paraf, Porot, de Verbizier, 29.

MM. Baumel, Bénard (Henri), Boudet, Bouttier, Mlle Condat, MM. Desqueyroux, Devis, Doumer, Dubourg, Dumas, Dumont, Gardère, Wolff, 28.

MM. Auguste, Azoulay, Benech, Ben-Hamou, Blechmann, Carrieu, Chevallier, Jacquet, Roques, Mlle Sentis, M. Weill (M.-P.), 27.

MM. Courbin, Gueit, Legrand, Lévi-Valensi, Pujol, Riser, Salès, Stilmienkès, 26.

Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — Ordre de passage :

1. MM. Lévi-Valensi, Blechmann, Benech, Boudet, Mlle Sentis, MM. Doumer, Stilmienkès, de Verbizier, Baumel, Salès,

11. Bouttier, Devic, Harvier, Jacquet, Porot, Wolff, Giraud, Dumas, Chabrol, Azoulay,

21. Vallery-Radot, Dubourg, Bénard (R.), Paraf, Chalier, Gastinel, Tapie, Foix, Damade, Dumolard,

31. Aubertin, Gardère, Carrieu, Legrand, Chevallier, Mlle Condat, MM. Bénard (H.), Brulé, Gueit, Dumont,

41. Desqueyroux, Roques, Bonnin, Joltrain, Lian, Riser, Auguste.

Séance du 22 mai. — M. Lévi-Valensi : « L'ictère chez les syphilitiques. »

M. Blechmann : « Les myoclonies. »

M. Benech : « Les chorées aiguës. »

Séance du 23 mai. — M. Boudet : « Le nanisme. »

Mlle Sentis : « Syndrome de Raynaud. »

M. Doumer : « Pleurésies à pneumocoques. »

Chirurgie. — *Epreuve de titres.* — MM. Cadenat et Dunet, 29.

MM. Brocq, Chalier, Miginiac, Moure, Sauty, 28.

M. Leveuf, 27.

MM. Ferry, Girode, Hamant, Jeanneney, Lorin, Simon, Wertheimer, 26.

MM. Bergeret, Perrin et Rouhier, 25.

MM. Delannoy, Lefebvre et Tourneux, 24.

MM. Hartmann, Heully, Michon et Swynghedauw, 23.

MM. Ginesty, d'Halluin et Rocher, 22.

MM. Leroy, Vergnory et Ulrich, 21.

MM. Boularan, Piquet, Mondor et Richer, 20.

Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — Ordre de passage :

1. MM. Girode, Miginiac, d'Halluin, Leveuf, Jeanneney, Chalier, Moure, Lorin, Mondor, Michon,

11. Leroy, Sauty, Swynghedauw, Richer, Lefebvre, Rocher, Cadenat, Hartmann-Keppel, Delannoy, Ferry,

21. Ginesty, Heully, Tourneux, Hamant, Perrin, Dunet, Vergnory, Simon, Wertheimer, Boularan,

31. Bouhier, Brocq, Bergeret.

Séance du 23 mai. — M. Girode : « Hémorragies secondaires. »

M. Miginiac : « Complications chirurgicales de la lithiase vésiculaire. »

M. d'Halluin : « Indications thérapeutiques dans les traumatismes craniens sans plaies. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve de dissection.* — MM. Chastang, 74;

Bernard (R.), 68; Larget, 71; Raiga, 69; Godart, 65; Thalheimer, 72; Velti, 73; Chevallier, 63; Gaume, 72.

Sont nommés : MM. Chastang, Velti, Gaume, Thalheimer, Larget.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve orale de physiologie.* — MM. Wilmoth, 8; Richard, 13; Reinhold, 10; de Gaudart d'Allaines, 11 1/2; Oberlin, 13; Michon, 12; Peltier, 9.

UN MONUMENT AUX EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS MORTS POUR LA FRANCE. — Sur l'initiative de l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris, un important Comité s'est formé pour élever un monument à la mémoire des externes et anciens externes morts pour la France. Ce monument s'élèvera sous la galerie ouest de la grande cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu. Le Comité d'honneur du monument est ainsi constitué sous le haut patronage de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène :

Président : M. le professeur H. Roger, doyen de la Faculté de médecine.

Vice-présidents : M. le docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique; M. Gaston Thomson, député, ancien ministre.

Membres du Comité : MM. les professeurs Pierre Marie, E. Sergent, Jeanselme; les professeurs agrégés Thiroloix, Marion, Garnier, Okinczyc; les docteurs L. Babonneix, Lian, Milian, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris; le docteur Chauveau, sénateur; le professeur Pinard, le docteur Grinda, députés; Levée, Calmels, Aucoc, Rousselle, Rebeillard, Oudin, Varenne, Brunet, Rendu, Robaglia, conseillers municipaux; le docteur Meige, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts; les docteurs O. Crouzon, Pagniez, Potocki, Lenormant, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris; Bompard, Béchet, le docteur Paul Boudin, membres des Conseils de l'Assistance publique; le docteur François Helme, Lucien Descaves.

On sait combien nombreux étaient, parmi les 18.000 médecins mobilisés, ceux qui, dans l'exercice de l'externat, avaient développé leurs nobles qualités de dévouement et de conscience professionnelle. Les externes de demain, en saluant le monument élevé aux morts glorieux, seront fiers de la manière dont les médecins soldats ont servi et garderont dans la paix le souvenir des exemples admirables que les aînés ont prodigué dans la bataille.

Tous les anciens externes sont vivement sollicités de collaborer à cette œuvre de pieux souvenir.

Adresser des souscriptions, même les plus modestes, à M. Bazonge, trésorier, 37, rue de l'Abbé-Grégoire, Paris (VIe). Chèque postal de l'A. E., Paris 446-36.

LIVRE D'OR DES MÉDECINS MORTS POUR LA PATRIE. — Après distribution aux souscripteurs et aux bibliothèques françaises et étrangères, le Comité se trouve encore avoir à sa disposition un certain nombre d'exemplaires du Livre d'or. Il a été décidé que ces volumes seraient attribués à titre gracieux et jusqu'à concurrence des disponibilités : 1° aux médecins et étudiants en médecine mutilés par blessures de guerre; 2° après eux, aux médecins ayant le plus long temps de front.

Prière à ces confrères d'adresser leur nom et leur adresse, en justifiant de leurs titres, au docteur A. Baudouin, 5, rue Stanislas, Paris. Ceux dont la demande pourra être satisfaite seront avisés du jour où ils pourront retirer le volume qui leur est offert.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS ALLIÉS OU AMIS. — Cette Association, couramment désignée sous l'abréviatif A. D. R. M., fondée en 1920, et dont l'importance n'a cessé de s'accroître, vient d'être reconnue d'utilité publique. Dirigée par un Conseil d'administration de quarante membres, comprenant les plus grands noms de la médecine française, et ayant à sa tête, comme président, le professeur Hartmann, qui y consacre une activité et un dévouement inlassables, elle mérite d'attirer sur elle l'attention du corps médical tout entier.

Primitivement créée dans le simple but d'accueillir le mieux possible les médecins étrangers amis et alliés venant à Paris, elle n'a pas tardé à étendre son champ d'action. A cet effet, elle avait organisé un *Bureau de renseignements* destiné à fournir à ces médecins toutes les indications concernant la médecine française au triple point de vue de son organisation, de son enseignement, et des institutions et industries qui s'y rapportent, et à leur faciliter leur séjour en France, leur accession dans les services hospitaliers ou les laboratoires, etc.

Le fonctionnement de ce bureau devenant de plus en plus important, les pouvoirs publics ont tenu à s'y intéresser. Actuellement, il s'est transformé et a pris le titre de *Bureau des relations médicales avec l'étranger*.

Dirigé par un conseil composé de membres de l'A. D. R. M. et de délégués des Facultés de médecine, présidé par le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, ce bureau a ajouté à son rôle précédent, celui d'un organe d'expansion de la science médicale française, en prenant l'initiative d'établir des relations avec les Universités, les Sociétés et les presses médicales de l'étranger, de favoriser l'échange des professeurs, des conférenciers, et des étudiants, de faciliter la venue en France des médecins et des étudiants étrangers, et d'organiser à leur intention des voyages d'études, des visites d'établissements scientifiques et de stations thermales, des cours de vacances, etc.

Tel est le double but de l'A. D. R. M.

Tout médecin, toute société, tout syndicat médical, soucieux du bon renom de la science médicale française à l'étranger se feront un devoir d'y collaborer.

Il suffit d'être présenté par deux membres de l'Association (membres adhérents : 20 francs; membres actifs : 50 francs; membres bienfaiteurs : 100 francs). Siège de l'A. D. R. M. : Faculté de médecine de Paris, salle Béclard. Tél. Fleurus : 07-16.

UNE VISITE DE « LA MAISON DU MÉDECIN ». — CHATEAU DES CHARMILLES ET PARC A VALENTON (SEINE-ET-OISE). — Cette visite aura lieu par autocars le dimanche 3 juin.

Départs : 13 h. 30 très précises de l'Opéra (2, rue Scribe); 13 h. 50 très précises de la place de la Bastille (station du métro, départ). — Retour avant 19 heures.

Tous les médecins et leurs familles sont conviés à cette visite.

Prix par personne : aller et retour, 12 francs.

Prière de s'inscrire et de retirer les cartes 51, rue de Clichy, à la Maison du médecin (tél. Gutenberg 54-17), de 15 à 18 heures.

NOTES DE PRATIQUE

ÉTATS HYPOSYSTOLIQUES

Digitaline : V gouttes de la solution alcool à 1/1000e pendant dix à quinze jours, interrompre cinq à dix jours, reprendre et ainsi de suite.

Pendant la période de suspension de la médication digitalique, prescrire la *Théosalvose scillitique,* dont la double action cardiaque et rénale assure les meilleurs effets : deux cachets de 0g50 par jour.

Régime très faiblement chloruré.

REVUE GÉNÉRALE

LES SYMPATHÈSES GASTRO-HÉPATIQUES [1]

Par MM. C. ODDO,
Correspondant national de l'Académie de médecine,
Professeur de clinique médicale,

C. DE LUNA et J. ODDO,
Médecin des hôpitaux, Chef de clinique médicale
Ancien chef de clinique médicale

à l'École de médecine de Marseille.

III. **Processus gastro-hépatiques proprement dits.** — Il existe enfin des états morbides caractérisés par l'atteinte simultanée ou connexe des deux organes : dans l'étiologie, il faut comprendre certaines intoxications chroniques, au premier rang desquelles est l'alcoolisme, un état inflammatoire banal ou la dégénérescence néoplasique des deux viscères ; enfin, deux affections qui paraissent aussi autonomes et indépendantes que l'ulcère gastrique et la lithiase du foie peuvent être associées chez un même sujet.

1° Les affections gastro-hépatiques alcooliques. — Si l'alcool, fréquemment, localise ses effets nocifs d'une façon nettement prépondérante, sur l'un des deux organes réalisant la dyspepsie ou la gastrite alcoolique ou, au contraire, la cirrhose veineuse, à doses moindres ou pour une intoxication moins prolongée, il conduit à un état d'alcoolisme gastro-hépatique ou les deux organes sont touchés à la fois, ce qui donne des tableaux cliniques assez variés.

Anatomiquement, le foie est toujours tuméfié dans le catarrhe gastrique alcoolique, ses lésions histologiques peuvent être considérées comme constantes. Hanot localisait, même au niveau du foie, la lésion initiale de la gastrite éthylique : cet auteur faisait surtout dépendre les lésions de la muqueuse gastrique des troubles circulatoires d'origine hépatique par stase veineuse, congestion passive, possibilité même d'érosion et d'ulcération d'origine vasculaire.

Les aspects cliniques sont les suivants :

La dyspepsie gastrique, surtout celle des buveurs de petits verres, caractérisée par la pituité matinale, les vomiturations et les nausées, l'état saburral de la langue avec anorexie, et associée à la congestion légère du foie : il est possible que dans ces cas, l'altération du foie, soit pour une grande part à la base des troubles gastriques. La gastrite alcoolique confirmée, telle que nous l'ont bien fait connaître les recherches anatomo-pathologiques de Lancereaux, Fournier, Hayem et qui se caractérise par des modifications du chimisme, hyperchlorhydrie ou anachlorhydrie. La présence d'hémorragies patentes ou occultes, l'altération des cellules gastriques ou des éléments figurés du sang dans le culot de centrifugation (cyto-diagnostic de Loeper). Gastrite alcoolique que nous voyons se compliquer de poussées de congestion hépatique, surtout à l'occasion de nouveaux excès alcooliques, le foie se tuméfie et devient sensible, surtout du côté gauche. Le teint, les muqueuses deviennent subictériques, quelquefois l'ictère est complet, c'est l'ictère « a potu immoderato ».

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 40, p. 637.

La gastrite avec congestion permanente du foie ; c'est le tableau de la cirrhose hypertrophique parenchymateuse, sans signes de sclérose périportale, avec retour possible de la glande à des dimensions normales. On peut voir associée, mais plus rarement, à la gastrite, la cirrhose hypertrophique veineuse et exceptionnellement la cirrhose atrophique de Laënnec ou une cirrhose graisseuse hypertrophique silencieuse durant un temps pour aboutir à l'insuffisance hépatique grave.

Quoi qu'on puisse observer les formes de passage de la congestion à la cirrhose, il faut noter chez ces gastro-hépatiques alcooliques, la grande opposition qui existe entre la phase gastrique, précirrhotique courte et progressive de la gastrite alcoolique avec la congestion du foie, très longue, oscillante dans sa marche, subordonnée au régime de boisson et n'aboutissant pas, ou seulement très tard, à la cirrhose, sous forme de cirrhose hypertrophique veineuse.

De plus, dans cette atteinte simultanée des deux organes, l'appareil digestif exprime, par son mauvais fonctionnement, la souffrance de chacun, le trouble des fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac, l'insuffisance des diverses fonctions hépatiques, et il est bien difficile de faire la part de chaque organe dans les troubles de la digestion et de la nutrition présentées par le malade.

2° Les lésions inflammatoires propagées d'un organe a l'autre. — *A*. Ces lésions peuvent être à point de départ biliaire, vésiculaire principalement. Les lésions inflammatoires de la vésicule propagées à son enveloppe péritonéale, la péricholécystite ont fréquemment un retentissement pathologique sur l'estomac. Il ne s'agit plus simplement de relations douloureuses d'origine réflexe ou veineuse des deux organes, ni des troubles connexes de leurs sécrétions, mais de lésions véritables les atteignant. Ces lésions gastriques d'origine péricholécystique sont de divers degrés : les observations chirurgicales de ces vingt dernières années, celles de Routier, Quénu, Hartmann, Schwartz, Tuffier, celles plus récentes de Dujarrier et Lecène, les ont bien signalées; Letulle, Loeper les ont étudiées au point de vue anatomo-pathologique; l'exploration radiologique a montré leur grande fréquence. Les lésions les plus communes sont les adhérences unissant les deux organes, entraînant comme conséquence, l'effacement ou l'atrésie véritable pyloroduodénale, l'étranglement médio-gastrique, l'infiltration du petit épiploon dur et raccourci ; une autre lésion, secondaire à la cholécystite, est l'atrophie de l'estomac avec altération de ses nerfs (le péritoine demeurant intact). Loeper a enfin apporté des observations anatomiques d'altérations des nerfs de la vésicule avec extension de l'inflammation au système nerveux cæliaque.

Si ces lésions de cholécystite chronique sont le plus souvent observées dans la lithiase biliaire, certains auteurs Henkel, Riedel, Smithies nous ont fait connaître la cholécystite chronique non calculeuse et ce dernier auteur, même, accorde à cette dernière une fréquence presque aussi grande qu'à la cholécystite lithiasique, 42 p. 100 contre 53 p. 100 (Art de Chiray et Semelaigne, *Presse méd.*, 12 août 1922). De plus, ces lésions gastro-vésiculaires des lithiasiques ne sont pas exclusivement et se rattachent au processus, plus général, de périhépatite fibreuse adhésive d'origine *lithiasique*, de périto-

nite plastique sous-hépatique (bien définie et décrite par Tripier et Paviot) qui englobe des adhérences avec d'autres organes encore : l'angle hépatique du côlon ou le transverse, le grand épiploon.

Cliniquement, c'est par la symptomatologie des complications survenues du côté de l'estomac, que se révèlent ces doubles lésions ; c'est le tableau de la sténose pylorique franche ou sous-pylorique, duodénale que l'on observe. Le rétrécissement sera complet ou incomplet suivant l'étendue des adhérences et la réaction de l'orifice : d'autres fois encore, les lésions produisent la béance du pylore avec incontinence.

Les faits cliniques sont tantôt d'interprétation facile ; il existe des accidents reconnus d'une lithiase antérieure et l'histoire clinique fait suivre l'extension du mal, au renouvellement de chaque crise, à l'organe voisin montrant l'origine vésiculaire primitive. Mais bien souvent, les accidents hépatiques ont été fugaces, d'une symptomatologie exclusivement gastrique, douleurs d'estomac tardives, l'ictère incertain et la sténose pylorique ou sous-pylorique ne pourra être rattachée aux adhérences sous-hépatiques que par la radiologie. Celle-ci, pratiquée très soigneusement sur le malade, en position debout et couché, montrera la position transverse de l'estomac, la fixation haute sous-hépatique de la région pyloro-duodénale, soit à la pression manuelle, soit par la manœuvre de Chilaïdts et les mouvements d'inspiration profonde. L'estomac a quelquefois la déformation en haltère au cours de la lithiase compliquée (Enriquez).

La radiologie est donc d'une importance capitale dans le diagnostic de ces adhérences digestives dont la symptomatologie, si prépondérante du côté gastrique, pourrait faire méconnaître le point de départ.

B. Les lésions hépatiques ou périhépatiques peuvent être, au contraire, d'origine gastrique. Ces périhépatites sont fréquentes. Nous retrouvons en premier lieu les mêmes états pathologiques caractérisés par les adhérences vésiculo-gastriques, mais consécutives à la périgastrite adhésive du pylore, consécutives à un ancien ulcère de cette région, partiellement cicatrisé. Les symptômes sont assez diffus ; représentés surtout par une douleur, dont l'horaire est tardif par rapport à la digestion, objectivement par des signes de palpation ; douleur provoquée, défense de la paroi musculaire, quelquefois rénitence dont le siège s'étend de la région vésiculaire jusqu'à la zone de projection pyloro-duodénale, ces signes que complique souvent l'existence d'une sténose pylorique, traduisent, en réalité, la participation des deux organes et c'est l'étude attentive de l'histoire de la maladie, pendant longtemps exclusivement gastrique, qui permettra, en dernier lieu, le diagnostic de la nature et du point de départ de ces adhérences interviscérales.

Les lésions chroniques de l'estomac, l'ulcère, le cancer, provoquent, dans un certain nombre de cas, des complications plus graves encore du côté du foie, du côté du péritoine hépatique : ce sont les pyopérihépatites. Ces abcès périgastriques ont un développement très variable : c'est leur siège d'origine qui règle leur propagation. Ces abcès sous-phréniques sont situés, soit en avant du petit épiploon dans la loge gastro-hépatique antérieure, à droite ou à gauche du ligament suspenseur, soit en arrière du petit épiploon, vers l'arrière-cavité des épiploons.

Ces abcès revêtent une physionomie clinique bien spéciale, et qu'il n'y a pas lieu de redire ici : ils témoignent seulement de la solidarité anatomique des deux organes et sont toujours d'un diagnostic très difficile : l'examen radioscopique apportera les plus précieux renseignements (Béclère).

Il existe, enfin, une dernière affection, la péritonite plastique primitive qui peut créer des lésions simultanément autour des deux organes, estomac, face inférieure du foie et vésicule, sans que ceux-ci soient primitivement lésés pour leur compte. Savy vient d'attirer l'attention sur ces syndromes abdominaux (*Journ. de méd. de Lyon*, juillet 1922). Leur caractéristique clinique est de simuler un trouble viscéral, gastrique vésiculaire, appendiculaire ; anatomiquement l'autopsie montra, chaque fois, une péritonite primitive : étiologiquement, c'est la tuberculose qui est le plus souvent en jeu (Paviot, Savy). Dans les observations présentées, les manifestations cliniques simulaient, soit une colique hépatique ou vésiculaire, soit un ulcère de l'estomac avec présence d'adhérences : le diagnostic de ces faits sera donc à joindre aux syndromes que nous avons étudiés plus haut.

A côté des lésions inflammatoires, il convient de placer la néoplasie concomitante des deux organes. Il est de notion courante que le néoplasme hépatique est, dans l'immense majorité des cas, secondaire à un cancer de l'estomac et il ne nous semble pas inutile de rappeler, ici, l'observation de Moutier montrant qu'à un petit cancer de l'estomac, répond le plus souvent un cancer massif du foie, la propagation s'étant faite par voie veineuse portale, et qu'au contraire le grand cancer de l'estomac ne s'accompagne pas de métastase hépatique ou d'une très minime, la propagation par les voies lymphatiques étant obligée, avant de parvenir à la glande, de s'arrêter dans les ganglions de la petite courbure.

3° L'ULCÈRE GASTRIQUE ET LA LITHIASE PEUVENT SE RENCONTRER A LA FOIS SUR LE MÊME SUJET. — Qu'il y ait ou non une relation pathogénique entre les deux affections, l'hyperchlorhydrie fréquente chez les lithiasiques, au moins durant les premiers mois de cette maladie, jouant son rôle, bien établie dans la production de l'ulcère ou, au contraire, les deux affections ayant évolué chacune, de façon autonome, leur coexistence n'est pas un fait exceptionnel. Lecène mentionnait, un des premiers, l'association relativement fréquente des lésions pyloriques ou duodénales et de la lithiase vésiculaire ; d'autres chirurgiens les notent dans un nombre assez élevé de protocoles opératoires et les traités récents (MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF du *Traité* de Sergent) font état de ces observations au chapitre du diagnostic de l'ulcère gastrique.

On sera toujours réservé dans l'affirmation du double diagnostic, car nous savons, depuis l'enseignement de Chauffard (5 cas observés par lui), qu'il existe des hémorragies intestinales, marquées ou occultes, chez certains lithiasiques, après une ou plusieurs crises, souvent encore au cours du subictère. L'auteur les explique par la congestion anormale de la muqueuse duodénale, duodénite congestive ou érosive. Dans deux observations de notre pratique où l'intervention montre exclusivement de la lithiase vésiculaire, la recherche des hémorragies occultes avait été plusieurs fois positive.

Mais l'association des deux lésions demeure

bien certaine : et la constatation des signes cliniques, chimiques ou radiologiques révélateurs des deux autorisera jusqu'au contrôle opératoire, leur suspicion.

Traitement. — Le traitement de ces divers états morbides sera établi en tenant compte du retentissement fonctionnel ou lésionnel d'un organe sur l'autre, de cette véritable sympathie morbide autour de laquelle gravite toute l'étude clinique de ce travail, et répondra aux indications posées par l'état pathologique primitif. De plus, on demandera dans certains cas, au traitement, ainsi que l'a proposé Leven, de donner une véritable réponse diagnostique : c'est l'épreuve thérapeutique ; dans les cas, assez fréquents, où malgré toutes les épreuves chimiques microscopiques, radiologiques, interprétées aux clartés de la clinique, le diagnostic demeure incertain entre une maladie du foie ou de l'estomac (surtout cholécystite ou ulcère pyloro-duodénal), cette épreuve qui s'adresse à l'estomac et vise à sa sédation par le repos, le régime approprié, les antispasmodiques bromure de sodium, potion bisthmutée sera souvent d'un très grand secours. Mais, dans les cas les plus nombreux où l'organe et sa lésion seront reconnus, il faudra les traiter en premier lieu, tout en ménageant l'organe associé dans les troubles fonctionnels.

C'est ainsi que les manifestations gastriques de l'ictère infectieux céderont aux désinfectants hépatiques et intestinaux : calomel, salicylate de soude et urotropine, régime alimentaire de repos hépatique, puis stimulation de la cellule hépatique — que la dyspepsie de la cirrhose sera améliorée par la diététique et l'ensemble de la médication appropriée suppression radicale et absolue de l'alcool — régime lacté, puis régime hypotoxique — purgatifs drastiques et diurétiques — opothérapie hépatique et biliaire, évacuation de l'ascite s'il y a lieu et que le traitement de fond de la dyspepsie biliaire sera essentiellement celui de la lithiase. Traitement diététique, visant la suppression de tous les aliments riches en cholestérine, graisses, œufs, cervelle, etc., et comprenant un régime de céréales, verdure, quelques légumineuses, lait écrémé, fruits, viande dégraissée, grillée ou rôtie (Chauffard). Médication assurant la dissolution et l'évacuation des sels biliaires, de la cholestérine : salicylate de soude, benzoate de soude, la désinfection des voies biliaires : urotropine. Cures hydrominérales. Traitement par la diathermie.

Opothérapie hépatique ou biliaire.

On traitera en même temps l'estomac du lithiasique dont il conviendra de calmer l'hyperesthésie, d'atténuer ou de supprimer le spasme pylorique, le réflexe gastro-vésiculaire déclanché par l'alimentation. Ainsi que le présente Gilbert : faire manger peu à la fois et souvent, fractionner les repas (quatre à cinq très modérés dans la journée), recommander de manger lentement et d'éviter toute substance irritante pour la muqueuse, la musculeuse ou le système nerveux gastrique (Loeper). On calmera la sensibilité de l'estomac par l'eau de chaux cocaïnée avant les repas et les antispasmodiques, la belladone à la fin du repas (Loeper).

Chez les dyspeptiques vrais, dyspepsies chimiques, dyspepsies motrices, le traitement opposé au trouble gastrique aura pour effet, aussi, de prévenir les complications hépatiques.

La diététique comprendra l'exclusion complète de tous les aliments irritants ou fermentescibles, capables d'altérer la cellule hépatique : les graisses en particulier qui inhibent les fonctions sécrétoires du foie (Loeper et Binet). On améliorera la transformation des albuminoïdes par l'opothérapie gastrique ou pancréatique, l'emploi de la pepsine ou de la pancréatine dont l'action se fait sentir sur le foie lui-même (Loeper et Esmenet).

On préviendra de la sorte, dans toute la mesure possible, la phase hépatique des dyspepsies chroniques.

Dans l'alcoolisme gastro-hépatique, la thérapeutique s'adressera à la dyspepsie ou à la gastrite alcoolique, tout aussi bien qu'à l'atteinte légère ou grave de la glande hépatique par l'ensemble des prescriptions, au premier rang desquelles est la suppression absolue de l'alcool. Le régime alimentaire, l'hygiène, la médication combineront leurs effets bienfaisants pour le foie et pour l'estomac. La cure de Vichy, après la désintoxication de l'organisme, sera dans ces cas doublement indiquée.

Quant aux affections chirurgicales communes aux deux organes, adhérences gastro-cystiques, adhérences gastro-hépatiques, dès que leur existence est bien établie et quel que soit le point de départ, le traitement est purement chirurgical. Mais deux alternatives se posent au chirurgien : Si, à l'exploration, il s'agit d'une lithiase vésiculaire franche n'ayant entraîné les accidents de sténose pylorique que par adhérences ou même par accident réflexe, il sera pratiqué seulement la cholécystectomie sans gastro-entérostomie complémentaire. Au cas de doute de coexistence d'une lésion pylorique, celle-là sera pratiquée. Si, au contraire, on se trouve en présence d'une sténose vraie intrinsèque de nature ulcéreuse, l'opération gastrique, la bouche de dérivation fera disparaître en même temps et les troubles gastriques et les réactions vésiculaires secondaires.

*
* *

De l'ensemble des faits nombreux et complexes qui précèdent, nous croyons pouvoir retenir les conclusions suivantes :

Ces expressions gastriques des affections hépatiques se rencontrent à des degrés divers dans toutes les lésions du foie : au point de vue pathologique, l'estomac est donc le porte-parole habituel des souffrances du foie. Cependant cette expression gastrique est plus particulièrement retentissante dans le début de la cirrhose, dans l'ictère infectieux (notamment dans sa phase préictérique), mais entre toutes c'est dans la lithiase biliaire que la symptomatologie gastrique acquiert sa plus grande amplitude. « En présence d'un état gastrique quel qu'il soit, a écrit Loeper, il faut penser à la vésicule, on n'y pense jamais assez. » On devrait aller plus loin et dire : c'est à toutes les formes de la lithiase qu'il faut penser.

Dans les affections gastriques, il faut chercher le retentissement hépatique. Ces retentissements discrets et latents, nous les connaissons bien peu encore, et la technique moderne nous fournit les moyens d'étudier cet important problème. Pour le moment, les notions se bornent aux troubles hépatiques de certains dyspeptiques et en particulier aux hépatites caractérisées secondaires aux gastropathies et pouvant aller jusqu'à la cirrhose des dyspeptiques, qui n'a pas encore fait sa preuve, mais il

ne paraît pas douteux que les troubles fonctionnels, décelables aux recherches de laboratoire, ne soient infiniment plus importants que les lésions anatomiques, c'est leur étude qu'il convient de poursuivre.

Nous retenons, enfin, des notions que nous avons passé en revue la coexistence des lésions alcooliques gastro-hépatiques, et, d'autre part, les complexus anatomiques relevant le plus souvent, soit de la lithiase, soit de l'ulcère pyloro-duodénal ayant abouti l'un ou l'autre à des lésions sous-hépatiques semblables. La phase initiale, hépatique ou gastrique peut avoir passé inaperçue : le tableau clinique résultant des déterminations anatomiques ultérieures, lésions de coalescence, adhérences fibreuses des deux organes, est à peu près identique dans les deux cas : dans ces périviscérites gastro-hépatiques, ces sympathèses anatomiques c'est l'intervention chirurgicale seule qui permettra de retrouver la lésion primitive.

Les conséquences qui résultent pour le traitement de la distinction bien nette des rapports pathologiques si variés qu'ont entre eux les deux premiers organes de l'appareil digestif nous semblent bien donner à leur étude un caractère essentiellement pratique.

BIBLIOGRAPHIE

ALQUIER. Troubles hépatiques des dyspepsies, *Revue intern. de méd. et de chir.*, 1916, t. XXV.

ARTHUS. *Précis de physiologie*, 5e édition.

ABRAMI. Les ictères infectieux d'origine septicémique et l'infection descendante des voies biliaires, *Th. de Paris*, 1910.

BRULÉ. *Recherches récentes sur les ictères.*

BINET. Syndrome initial de la lithiase biliaire, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. XXI, n° 4; — Le mal de mer hépatique, *L'Hôpital*, mars 1921.

BOIX. Le foie des dyspeptiques, *Th. de Paris*, 1895.

BOUCHARD. *Leçons sur les auto-intoxications*, Paris 1882; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 fév. 1892.

BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893.

BUDD (G.). *On diseases of the lever*, London 1852.

BÉCLÈRE (H.). Le radio-diagnostic des affections du foie, *Th. de Paris*, 1910.

BON. Vésicule biliaire et chimisme gastrique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1914.

BOLDIREFF. *Hyperchlorhydrie et hépatismes.*

CHAUFFARD. *Leçons sur la lithiase biliaire*, 2e édition; — Art. MALADIES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES, *Traité de médecine* Bouchard et Brissaud.

COTTE et BRUNOT. Troubles dyspeptiques d'origine biliaire, *Revue de chir.*, 1912.

CANDELON. Troubles dyspeptiques initiaux de la lithiase biliaire, *Th. de Paris*, 1915.

CASSEL (Mlle). Les dyspepsies cholélithiasiques, *Th. de Paris*, 1918.

DEBOVE et RAYMOND. *Traité des maladies de l'estomac*, Paris 1894.

DEBOVE, CASTAIGNE et CHIRAY. *Manuel des maladies du foie*, 1905.

ENRIQUEZ, BINET et DURAND (G.). Crises gastro-vésiculaires, *Presse méd.*, 9 juillet 1921.

ENRIQUEZ et DURAND. Diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum, *XVIe Congrès de méd.*, 1922.

ENRIQUEZ et CARRIÉ. Affections vésiculo-duodéno-pyloriques, *Journ. méd. franç.*, janv. 1923.

GLEY. *Traité de physiologie.*

GLÉNARD (Frantz). Critique de l'indépendance des lobes du foie, *Revue des mal. de la nutrit.*, juin 1909; — Hépatisme, *VIe Congrès franç de méd.*, Toulouse 1902.

GLÉNARD (Roger). *L'Hépatisme*, Paris 1922.

GILBERT et VILLARET. Recherches sur la circulation des lobules hépatiques, *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1909.

GILBERT et LEREBOULLET. Pseudo-ulcère gastrique d'origine biliaire, *Journ. méd. franç.*, 1902.

GILBERT et ses élèves, Baillière, Paris 1910.

GUILLAUME. *Le Sympathique et les systèmes associés*, Paris 1921.

GANDY. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 fév. 1921.

HARVIER (P.). Diagnostic des manifestations gastriques de la lithiase biliaire, *Paris méd.*, 1922, n° 20.

HERNANDO. Anachlorhydrie et lithiase biliaire, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1914.

HOLWEG et FRAVEL. *Arch. des mal. de l'app. digestif.*, t. XI, n° 3.

HAYEM. Art. MALADIES DE L'ESTOMAC, *Traité de médecine* Brouardel et Gilbert; — *Bull. méd.*, 1894, n° 49.

HARTMANN et PETIT-DUTAILLIS. Suites éloignées de la cholécystectomie, *Journ. de chir.*, oct. 1922.

KEMAL-DJEMAL. Etude sur la sécrétine, *Ass. de méd.*, n° 61.922.

LALAUBIE (DE). *Contribution à l'étude de la circulation intra-hépatique*, Paris 1920.

LECÈNE. Chirurgie de la vésicule biliaire, *Journ. méd. franç.*, 1914, n° 4.

LATARJET. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon.*

LUTEMBACHER. Ouabaïne et digitaline, *Presse méd.*, déc. 1922.

LOEPER. *Leçons de pathologie digestive*, 4e et 5e séries.

LOEPER et FORESTIER. L'estomac des biliaires, *Journ. méd. franç.*, août 1920.

LOEPER, DEBRAY et FORESTIER. Les répercussions nerveuses des dyspepsies et le rôle du pneumogastrique, *Presse méd.*, Paris 1921.

LAMBLING. *Précis de biochimie*, 3e édition.

LEVEN (père). *Traité des maladies de l'estomac*, 1879.

LEVEN (fils). *La Dyspepsie*, 2e édition.

LENOIR, RICHET (fils) et JAQUELIN. *Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1920; — *Acad. de méd.*, 22 fév. 1921.

LYON (G.). *Consultation pour les maladies des voies digestives*, Paris 1920.

LUNA (Ch. DE). Le point douloureux dorsal dans l'ulcère du duodénum, *Marseille méd.*, 15 nov. 1922.

MAUBAN. Fréquence de l'aérophagie associée à la lithiase biliaire, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1916.

MORAT et DOYON. *Traité de physiologie.*

MONGES (Jules). La syphilis gastrique, *Marseille méd.*, 1er juillet 1922.

MATHIEU (A.). *Traité des maladies de l'estomac.*

MATHIEU et ROUX. *Pathologie gastro-intestinale.*

MOUTIER. Inversion habituelle du rapport entre le développement de l'épithélioma primitif de l'estomac et la masse de ses métastases hépatiques, *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1922, n° 1.

MILLON (R.). *Th. de Paris*, 1893.

MONGOUR. *Précis des maladies du foie*, collection Testut.

ODDO (G.). Sympathies et synergies morbides (les sympathèses), *Gaz. des hopit.*, 23-25 janv. 1923.

ODDO (J.). Les troubles du métabolisme azoté dans l'ictère catarrhal, *Th. de Paris*, 1920.

OHLY. Acidité du suc gastrique dans les maladies de la vésicule biliaire, *Deut. med. Woch.*, 17 sept. 1913.

PAUCHET. *Anesthésie régionale.*

PLANTIER. Hyperchlorhydrie d'origine biliaire, *Presse méd.*, 1914.

ROUSSIEL (M.). *Presse méd.*, janv. 1922.

ROGER. *Physiologie normale et pathologique du foie*, 1922.

RAMOND (F.). *Les Dyspepsies*, 1921.

ROBIN (A.). *Traité des maladies de l'appareil digestif*, 1901.

PARTURIER. Sémiologie de la vésicule biliaire, *Journ. méd. franç.*, 1914, n° 4.

SEREGE. Constantes anatomiques et cliniques affirmant l'indépendance fonctionnelle existant entre les divers segments du tube digestif, *Soc. méd. de Bordeaux*, 1920.

SEREGE et MAURIAC. Rapports fonctionnels des formations lobaires hépatiques et des divers segments du tube gastro-intestinal. Leur rôle pathologique, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1914.

SEMELAIGNE et CHIRAY. Cholécystite non calculeuse, *Presse méd.*, 12 août 1922.

SAVY et PAVIOT. *Journ. de méd. de Lyon*, juillet 1922.

SALIGNAT et FOUCAUD. La dyspepsie des lithiasiques biliaires, *Gaz. des hôpit.*, 1905.

TESTUT. *Anatomie descriptive.*

TUFFIER. Rétrécissement du pylore d'origine biliaire, *Journ. méd. franç.*, mars 1914.
TRIPIER et PAVIOT. *La Péritonite sous-hépatique*, Paris 1893.
VINCENT (L.). *Exploration manuelle des organes digestifs*, Paris 1898.

INTOLÉRANCE CUTANÉE A L'ACIDE PICRIQUE

Par M. P. BEAUSSART (de La Charité-sur-Loire).

Dans une précédente note publiée par ce journal (*Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 10, p. 155), j'ai rapporté un cas d'intolérance de l'organisme à un simple badigeonnage avec une solution aqueuse picriquée à saturation, au niveau de la région scroto-crurale, atteinte d'intertrigo, intolérance s'étant manifestée, au bout de trois jours, par un érythème scarlatiniforme du tronc, puis par une kératinisation de la paume des mains qui, une vingtaine de jours après le début des accidents, n'était pas encore complètement disparue.

Il m'a été donné d'observer un nouveau cas d'intolérance à l'application d'acide picrique sur les téguments, chez une femme d'âge moyen, atteinte de gale discrète et soumise à un traitement ayant pour base l'onction de l'épiderme avec du pétrole. Ce dernier produit était additionné de 6 grammes d'acide picrique par litre, dans un but non médical de coloration, et n'avait jusqu'alors donné lieu à aucun mécompte, quoique employé de la sorte, à maintes reprises, chez d'autres sujets.

Cette femme, donc, est soumise au traitement anti-acarien, pour la première fois, le 7 juillet 1922, dans l'après-midi. Après un bain chaud prolongé avec savonnage au savon noir, elle est ointe, aux points d'élection, de pétrole picriqué. Le 8 et le 9 juillet, on renouvelle les mêmes temps de l'acte thérapeutique.

Le 11 juillet, la malade est porteuse d'un *érythème* très étendu de tout le tronc en avant et en arrière, des aisselles et des parties supérieures des bras, des aines et des parties supérieures des cuisses, avec, de-ci de-là, des placards de peau, restée saine. Les mains, sur lesquelles ont porté l'effort thérapeutique, ne présentent rien d'anormal. Cet érythème, rouge vif, est surélevé et forme bourrelet à sa jonction avec l'épiderme non touché. Il est extrêmement prurigineux. La malade ne présente aucun trouble digestif; elle se plaint d'un peu de céphalée et de courbature; les urines sont normales. Pas d'énanthème buccal, ni d'inflammation pharyngée. Le 12 juillet, l'érythème est toujours aussi intense et une desquamation à larges lambeaux s'amorce.

Le 13 juillet, la rubéfaction est disparue et l'épiderme achève de se détacher. La paume des mains est jaune, mais non kératinisée.

Nul doute qu'il faille attribuer au seul acide picrique l'intolérance ci-dessus, l'absorption du produit ayant été favorisée in situ, aux aisselles et à la partie supérieure des cuisses, par la finesse de la peau et par la réceptivité plus grande due à la balnéation et au savonnage.

Il est à remarquer que ce n'est pas seulement aux points de friction que l'acide picrique a opéré ses effets, puisque l'abdomen et le dos, non touchés au cours de la pétrolisation, ont été atteints par l'érythème alors que d'autres endroits frictionnés, tels que poignets et mains sont restés indemnes.

Les cas d'intoxication par l'acide picrique ne sont pas rares, mais se voient surtout dans les brûlures étendues et chez de jeunes sujets, alors que de vastes surfaces de téguments dénudés sont recouverts par des pansements qui jouent de la sorte un rôle renforçateur quant à l'absorption du produit mal toléré. Mais, dans ces cas, l'intolérance dépasse souvent les limites d'un simple érythème et se caractérise en plus par des phénomènes généraux, quelquefois graves.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 MAI 1923)

Sur la toxicité des autolysats et des extraits tissulaires. — M. Auguste LUMIÈRE. Les expériences de l'auteur, qui ont porté sur un très grand nombre d'animaux, confirment le rôle qu'il a attribué aux phénomènes de floculation en pathologie. Elles s'accordent entièrement aussi avec la théorie physique des chocs telle que l'a conçue M. Lumière, et avec celle de l'antianaphylaxie qui résulte de l'accoutumance des parois vasculaires à l'excitation par les floculats.

Modifications pondérales des organes chez le pigeon au cours de l'avitaminose. — M. J. LOPEZ-LOMBA. L'ensemble des résultats obtenus par l'auteur, joints à ceux, d'ailleurs très différents, qu'il a obtenus avec les cobayes scorbutiques, l'a conduit à envisager les lésions et les troubles de l'avitaminose comme étant dus avant tout et surtout à des troubles fonctionnels des systèmes neuro-endocriniens de la vie organo-végétative.

Sur la composition du glycogène. — MM. SAMEC et V. ISAVEJIC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 MAI 1923)

La mortalité par maladies microbiennes avant et après Pasteur. — M. CALMETTE, après avoir rappelé les hommages rendus à Pasteur par l'élite intellectuelle des nations civilisées, estime que cet éloge unanime de Pasteur constitue une des plus belles pages de l'histoire de l'Humanité. Avant de tourner cette page, nous pouvons encore en tirer un enseignement.

M. Calmette veut établir un parallèle de la mortalité des maladies microbiennes avant l'époque où nous ignorions tout de leurs causes et des moyens de nous en préserver avec ce qu'est aujourd'hui cette mortalité, après que les découvertes de Pasteur ont fondé la médecine préventive et l'hygiène moderne.

Avec l'aide de M. Moine, statisticien expérimenté, M. Calmette est arrivé à réunir quelques chiffres d'un grand intérêt.

En 1890, sur une population de 36.300.000 habitants, on relevait 876.000 décès, soit 228 pour 10.000. En 1910, sur 36 millions et demi d'habitants, le nombre des décès est de 703.000, soit 178 pour 10.000.

De 1890 à 1910, la France a pu sauvegarder une moyenne de 90.000 vies humaines.

Si nous nous reportons au taux d'avant-guerre, c'est un bénéfice social de 2 milliards 250 millions de francs.

Au point de vue de la tuberculose, la mortalité a diminué quelque peu.

Au point de vue du cancer, elle a augmenté.

Pour les autres maladies, les découvertes pastoriennes, la sérothéraphie, la vaccination, l'antisepsie, la désinfection, la propreté, l'éducation hygiénique des individus et des collectivités, ont singulièrement diminué la mortalité.

M. Calmette passe en revue la fièvre typhoïde, la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche. En 1910, la fièvre

typhoïde a donné 4 p. 100 de moins de mortalité qu'en 1890.

En résumé, en vingt années, de 1890 à 1910, la mortalité par maladies microbiennes a diminué des deux tiers.

M. Calmette constate à regret que le taux de la diminution de la mortalité, n'a pas encore atteint celui qui a été obtenu au Danemark, en Suisse, en Suède, en Norvège et il ajoute :

« La nation qui a vu naître Pasteur, tolérera-t-elle plus longtemps une si coupable négligence de ses intrêts vitaux. Puisse-t-elle enfin comprendre que sa prospérité économique et son existence dépendent de la manière dont elle saura mettre à profit les découvertes pastoriennes. »

— Cette communication de M. Calmette a été accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Examen du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic de la sclérose en plaques. — M. ACHARD. Une série de recherches récentes montrent qu'on peut utiliser l'examen du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic, toujours délicat, de la sclérose en plaques dans ses formes frustes. Sans parler de la recherche du spirochète, particulier à cette maladie, la constatation d'une réaction de Wassermann négative, et d'une réaction de benjoin colloïdal entièrement ou partiellement positive, paraît avoir une réelle valeur.

M. Guillain avait constaté une fois cette coïncidence et y avait trouvé un argument en faveur de la nature spirochétosique de la maladie. M. Achard, observant de nouveau le même fait, avait indiqué le parti qu'on en pourrait tirer pour le diagnostic. Depuis, cette opinion s'est confirmée dans de nouveaux cas observés par MM. Sicard, Guillain, Targowla et Mutermilch, Achard et Thiers, Souques, Mouquin et Walter.

M. Achard rapporte encore un cas de forme fruste, où la recherche du spirochète a été négative, mais où la présence d'une réaction de benjoin positive avec l'absence de la réaction de Wassermann, corrobore le diagnostic.

Sur un relevé de 24 cas, cette coïncidence de résultats contraires des deux réactions s'est rencontrée 20 fois.

Enfin, il paraît indiqué de contrôler les tentatives thérapeutiques par la réaction faite en série.

De l'influence des religions sur la natalité. — M. René MARTIAL estime que la décroissance de la natalité n'est pas due à ce qu'on appelle communément la civilisation, mais à cette prévoyance qui a tué la foi en la vie, l'esprit d'initiative, la hardiesse de caractère, en un mot le courage de vivre. Lorsque l'on veut prévoir tous les aléas de la vie, celui de la grossesse est des plus aisés à parer. Le problème est tout moral.

Dans toute collectivité, la nature, l'instinct agissent d'abord, mais l'éveil à la vie morale et au devoir ne tarde pas à paraître, et, à partir de ce moment, frauder l'instinct est équivalent à un péché.

Dira-t-on que la religion est exclusive de la civilisation alors qu'à l'origine de toute civilisation on trouve une religion.

A quoi l'on répond que civilisation ne veut pas dire instruction et que seules ont beaucoup d'enfants les populations ignorantes de certains pays ou de certaines villes. On cite, par exemple, les Polonais, les Espagnols, et telles villes où la population catholique refoule la protestante, comme à Glascow. A ces exemples, il est facile d'opposer celui de Genève, celui du Canada français, celui de la Hollande. Ce ne sont point là des villes ni des pays dénués d'instruction, ils sont, en même temps, profondément religieux, tant les catholiques que les protestants. En France, les catholiques du Nord n'ont-ils pas de splendides familles et les pasteurs protestants aussi. On ne saurait nier qu'il s'agit dans les deux cas de familles présentant une haute intellectualité.

L'histoire de plusieurs d'entre elles est fort instructive à cet égard. La civilisation même la plus raffinée n'exclut la natalité que lorsque la loi religieuse n'agit plus.

M. Martial donne ici un tableau fragmentaire où l'on a comparé en divers pays la natalité, la religiosité et l'instruction.

M. Martial trouve de nouveaux arguments dans l'étude de ce qui se passe à Fez.

Quatre villes européennes donnent des chiffres prouvant que la plus forte natalité est là où l'instruction est la plus répandue — et, si la population israélite de Fez n'est pas instruite, on ne saurait lui dénier de remarquables dons intellectuels.

D'un second graphique, établi de 1917 à 1922, il ressort que la petite population européenne, même estimée à 1.800 âmes depuis 1917, n'a donné pour ces six années que 19 pour 1.000 naissances contre 26,8 pour 1.000 décès.

On fera observer que les Arabes sont polygames. En quoi consiste donc cette polygamie légitime que les Arabes savent si bien opposer à la nôtre, clandestine.

Après une étude très complète de la natalité et de la mortalité chez les Arabes, M. Martial termine ainsi :

Pour tous ces peuples : musulmans, israélites, latins, germaniques, etc., le livre de base est le même. Là où il n'y a d'enfants, c'est que la majorité de la population l'a perdu de vue.

Plus on observe la vie collective des sociétés, des villes, des nations, plus évidemment on constate que le progrès moral ne marche pas du tout de pair avec le progrès matériel. Le Coran a donné à ses adeptes avertis, sensés, intelligents, une élévation morale considérable, il est la cause directe de la famille nombreuse ; toutes les fois que la Bible a été observée, il en a été de même. La civilisation, même raffinée, la science poussée à ses limites humaines ne sont pas exclusives d'une foi religieuse. Est-il besoin de rappeler Pasteur et Branly? Est funeste, a dit un grand penseur, tout ce qui libère l'homme sans qu'il y ait en même temps, chez lui, progrès moral parallèle.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (section de biologie).

Classement des candidats : en première ligne, par ordre alphabétique, MM. Leishman (de Londres), Sanarelli (de Rome); en deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Escomel (d'Arequipa), Madsen (de Copenhague).

Au premier tour, M. Leishman est élu par 51 suffrages sur 54 votants. Au deuxième tour, M. Sanarelli est élu par 53 suffrages sur 53 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 MAI 1923)

Inefficacité de la sérothérapie antidiphtérique par voie entérale. — M. LESNÉ insiste sur le fait qu'il est impossible, à part des cas très exceptionnels, de réaliser l'immunité passive après administration de sérum antidiphtérique par voie digestive. Les seules voies d'introduction pour obtenir une immunité certaine et efficace sont la voie sous-cutanée, la voie intramusculaire, la voie intrapéritonéale, la voie intraveineuse étant une voie d'exception réservée aux cas particulièrement graves.

M. COMBY partage l'opinion de M. Lesné, et cite notamment un cas qui montre combien la voie digestive est inopérante.

Anatomie et physiologie du ventricule gauche. — M. GÉRAUDEL, après fixation du cœur au formol, avant toute ouverture, a étudié, d'une façon minutieuse, la configuration intérieure du ventricule gauche. Il décrit ainsi deux parties : la manche de remplissage et la chambre de chasse qui n'existent pas simultanément. De sorte que, tantôt la cavité ventriculaire est remplie par la manche, tantôt devenue tout entière chambre de chasse.

Les mouvements en vrille du cœur prennent une grande part dans le développement ou l'effacement alternatif de la chambre ou de la manche. L'effacement de la chambre de chasse, réalisé d'abord par la systole expulsiva, se maintient grâce à la suppression de tout reflux aortique, du fait du bourrelet sigmoïdien, bien soutenu par la margelle sus-septale et coincé entre septum et manche gonflée du sang auriculaire sous-pression.

Manche effacée et bourrelet sigmoïdien coïncé fonctionnent comme des bourrelets comprimés contre des parois résistantes. Leur étanchéité croît avec la pression. Ce ne sont pas des diaphragmes tendus au-devant du reflux sanguin. La souplesse, fait la qualité essentielle de ces bourrelets. Rigide, le joint fuit par défaut de plasticité : C'est le cas dans l'endo-

cardite. Une bonne fermeture suppose encore une contraction myocardite suffisante : mal serré, le joint fuit aussi. C'est le cas dans la myocardite.

Traitement des hémorroïdes par des injections sclérosantes. — M. Bensaude préconise particulièrement l'injection de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 p. 100. L'injection est indolore, n'oblige à aucune anesthésie, non plus qu'aucun repos au lit. C'est essentiellement un traitement ambulatoire, constitué par une série de six à douze injections, pratiquées tous les huit jours.

On injecte 3 à 5 centimètres cubes de cette solution dans le tissu cellulaire sous-muqueux, au pied de l'hémorroïde.

Les coupes histologiques présentées à la Société montrent que les injections agissent en produisant de la sclérose périveineuse.

L'auteur a injecté un grand nombre de malades dont cinquante-deux ont pu être suivis attentivement : tous étaient atteints d'hémorragies abondantes ou répétées, ou présentaient un prolapsus hémorroïdaire ou même, à la fois, le prolapsus et les hémorragies. Il y a eu six récidives d'hémorragies et plusieurs résultats nuls ou incomplets dans le traitement du prolapsus. Mais, à côté de ces insuccès, il a constaté quelques résultats véritablement inespérés, même chez des personnes âgées. Jamais il n'a observé d'accident tant soit peu sérieux.

Essais d'immunothérapie mixte dans 75 cas de pneumopathies aiguës. — MM. d'Œlnitz et Colle.

Recherche sur l'action abortive des composés arsenicaux. — MM. Pomaret et Benoit rapportent quatre observations d'avortements qui paraissent imputables, non à la syphilis, mais à la médication arsenicale, à la suite de recherches expérimentales sur des lapines et des cobayes gravides. Ces auteurs concluent que le traitement arsenical reste le traitement de choix chez la femme enceinte, et préconisent les petites doses intramusculaires de 132 ou sous-cutanées de 914, fréquemment répétées plutôt que les injections intraveineuses espacées et à doses progressivement croissantes.

Note sur l'étude radiologique de l'arbre trachéo-bronchique, au moyen des injections de lipiodol. — MM. Sergent et Cottenot présentent comme contribution à l'étude de l'anatomie radiologique du poumon, quelques types de radiographies pulmonaires, prises après injection de lipiodol dans les bronches, suivant la méthode imaginée par MM. Sicard et Forestier. Au lieu d'injecter le lipiodol par la voie transglottique, ils préfèrent employer la voie intercricothyroïdienne, avec anesthésie de la trachée par la cocaïne.

Des radiographies de sujets normaux montrent le lipiodol remplissant les différents segments de l'arbre bronchique, suivant la position donnée au sujet. Le sommet est mis en évidence quand le sujet est injecté en position déclive. Chez deux malades présentant l'un de gros nodules crétacés de la région hilaire, l'autre une sclérose du sommet gauche, le lipiodol n'a pas pénétré dans le territoire de la lésion. Une autre radiographie montre, chez une femme syphilitique avec lésion fibreuse du poumon droit, la déviation et les déformations de la trachée et de l'œsophage. Enfin, dans un cas de fistule thoracique droite, consécutive à un empyème, le lipiodol, injecté dans la fistule, a dessiné la forme et la direction du trajet fistuleux, et est venu dessiner les arborisations bronchiques du côté gauche, mettant ainsi en évidence une communication insoupçonnée de la fistule avec les bronches.

Un cas de phlegmon périnéphrétique à staphylocoque, guéri par la vaccinothérapie. — MM. P. E. Weil et Pollet rapportent un cas de phlegmon périnéphrétique. La ponction exploratrice permit de retirer 5 centimètres cubes d'un pus jaunâtre renfermant du staphylocoque pur. A la suite de 18 injections de vaccin antistaphylococcique (1 centimètre cube tous les deux jours), on obtient une guérison complète sans intervention chirurgicale.

Crises de sommeil d'origine anaphylactique. — M. May rapporte l'observation d'une malade qui présentait des migraines, de la somnolence qui ont été guéries par l'ingestion de peptone. — Il s'agit de choc anaphylactique.

Recherches sur la sensibilité viscérale. Possibilité d'améliorer l'angine de poitrine par la résection des racines postérieures. — M. Danielopolu.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 11 avril 1923)

Contribution au traitement prophylactique de la maladie ourlienne. — Les cas rapportés par M. A. Challamel, minutieusement notés, prouvent que la durée de la période d'incubation est bien de vingt jours, que la phase de contagiosité doit être très courte et que la contagion des sujets sains, dans la plupart des cas, se fait dans les heures qui précèdent l'apparition des premiers symptômes chez le sujet en puissance d'oreillons, déjà contagieux.

De la constatation de cette phase de contagiosité très courte, M. Challamel tire cette conclusion que pour la prophylaxie, il faut, dès l'apparition d'un cas de maladie ourlienne, isoler, non pas tant le malade, mais le sujet qui s'est trouvé en contact avec lui la veille du jour de l'éclosion. Cet isolement du sujet sain se fera, pendant vingt-quatre heures, le dix-neuvième jour qui suivra l'éclosion des symptômes chez le sujet malade. *Cet isolement au dix-neuvième jour des suspects*, se présente, selon l'auteur, comme la seule méthode capable d'enrayer une épidémie commençante en ne laissant pas ce jour-là, aux sujets *en puissance d'oreillons*, la possibilité de contaminer, à leur tour, et en permettant *aux cas sous roche* de se déclarer.

L'auteur ajoute que l'arrêté ministériel du 3 février 1912, qui a trait aux mesures d'isolement des affections contagieuses, devrait être revisé en ce qui concerne les oreillons.

M. P. Gallois donne une observation analogue à celles présentées par M. Challamel.

M. Maillet déclare que la longue durée d'incubation, vingt jours, des oreillons est chose nettement établie et que la notion de contagiosité, durant la période pré-ourlienne, est actuellement acceptée par tous.

M. Renault demande durant quel temps les oreillons déclarés sont-ils dangereux ?

M. Challamel répond qu'il est bien difficile de répondre de façon absolue sur la phase contagieuse et que c'est pour cela qu'il a proposé pour être large, une durée d'isolement du malade pendant douze jours.

Hémoptysie tuberculeuse grave et rebelle arrêtée par la transfusion du sang. — M. Georges Rosenthal donne, comme pièce justificative des propriétés hémostatiques de la transfusion du sang, le fait d'un malade atteint d'une hémoptysie abondante.

Cet homme, qui est bacillaire et porteur de grosses lésions bilatérales, présente des signes caractéristiques de congestion.

On fait une injection d'anthéma avec une injection de morphine de 1 centigramme. L'hémoptysie n'a été que légèrement atténuée.

On fait alors une injection de rétropituitrine de 1 centimètre cube.

La situation est grave, l'hémoptyse continue.

On fait alors une injection extemporanée de 20 centimètres cubes de sang prélevé sur un externe du service hospitalier.

L'hémoptysie diminue.

Quelques jours après nouvelle transfusion de sang, 100 centimètres cubes de même provenance.

Le soir, l'hémoptysie est complètement arrêtée.

M. René Gaultier rappelle que pour le traitement des hémoptysies des tuberculeux, il avait employé avec succès les hypotenseurs, ainsi, en particulier, l'extrait de gui en pilules dosées à 0g05.

M. Challamel rappelle que, dans une hémorragie utérine, après la délivrance, il obtint un résultat remarquable à l'aide du sérum sérique antihémorragique de Dufour et Le Hello.

M. Rosenthal dit ne pas opposer les bienfaits de la transfusion du sang à ceux du gui, ni de l'anthéma, mais il signale les bienfaits de cette transfusion et considère celle-ci comme

une arme supplémentaire dans les hémorragies médicales graves.

Le prétendu danger du citrate de soude dans les transfusions sanguines. — M. Georges ROSENTHAL rappelle les différents griefs que l'on a fait de l'emploi du citrate de soude dans les transfusions sanguines, en particulier, on a parlé de l'altération des plaquettes.

L'auteur estime que ce réquisitoire est illusoire et par un simple calcul, il le démontre nettement.

Le traitement de la constipation, symptôme artificiel. — M. G. LEVEN entend par constipation, dit symptôme artificiel, une constipation qui à tous âges (nourrisssons, enfants, jeunes gens, adultes, vieillards) est guérie très rapidement (quelques jours à quelques semaines) et de façon définitive, si les erreurs qui avaient présidé à sa naissance ne sont pas renouvelées.

L'auteur élimine, par conséquent, toutes les autres constipations dues, soit à des dystrophies glandulaires, à des compressions d'organes, à des lésions anatomiques, etc.

Il cite un bon nombre d'exemples de constipation, symptôme artificiel, tels que : nourrisson trop alimenté et qui de ce fait devient constipé; usage exagéré des laxatifs, horreur qu'ont certaines jeunes filles à aller dans des W.-C. malpropres, erreurs de régime, grands lavages intestinaux, etc.

Voici les règles que donne M. Leven pour lever cette constipation :

A. Rassurer le malade sur les craintes qu'il a si souvent, relativement à l'auto-intoxication.

B. Lui conseiller la patience et l'attente du retour spontané de la selle naturelle, qui paraît après deux, quatre, cinq jours habituellement, mais quelquefois après dix, quatorze, dix-sept jours seulement.

Cette attente lui paraîtra d'autant plus supportable qu'il connaîtra des malades traités et guéris, dans les mêmes conditions.

C. Le régime alimentaire sera établi d'après les règles d'une communication déjà faite le 8 juin 1921.

D. La préparation à la tentative de défécation quotidienne sera faite comme il suit :

1° Au réveil, un demi-verre à Bordeaux de tisane de mauve, y dissoudre un des paquets suivants :

Poudre de lactose................ 0g75
Poudre de réglisse *simple*......... 0g50

en un paquet.

2° Durant une heure, au réveil, compresse humide et chaude sur l'anus.

3° A la fin de cette heure, se présenter à la selle, même sans besoin, durant cinq minutes seulement, mais quinze minutes après le déjeuner.

Cette tentative ne sera renouvelée que le lendemain à la même heure.

Fleurs de mauve............... 100 grammes

en 33 paquets.

Faire bouillir dix minutes un des paquets de fleurs de mauve dans la valeur d'un verre à bordeaux d'eau pure.

Verser ensuite dans une tasse de porcelaine.

Laisser refroidir la nuit : filtrer le matin et utiliser un demi-verre à bordeaux de cette tisane pour dissoudre le paquet prescrit plus haut.

M. LAUMONIER signale, comme M. Leven, la disparition de la constipation chez une jeune femme, dès la cessation des injections vaginales très chaudes et abondantes.

M. Gustave MONOD apprend qu'il a pu guérir un malade de soixante-quinze ans, constipé toute sa vie, grâce aux prescriptions diététiques de M. Leven.

M. M.-E. BINET estime que la suggestion seule peut guérir la constipation, et il estime que la thérapeutique conseillée par M. Leven ne suffira pas, chez les hépatiques, par exemple, chez qui le sulfate de soude est un médicament précieux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 16 MARS 1923)

Rhumatisme chronique tuberculeux. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et PUECH présentent une jeune fille de vingt-huit ans, atteinte, depuis l'âge de seize ans, de rhumatisme polyarticulaire chronique d'emblée. Les hanches sont soudées en adduction et la radiographie y montre des altérations osseuses. Aux autres articulations (genoux, cou-de-pied, coudes, poignets), les déterminations synoviales sont, au contraire, très prédominantes; les synoviales tendineuses des membres supérieurs participent au processus. La malade présente, en outre, des signes d'imprégnation bacillaire discrète (rétrécissement mitral, congénital, réaction de Besredka et cutiréaction positive, etc.).

Diffusibilité clinique comparée de l'acide urique et de la créatinine. — MM. CRISTOL, NIKOLITCH et BOUKOVALE.

Dextrocardie congénitale avec inversion totale des viscères. — M. CORONE a découvert cette anomalie chez un homme de quarante-quatre ans, à l'occasion d'un examen radioscopique. L'estomac est à droite, sa forme est inversée. La pointe du cœur bat au voisinage du mamelon droit et l'axe de cet organe est inversé (cœur en miroir). Le foie est à gauche. Le testicule droit descend notablement plus bas que le gauche.

Le fils de cet homme est normalement constitué.

Le rôle de l'iris dans l'élaboration de l'humeur aqueuse seconde. — M. L. CARRÈRE a précédemment montré le rôle actif que jouent les cellules des deux couches de la région ciliaire de la rétine (cellules dialysantes) dans l'élaboration de l'humeur aqueuse, tant normale que seconde. Il étudie avec les mêmes méthodes et du même point de vue, l'iris et, en particulier, son épithélium postérieur (pars iridica retinae) : il conclut de ses recherches que l'iris ne participe pas à l'élaboration de l'humeur aqueuse normale, mais qu'il joue un rôle très actif, par son épithélium postérieur, dans celle de l'humeur seconde.

Sur trois cas d'urticaire chronique traitée par l'autohémothérapie. — MM. MARTIN (de Châtel-Guyon) et LAUZE (d'Aimargues). L'un d'eux, lié à des accidents gastro-intestinaux, fut très amélioré par une série de douze injections intramusculaires de 10 centimètres cubes du sang de la malade; après trois mois les accidents se reproduisirent. La malade fut alors traitée par la cure de Châtel-Guyon à domicile et par deux saisons à cette station. Tous les accidents ont cédé, et n'ont pas reparu depuis deux ans.

Les deux autres indépendants de tout trouble digestif et d'étiologie inconnue cédèrent complètement aux injections de sang, et demeurent guéris respectivement depuis deux ans et six mois.

Ces deux derniers sujets présentent un caractère commun : ce sont des hypervagotoniques (instabilité cardio-vasculaire, troubles vasculaires périphériques, dermographisme, sialorrhée, constipation spasmodique, réflexe oculo-cardiaque). Ces signes manquent chez le premier. Peut-être faut-il voir, dans ce fait, une des raisons du caractère temporaire de l'amélioration obtenue chez lui par la thérapeutique humorale, tandis que les deux autres furent complètement guéris.

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1923)

Spasmes de torsion et urémie nerveuse. — MM. EUZIÈRE, BLOUQUIER DE CLARET et PAGES, chez un sujet de dix-huit ans, ont observé des spasmes de torsion pendant l'évolution d'une urémie nerveuse, méconnue jusqu'à l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Celui-ci donnait les résultats suivants : urée 1,25, chlorures 7,9 p. 1000, albumine 0,25, Nageotte 26 lymphocytes par millimètre cube.

Evolution rapidement fatale.

A l'autopsie, gros reins rouges avec présence d'une faible quantité de pus dans le bassinet droit. Histologiquement : néphrite parenchymateuse, dégénérative.

Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic : cliniquement, on avait pensé à une méningite ou à une encéphalite. Ils notent, en outre, la dissociation albumino-cytologique par hypercytose, cette dernière étant constituée à peu près exclusivement par des lymphocytes. Le pronostic, malgré les chiffres relativement peu élevés d'urée et de chlorures, peut être considéré comme très grave, en raison de la dissociation progressive du pouls et de la température.

Enfin, ce cas peut permettre de faire une place dans la genèse des spasmes de torsion aux intoxications, et, en particulier, à l'intoxication urémique.

A propos d'un cas d'ulcère de la petite courbure de l'estomac. Considérations cliniques et thérapeutiques. — MM. G. LARDENNOIS (de Paris) et J. BAUMEL, chez un homme de trente ans, déjà gastrostomisé deux ans auparavant et présentant un syndrome de sténose de l'œsophage non amélioré par la première intervention, ont diagnostiqué un phréno-spasme consécutif à un ulcus de la petite courbure juxta-cardiaque. Dans un premier temps, une large gastrotomie permit de se rendre compte du fait. Une deuxième intervention deux mois après, par la voie postérieure après résection de la XIIe côte et d'une portion de la XIe et la Xe permit de sectionner le diaphragme et de faire une désocclusion complète de l'orifice œsophagien de ce dernier. Intervention intéressante, car seule capable de vaincre le phréno-spasme des cathétérismes répétés et suivis, n'ayant amené aucun résultat et n'ayant agi nullement sur l'élément douleur qui était primordial et empêchait toute tentative d'alimentation suffisante.

Répartition de l'acide urique total, de l'acide urique libre et de l'acide urique combiné organique entre les globules et le plasma du sang chez l'homme, le chien et le lapin. — MM. CRISTOL et NIKOLITCH.

Les gaz spontanés des sources minérales de Balaruc-les-Bains et de Vergèze (source Perrier). — MM. A. LEPAPE et R. CASTAGNÉ.

LIVRES NOUVEAUX

Physiologie normale et pathologique du foie (1), par G.-H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de pathologie expérimentale et comparée, membre de l'Académie de médecine.

Le foie remplit dans l'organisme des fonctions multiples dont la connaissance comporte d'importantes déductions cliniques et dont l'étude a suscité de nombreux travaux, souvent contradictoires. Mettre au point l'état actuel de la science et dégager les conclusions qui découlent des faits épars était une œuvre extrêmement ardue. Plus que tout autre, M. Roger était qualifié pour l'entreprendre puisque, depuis trente-cinq ans, il poursuit sans relâche des recherches sur la physiologie du foie et qu'il a recueilli de nombreux faits nouveaux concernant la glycogénie, la glycuronurie, dont il a fait voir l'importance clinique; les ferments réducteurs; l'influence sur le thermogenèse; l'action sur les poisons et les microbes; l'autolyse; le rôle de la bile, etc.

La constante préoccupation de l'auteur a été de faire marcher de pair la clinique et l'expérimentation. Aussi son livre s'adresse-t-il aux médecins comme aux physiologistes; car il indique toutes les déductions pratiques qui découlent des recherches expérimentales. C'est ainsi qu'un chapitre spécial est consacré à l'exposé des méthodes d'exploration dont on peut faire profiter la clinique.

Ce nouveau manuel de la physiologie normale et pathologique du foie renferme des renseignements qu'on trouverait difficilement ailleurs. Il ne donne pas seulement l'exposé analytique des faits; il rapproche les différents processus physiologiques dont l'organisme est le siège et montre la collaboration intime du foie et des autres glandes. L. G.

(1) In-8 de 400 pages avec 16 figures. — Prix : 22 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — *Concours pour l'internat.* — Le lundi 30 juillet 1923, à 2 h. 1/2, s'ouvrira un concours pour trois places d'internes titulaires.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Médecine. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 24 mai. — M. Stilhmunkès : « La maladie bleue. »

M. de Verbizier : « Accidents nerveux du mal de Pott. »

M. Baumel : « Broncho-pneumonies de la rougeole. »

Séance du 25 mai. — M. Salès : « Leucémie aiguë. »

M. Bouttier : « Péricardites rhumatismales. »

M. Devic : « Cancer de la vésicule biliaire. »

Séance du 26 mai. — M. Harvier : « L'hémoglobinurie paroxystique. »

M. Jacquet : « Pleurésies diaphragmatiques. »

M. Porot : « Les angines malignes de la scarlatine. »

Chirurgie. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 24 mai. — M. Leveuf : « Anévrismes de l'aisselle. »

M. Jeanneney : « Les hydrocèles vaginales. »

M. Chalier : « Tumeurs des mâchoires d'origine dentaire. »

Séance du 25 mai. — M. Moure : « Lithiase de la glande sous-maxillaire. »

M. Lorin : « Luxations traumatiques de la colonne cervicale. »

M. Mondor : « Les appendicites pelviennes. »

Anatomie et histologie. — Le jury est composé de M. Nicolas, président; MM. Prenant, Cunéo, Latarjet, Gérard, Argaud, Policard.

Anatomie. — Exposé de titres. — MM. Mutel, Olivier et Villemin, 26; Clermont, 21; Cordier, 18; Florence, 16; Dubecq, 14.

Histologie. — Exposé de titres. — MM. Mawas et Verne, 28; Lacoste, Noël, Promieu et Turchini, 25; Faure, Granel, 21; Watrin, 19.

Physique et chimie médicale. — Le jury est composé de M. Desgrez, président; MM. Broca (André), Richaud, Chelle, Aloy, Dufour, Pachon.

Chimie médicale. — Exposé de titres. — MM. Grigaut, 24; Malosse, 18; Portes, 20; Hervieux, 26; Valdiguié, 23; Rangier, 20; Cristol, 15.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve de chirurgie.* — MM. Wilmoth, 14; Richard, 17; Reinhold, 16; de Gaudart d'Allaines, 18; Oberlin, 17; Michon, 16.

Epreuve de médecine opératoire. — MM. Wilmoth, 24; Richard, 25; Reinhold, 26; de Gaudart d'Allaines, 29; Oberlin, 25; Michon, 24.

XVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le XVIIe Congrès français de médecine aura lieu à Bordeaux, du 27 au 29 septembre 1923.

Rapports. — 1° *Suites éloignées du paludisme.* — Rapporteurs : M. le professeur Le Dantec, de la Faculté de Bordeaux, avec la collaboration de M. le docteur Hesnard, médecin de la marine, professeur à l'Ecole de santé navale de Bordeaux qui s'occupera spécialement des psychoses post-paludéennes, et de M. le docteur Marcel Léger, médecin-major des troupes coloniales, directeur de l'Institut physiologique de Dakar qui traitera des lésions viscérales paludéennes. — Corapporteur : M. le docteur Broden, directeur de l'Ecole de médecine tropicale de l'Etat, à Bruxelles.

2° *Rapport du sympathique et des glandes endocrines en pathologie.* — Rapporteur : M. le professeur Pachon, de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Corapporteur : M. le professeur agrégé Perrin, de la Faculté de médecine de Nancy.

3° *Traitement des infections à méningocoques.* — Rapporteurs : M. le docteur Dopter, professeur au Val-de-Grâce, et M. le docteur Boidin, médecin des hôpitaux de Paris. M. Dopter parlera spécialement de la sérothérapie, et M. Boidin de la vaccinothérapie.

CONSULTATION DENTAIRE DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — ENSEIGNEMENT DE LA MÉTHODE EUMORPHIQUE AVEC PRÉSENTATION DE MALADES. — M. le docteur Pierre Robin, médecin-dentiste des hôpitaux, fera tous les jeudis à 11 h. du matin, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital des Enfants-Malades, une « conférence sur la méthode eumorphique appliquée au traitement des irrégularités des arcades dentaires et de la face ».

La première conférence a eu lieu le 24 mai 1923.

Chaque conférence sera précédée, à 10 h., d'une clinique expliquée avec présentation d'enfants, en cours de traitement pour corriger des déviations dento-facio-cranio-vertébrales.

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE PASTEUR

LA CÉRÉMONIE DE LA SORBONNE

Les médecins ont célébré les premiers, à la fin de l'année 1922, le centenaire de la naissance de Louis Pasteur. Cette semaine, toutes les nations civilisées, toutes les villes, les moindres villages, dans le monde entier, s'unissent pour adresser à la mémoire du grand français le tribut de gratitude que mérite son œuvre admirable.

Au milieu des fêtes commémoratives, si nombreuses qu'on ne peut les mentionner toutes, il faut faire une place à part à la grande et belle cérémonie qui a eu lieu vendredi, à la Sorbonne.

Cette cérémonie fut particulièrement émouvante pour ceux qui assistèrent en décembre 1892 au jubilé de Louis Pasteur. Ils se souviennent encore de l'entrée dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne de l'illustre vieillard guidé et soutenu par le chef de l'Etat, le président Sadi Carnot, au milieu de l'ovation enthousiaste des savants et des étudiants venus de tous les points du monde pour acclamer le plus grand génie de l'humanité.

Ils se souviennent de l'émotion intense qui s'empara de l'assemblée, quand Lister, le grand Lister donna l'accolade à Pasteur.

Ces souvenirs étaient présents à notre mémoire pendant la cérémonie de vendredi. Comme en 1892, les délégués de tous les gouvernements étrangers, de toutes les Sociétés savantes, de toutes les Universités du monde remplissaient l'amphithéâtre de l'antique Sorbonne, du chatoiement multicolore des robes professorales et des uniformes.

Le président de la République déclare la séance ouverte et donne successivement la parole à M. Appell, recteur de l'Université, et à M. Léon Bérard, ministre l'Instruction publique qui saluent les délégués étrangers et prononcent de beaux éloges de Pasteur.

Puis, les délégués étrangers ont la parole. Le représentant du Saint-Siège lit une lettre du pape glorifiant le grand savant, ensuite MM. Welsch, au nom des Etats-Unis; M.-J. Chagas, au nom du Brésil et de l'Amérique latine; Sanarelli, ce fidèle pastorien, au nom du gouvernement italien et de l'Europe latine, Sherrington, au nom de l'empire britannique; Firket, au nom de la Belgique, de la Pologne, de l'Esthonie, d'autres encore apportent au milieu des ovations, le salut de toutes les Sociétés savantes du monde entier.

C'est maintenant le défilé si pittoresque des délégués aux robes multicolores venant déposer leurs adresses qui bientôt s'accumulent en un énorme trophée devant le président de la République et le portrait de Louis Pasteur.

Enfin, M. Strauss, ministre de l'Hygiène, prend la parole. Dans une improvisation pleine de cœur et d'émotion, il traduit bien le sentiment de reconnaissance infinie qui anime le monde entier envers la mémoire du grand français, sentiment qui est bien l'hommage le plus touchant dont on puisse honorer sa mémoire. En terminant, M. Strauss tient à réunir, dans le même hommage, la famille de Pasteur, sa fille, son gendre, M. René Vallery-Radot qui a consacré sa vie à poursuivre l'œuvre de Pasteur; son petit-fils, notre collègue et ami Pasteur Vallery-Radot, et enfin il fait acclamer les noms des collaborateurs de Pasteur. A ce moment, l'Assemblée entière, debout, suivant l'exemple du président de la République, fit à M. Emile Roux, une de ces ovations qui sont, pour une carrière remplie comme la sienne, le plus beau des couronnements.

Le Président de la République prit le dernier la parole et prononça une allocution qui peut servir de conclusion à cette inoubliable journée :

« Au seuil des cérémonies qui, de Paris à Strasbourg, vont magnifier l'œuvre de Pasteur, dit-il, il convenait que les représentants de la pensée et du gouvernement français accueillissent dans cette demeure des lettres et des sciences les hôtes illustres venus joindre leurs hommages aux nôtres.

Les fêtes de Pasteur sont les fêtes de la science et de l'humanité. Elles signifient le triomphe de l'homme sur les forces malfaisantes qui le guettent.

Les découvertes pastoriennes marquent dans l'histoire universelle le début d'une ère. Elles ont renouvelé l'art de guérir.

Comment tous les peuples ne s'uniraient-ils pas pour en célébrer l'auteur? Son génie dépasse les limites du pays qui lui a donné le jour pour devenir l'orgueil et la propriété du monde.

La France, qui se fait honneur de dispenser largement autour d'elle les productions de ses enfants, est fière de retrouver dans les travaux de Pasteur les traits caractéristiques de son propre génie : la clarté, la pénétration et la force. Elle salue avec une maternelle prédilection, dans le pacifique dominateur de la matière et du mal, un fils de son esprit et de sa race. »

Avant la cérémonie, M. Appell, recteur, avait inauguré, en présence de l'ambassadeur de Grande-Bretagne, des délégués britanniques et du Conseil de l'Université, une plaque de marbre rappelant la rencontre de Lister et de Pasteur.

Cette plaque porte l'inscription suivante :

« Ici le 27 décembre 1892, jour du jubilé de Pasteur, le grand Français et le grand Anglais se sont embrassés.

Le 25 mai 1923, jour de la célébration du centenaire de Pasteur, l'Université de Paris a voulu commémorer cette étreinte fraternelle, symbole de l'amitié des deux peuples. »

— Dans la matinée, les délégués étrangers s'étaient rendus à l'Institut Pasteur; après la visite des laboratoires, de la bibliothèque et de l'appartement de Pasteur, ils descendirent à la crypte se recueillir devant le tombeau du grand homme — hommage qui a laissé dans l'esprit de tous une impression profonde et inoubliable. L.

RENSEIGNEMENTS

LE CENTENAIRE DE PASTEUR. — FACILITÉS DE CIRCULATION DE CHEMIN DE FER ACCORDÉES A L'OCCASION DE L'EXPOSITION DE STRASBOURG. — La célébration nationale du centenaire de Pasteur qui débute aujourd'hui par des fêtes à Paris, se prolongera par des cérémonies successives en Franche-Comté et à Strasbourg, dont la dernière qui aura lieu le 31 mai, consistera dans l'inauguration officielle, par le président de la République, de l'Exposition internationale d'hygiène, ouverte au public le lendemain 1er juin.

Pendant la durée de cette exposition, c'est-à-dire jusqu'à la fin d'octobre, les grandes Compagnies de chemins de fer accorderont une validité de 15 jours aux billets d'aller et retour à destination de Strasbourg.

LES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

DES « NODOSITÉS JUXTA-ARTICULAIRES »

Par les professeurs A. CANGE et R. ARGAUD
De la Faculté de médecine d'Alger.

Nous voudrions, à l'occasion d'un récent travail de MM. van Dijke et Oudendal (1), revenir sur le problème étiologique des « nodosités juxta-articulaires », ce qui nous permettra, en faisant connaître les recherches des deux médecins hollandais, d'apporter de nouvelles précisions à nos publications antérieures.

Ainsi que nous l'écrivions, les auteurs qui se sont occupés de cette question se sont déclarés partisans, les uns de leur origine mycosique, les autres de leur nature syphilitique; d'autres encore se sont montrés particulièrement éclectiques. En raison de l'insuffisance des arguments produits, nous n'avions pas jugé intéressant de signaler alors d'autres facteurs étiologiques, également incriminés, comme l'infection pianique par exemple. Le travail de MM. van Dijke et Oudendal va nous fournir l'occasion d'envisager aujourd'hui ce côté intéressant du problème.

Aucun observateur ne fut plus nettement éclectique que notre collègue J. Brault. En 1910 dans le *Janus*, en 1911 dans la *Province médicale*, comme en 1916 dans le *Bulletin de la Société de pathologie exotique* nous retrouvons la même confusion clinique. « A côté des tumeurs peut-être d'origine mycosique et à structure spéciale étudiées par Jeanselme, écrivait-il alors, il faut tenir compte de toute une série de tumeurs plus ou moins banales (fibromes plus ou moins dégénérés, fibrolipomes, etc.); puis de résidus de vieux processus (hygromas plus ou moins calcifiés, abcès filariens, foyers gommeux ou tuberculeux plus ou moins éteints); enfin, peut-être même de certaines tuberculides sous-cutanées (sarcoïdes). »

C'est à tort, sans doute, que l'on a attribué à Jeanselme la paternité de la doctrine mycosique des « nodosités ». Très affirmatif sur ce qu'elles ne sont pas, il se montre, en raison du résultat négatif de ses investigations microbiologiques, beaucoup plus réservé dans la détermination de leur véritable origine. « Celles-ci, dit-il, ne relèvent certainement pas de la tuberculose ou de la syphilis; ce ne sont pas des noyaux de xanthome dont la structure est caractéristique; ce ne sont pas non plus des fibromes ou des bourses séreuses périarticulaires transformées en tumeurs scléreuses »; et, après avoir éliminé la possibilité de lésions goutteuses, il concluait : « Sans être en droit d'affirmer l'origine parasitaire de ces petites tumeurs, je tiens cette hypothèse pour vraisemblable » (2).

La doctrine mycosique a été proclamée pour la première fois, semble-t-il, par Fontoynont en 1909. Citons textuellement (3) : « Cette affection, dont je viens de faire une étude très complète avec Carougeau, est due à un champignon, à un *discomyces* dont l'identification est due aux belles recherches de Carougeau. La lésion que nous observons généralement est une lésion guérie dans laquelle le parasite a spontanément disparu et a été étouffé au milieu d'une prolifération fibreuse. J'ai eu la chance d'avoir à l'hôpital, l'an dernier, dans mon service, une femme porteur de lésions des pieds et des mains présentant les caractères cliniques que je viens de signaler comme propres aux mycoses. Ces lésions se présentaient, elles aussi, sous forme de cratères et de fistules mais à différents points de leur évolution, les unes non ouvertes, les autres ulcérées, d'autres, enfin, sous forme de tumeurs dures et fibreuses caractéristiques de la maladie dénommée « nodosités juxta-articulaires ». Pendant les longs mois où j'ai tenu en observation cette femme, j'ai vu sous mes yeux certaines lésions ramollies se transformer en tumeurs fibreuses sans passer par la voie de l'ulcération. C'est sur les coupes d'une de ces nodosités encore molle que Carougeau a pu mettre en évidence l'existence de fins filaments rayonnés auxquels Gougerot a donné le nom de « discomyces Carougeï ». L'année suivante (1), Fontoynont revenait sur ce parasite tout spécial que l'on peut considérer selon lui « comme l'agent pathogène et causal de certaines nodosités juxta-articulaires ». La description en était reproduite telle qu'elle avait été donnée par Carougeau à la *Société de biologie* de novembre 1909, ainsi que dans les *Archives de parasitologie* (vol. XIII, p. 591).

Gougerot, dans son Précis *Les Nouvelles mycoses* (en collaboration avec de Beurmann), décrit quatre groupes d'oosporoses : les actinomycoses, les mycétomes ou pieds de Madura, l'oosporose d'Eppinger, et enfin un quatrième groupe : « Oosporose ou discomycose de Carougeau (nodosités juxta-articulaires de Jeanselme) due à un parasite nouveau dénommé par Gougerot oospora ou discomyces Carougeï. » Et, en annotation, on lit ceci : « Une des malades de Carougeau avait à la fois des nodosités juxta-articulaires et un pied de Madura; le même discomyces Carougeï peut donc provoquer ces deux sortes de lésions » (p. 140). C'est cette opinion que notre précédent article de la *Gazette des hôpitaux* de juin 1922 a voulu traduire sans aucune pensée désobligeante pour leurs auteurs. Sans aller jusqu'à prétendre, avec Pinoy, que les formes décrites comme un champignon ne représentaient que « du tissu conjonctif ou des capillaires » (!?) ou bien encore, avec Langevin, qu'elles étaient simplement des amas de substance amyloïde, bornons-nous à rappeler que le parasite, difficilement colorable, n'a été ni isolé, ni cultivé et que les inoculations expérimentales sont toutes restées négatives. Mentionnons également qu'il n'a jamais été retrouvé depuis, ni par leurs inventeurs, ni par les autres observateurs qui, comme nous, l'ont cependant systématiquement recherché. D'ailleurs, la description de ce discomyces a disparu de la dernière édition du *Traité classique de parasitologie* de Brumpt alors qu'elle figurait dans les deux éditions précédentes.

Pourtant, une autre opinion s'était fait jour. Tandis que certains auteurs ignoraient ou rejetaient l'origine luétique de l'affection, d'autres se demandaient si la syphilis ne devait pas être incriminée et orientaient dans cette voie leurs diverses investigations. Il est juste de reconnaître que si quelques-uns d'entre eux sont demeurés quand même hésitants,

(1) *Geneeskundig. Tijdjschrift voor Nederlandich-India*, afl. 4, deel 62, Batavia 1922.
(2) JEANSELME. *Revue d'hyg. et de méd. trop.*, 1905.
(3) FONTOYNONT. *Bull. de la Soc. des sciences méd. de Madagascar*, 11 nov. 1909.

(1) FONTOYNONT. *Bull. de la Soc. des sciences méd. de Madagascar*, 17 mars 1910.

d'autres, par contre, se sont montrés nettement affirmatifs. Au nombre des premiers nous pouvons ranger : Gros (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1907), Jojot (*Bull. de la Soc. de path. exot.*, 1916), Poupelain (*Ibid.*, 1920), Montel (*Ibid.*, 1920), Nogüe (*Bull. de la Soc. méd.-chir. franç. de l'Ouest africain*, 1921) et Da Matta (*Brazil méd.*, 1921) qui conclut à une manifestation parasyphilitique. Parmi les seconds, citons : Gougerot, Burnier et Bonnin, de Quervain, Foley et Parrot, et nous-mêmes. De l'étude approfondie de leur observation (*Ann. mal. vén.*, mai 1920), Gougerot, Burnier et Bonnin tiraient, cette fois, la conclusion suivante : « qu'il faudra devant tout malade atteint de ces nodosités suspecter la syphilis, la rechercher et même, en l'absence d'antécédents, même avec une séro-réaction négative (ce qui n'est pas rare en période tertiaire), tenter le traitement d'épreuve antisyphilitique. » Dans la *Schweiz. medizinischen Wochenschrift* du 15 juillet 1920 et sous la rubrique « nodosités fibro-gommeuses » se trouve relatée l'observation d'un malade que le professeur de Quervain avait présenté à la séance du 4 mars de la *Société médicale de Berne*. L'histoire détaillée de ce cas ainsi que les commentaires qu'elle appelait ont été développés dans le *Lyon chirurgical* de septembre-octobre 1921. Après avoir discuté successivement les diverses éventualités d'une coexistence, d'une analogie ou d'une identité, de Quervain se rangeait « à l'interprétation la plus simple qui est d'attribuer chez nous et dans les pays tropicaux ces nodosités juxta-articulaires à une infection syphilitique, c'est-à-dire à un spironème présentant certaines particularités : histotropisme pour le tissu conjonctif, faible virulence et prédilection pour les endroits sujets à des traumatismes répétés ». Foley et Parrot, dans le *Bulletin de la Société de pathologie exotique* du 10 novembre 1920, puis surtout dans les *Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord* (mars 1921), se déclarent partisans de l'origine syphilitique des nodosités. Comme ils le font très justement observer : « Si l'extrême fréquence de la vérole parmi les populations indigènes de l'Algérie oblige aux plus expresses réserves, il semble bien cependant que le rôle étiologique de la syphilis mérite d'être sérieusement envisagé ». Et, ils fondaient leur opinion sur la découverte, chez leurs malades, d'antécédents spécifiques, sur la coexistence de lésions secondo-tertiaires en évolution, sur la constatation d'avortements multiples et de polymortalité infantile, sur la positivité partielle du Bordet-Wassermann et sur les résultats heureux de la médication mercurielle. En outre, dès 1910, ils demandaient à l'anatomie pathologique de corroborer leur opinion : des prélèvements opérés sur deux malades (obs. I et III) furent adressés dans ce but au docteur Pinoy, mais c'est en 1916 seulement que les résultats analytiques, d'ailleurs bien incomplets, en furent produits à la *Société de pathologie exotique* (séance du 12 avril 1916, p. 214). Précisant plus tard sa pensée, Pinoy disait avoir trouvé « des capillaires sclérosés et peut-être même calcifiés qui donneraient à penser à quelque chose de syphilitique ».

Enfin, nous avons nous-mêmes, dans deux mémoires successifs (*Paris méd.*, déc. 1921, et *Gaz. des hôpit.*, juin 1922), établi sur un triple faisceau de preuves, cliniques, thérapeutiques et surtout anatomo-pathologiques, la nature indiscutablement syphilitique de l'affection. Nous renvoyons le lecteur aux descriptions détaillées que nous avons données et aux conclusions formelles auxquelles nous sommes arrivés.

Des enseignements confirmatifs des précédents découlent encore des recherches toutes récentes poursuivies par l'un de nous sur un troisième cas, dont l'histoire détaillée fera l'objet d'un travail inséré dans le prochain numéro des *Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord* (1). Nous nous bornerons ici à en extraire les éléments principaux.

Il s'agit, dans cette observation, d'un Arabe de soixante-dix ans dont les téguments étaient parsemés de cicatrices brunâtres, arrondies et lisses, stigmates de vieilles lésions, très probablement syphilitiques. La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée par l'Institut Pasteur d'Alger, vint, d'ailleurs, confirmer par sa positivité cette impression première d'une superficielle et rapide inspection. Le fait intéressant est que le sujet présentait, au coude gauche, une nodosité juxta-articulaire typique, datant de vingt ans, qui avait, en très peu de temps, atteint son volume définitif : celui d'une grosse noix. A la face postérieure du coude droit, par conséquent dans une situation à peu près symétrique, on pouvait observer, en outre, une cicatrice arrondie, pigmentée, vestige d'une tumeur gommeuse qui se serait jadis ouverte spontanément.

L'examen histologique mit en évidence l'habituelle triade pathognomonique de la syphilis : manchons périvasculaires de plasmazellen, cellules géantes et lésions d'endovascularite, avec toutefois un état plus évolué que dans les cas déjà relatés. C'est ainsi que les cellules géantes, flétries et ratatinées, ont perdu le rôle génétique précédemment décrit par nous, que les noyaux des plasmazellen n'ont plus leur bel aspect de chromatine en damier et que l'intima de certains vaisseaux en oblitère presque la lumière par des ponts de sclérose larges et nombreux. La tumeur tout entière, malgré quelques géodes de dégénération, tend à n'être plus qu'un bloc scléreux, formé çà et là de nodules chondromorphiques.

En résumé, cette observation est entièrement superposable à celles des autres nodosités juxta-articulaires dont nous avons déjà démontré la constitution anatomique, mais elle paraît répondre à un stade plus avancé, presque ultime, d'une sclérose syphilomateuse.

A toutes ces constatations qui, malgré leur diversité d'origine, aboutissent, en fin de compte, à la même conclusion et qui, dans toutes nos investigations se répètent avec une constance impressionnante, il manquait pourtant un critérium : la découverte du spirochète. C'est cette lacune que, prévenant nos intentions, van Dijke et Oudendal viennent, à notre avis, de combler.

Ces deux auteurs déclarent, au début de leur travail, que frappés de la fréquence des nodosités chez les sujets atteints de frambœsia, ils inclinent à penser qu'il y a, entre les deux affections, plus qu'une simple coïncidence. Ils rappellent d'ailleurs, au cours d'un exposé bibliographique très complet, que semblable remarque avait déjà été formulée par Davey (2) et par Mouchet et Dubois (3).

C'est au cours d'une étude sur la maladie du sommeil, dans le district de Dedza (Nyazaland), que

(1) R. Argaud et Nénon. *Arch. des Inst. Pasteur de l'Afrique du Nord*, 1922, t. II, n° 3.
(2) J.-B. Davey. *Ann. of Trop. Med. and Parasit*, vol. IX.
(3) Mouchet et Dubois. *Bull. Soc. path. exot.*, t. VI.

Davey fut frappé et de la prédominance du pian et de la fréquence de productions sous-cutanées que leurs caractères lui permirent de rattacher aux nodosités juxta-articulaires. Une enquête systématique porta sur 2.378 adultes (964 H. et 1.414 F.) et sur 567 enfants. Sur les 2.378 adultes examinés, on releva 80 porteurs de nodosités; 72 de ceux-ci montraient des traces caractéristiques de pian et avouaient avoir été atteints de cette affection. Des 8 autres, 7 présentaient des cicatrices typiques, pigmentées, finement plissées, mais niaient tout antécédent pianique; mais le pian est une affection si commune dans le premier âge et dans l'enfance, que presque tous ces indigènes ont oublié leur affection antérieure quand ils ont atteint l'âge adulte. De fait, dans la plupart des observations les nodosités ont apparu plusieurs années après la guérison des manifestations pianiques; pourtant, dans 4 cas, il y avait encore des granulomes non guéris. Chez les 567 enfants, dont 85 étaient atteints de « yaws », on ne trouva pas les nodules juxta-articulaires. Davey porta ensuite ses investigations dans un autre district du protectorat (Mlanje) où le pian est inconnu, 327 adultes furent examinés : 2 seulement reconnurent avoir été atteints du pian dont ils présentaient d'ailleurs des cicatrices caractéristiques; ils étaient également porteurs de nodosités. Or, ces deux sujets avaient contracté l'affection dans une autre région du pays. La conclusion de Davey fut que « ces nodules sous-cutanés sont des manifestations tardives du pian, comparables à une gomme syphilitique, sans tendance au ramollissement ».

Le travail de Mouchet et Dubois peut se résumer dans les quatre propositions suivantes : entre le pian et les nodosités de Jeanselme, il y a, *au dire des indigènes*, relation de cause à effet; les nodosités sont fréquentes là où la grande majorité des enfants est atteinte de pian; dans un cas où coexistaient des nodosités et des lésions pianiques en évolution le traitement par le néosalvarsan eut pour résultat la guérison du pian et la réduction des nodosités; enfin, dans un autre cas de nodosités survenues chez un pianique de date ancienne, le salvarsan amena la diminution de volume des nodosités juxta-articulaires.

Les recherches de V. Dijke et Oudendal ont porté sur 1.557 sujets dont 741 se montrèrent atteints de frambœsia et dont 36 furent trouvés porteurs de nodosités. Suit une étude complète, qui n'apporte d'ailleurs aucun élément nouveau, relative au sexe et à l'âge des malades, à la topographie de l'affection, au volume, à la consistance, au siège, à l'indolence des tumeurs.

Sur les 36 porteurs de nodosités, 32 étaient atteints de manifestations frambœsiennes diverses. Des 4 sujets restants, un seul montrait une roséole syphilitique; les 3 autres ne présentaient aucun signe de syphilis ou de frambœsia, mais 2 de ces derniers certifiaient avoir eu le « patek » (1); le 4e enfin avait du psoriasis : son Bordet-Wassermann était négatif et le Sachs-Georgi positif. En résumé, sur 36 sujets, 34 étaient sûrement atteints de frambœsia. Tous les malades se dérobèrent à l'épreuve du traitement dont l'influence ne put être contrôlée.

Onze nodosités prélevées sur 10 patients (7 H. et 3 F.) furent soumises à l'examen anatomo-pathologique et fournirent des résultats sensiblement concordants. La description macroscopique des tumeurs ne contient aucune particularité bien saillante. Par contre, van Dijke et Oudendal donnent une méticuleuse description tissulaire et cytologique des lésions qui nous intéressent. Mais, là encore, au point de vue histo-pathologique, on ne peut s'empêcher, malgré le rigorisme apporté dans ce travail, de reconnaître, chez les auteurs, un penchant nettement tendancieux vers la diagnose pianique. Nous ne les suivrons pas servilement dans leurs artificielles divisions en trois zones structurales, pas plus d'ailleurs que dans leurs relations extrêmement détaillées de l'architecture protoplasmique ou nucléaire et de la distribution topographique des fibres élastiques. Tous ces « attardements » indifféremment départis à tous les objets, sans tenir compte de leur importance, encombrent et peuvent même égarer l'idée dominante qui permet de conclure.

I. La portion superficielle de la tumeur, la coque pour ainsi dire, est formée, disent-ils, de tissu conjonctif lâche ou dense avec des inclusions adipeuses. C'est à cet ensemble banal et très mal caractérisé qu'ils donnent le nom de : « Bufferzone » (zone tampon).

II. Plus en dedans (zone intermédiaire), le collagène devient très vascularisé et des manchons formés de leucocytes à noyaux polymorphes, de plasmazellen et de mononucléaires soulignent des lumières virtuelles qui, sans eux, passeraient inaperçus. Par contre, un plus fort grossissement met bien en évidence la coupe plus ou moins allongée des vaisseaux ainsi que les détails de leur dense infiltration périvasculaire. Les auteurs, à juste titre, voient dans cette disposition l'indice certain d'une inflammation non suppurative, subchronique, mais c'est à tort qu'ils croient pouvoir annoncer « qu'au cours des recherches antérieures, on a négligé d'indiquer nettement si ces nodosités appartenaient ou non à un processus inflammatoire bien qu'on ait plusieurs fois montré à quel processus elles n'appartenaient pas ».

III. Le cœur tumoral, enfin, est le siège d'une dégénérescence hyaline. On y trouve, à la fois, des gros vaisseaux mais surtout de fins capillaires, des « cellules géantes à noyaux multiples », et aussi un tissu fibro-cellulaire avec des noyaux allongés et plus ou moins pycnotiques. Les auteurs s'étonnent, on ne voit trop pourquoi, de ce que la richesse en éléments élastiques diminue de la périphérie de la tumeur vers sa portion centrale. Ils dénoncent à maintes reprises, avec une insistance qui fait multiple emploi, les manifestations d'inflammation chronique présentées par les nodosités. Toujours dominés, semble-t-il, par cette hantise du pian, ils s'évertuent en outre, à dépister quelque signe vraiment pathognomonique. C'est ainsi qu'ils cherchent à différencier morphologiquement les cellules géantes nodositaires des éléments semblables de la syphilis, de la tuberculose ou des « processus pseudo-leucémiques ». On les suit assez mal dans leur argumentation un peu spécieuse; on comprend difficilement, par exemple, que la forme de ces polycaryocytes et la disposition de leur chromatine puisse les faire considérer « comme des synplastes plutôt que comme des cellules géantes » et comme le résultat d'un processus lent et progressif. Mais cette lenteur d'évolution ne peut être envisagée comme un caractère différentiel, car rien ne prouve que la cellule géante de la syphilis, par exemple, soit

(1) Appellation vulgaire du frambœsia.

un élément rapidement établi. Bien au contraire, elle apparaît comme le fruit d'une évolution défensive progressivement accrue et peut même se métaplasier en un objet jouant un rôle génétique; nous l'avons déjà montré.

En réalité, les cellules géantes représentées dans la figure 11 de leur mémoire, nous ont paru être en voie de dégénération et comme des produits de morcellement; ce sont des Riesenzellen diminuées et flétries par leur rôle fibroplastique. Nous avons, tout dernièrement encore, signalé l'existence d'éléments semblables dans la partie scléreuse, chondromorphique, d'une vieille nodosité juxta-articulaire.

Au fond, tout dans leur description éloigne du pian et rapproche de la syphilis. Les nodosités dont ils relatent la structure renferment en effet : 1° des plasmomes périvasculaires; 2° des cellules géantes; 3° des altérations vasculaires, toutes modalités qui, Macleod a déjà insisté sur ces faits, ne se rencontrent jamais dans le pian (1). On ne peut donc être que surpris des réticences contenues dans les phrases suivantes qui résument un long et aride exposé anatomo-pathologique. « Nous sommes de plus en plus tentés de comparer ces formes inflammatoires chroniques des nodosités avec leurs fortes altérations vasculaires, aux modifications vasculaires et aux images inflammatoires d'origine luétique. Egalement, les données histologiques nous incitent fortement à compter les nodosités parmi les « néoplasies granuleuses infectieuses ». La recherche du véritable facteur étiologique renforce considérablement cette supposition ».

Les constatations bactériologiques constituent, en effet, le côté vraiment intéressant et original de ce mémoire. « Sans exception, écrivent-ils, dans toutes les nodosités on trouve clairement des spirochètes bien imprégnés. Les spirochètes sont d'une structure plus ou moins robuste; ils présentent une grosseur différente, ainsi qu'un nombre variable de spires. Leur longueur est comprise entre 12 et 18 µ. Le plus grand nombre de ces spirochètes se rencontre dans le voisinage des vaisseaux, de préférence par conséquent dans la zone II ou sur la frontière de la zone II et III; ils sont entourés d'un fin pointillé... La fig. 6 montre à un faible grossissement, encore une fois clairement, la relation qui existe entre les vaisseaux sanguins avec prolifération du tissu conjontif de l'adventice et la présence de spirochètes, image qui fait fortement penser à une forme inflammatoire périvasculaire luétique. Il semble que, morphologiquement, il ne soit pas possible de distinguer le spirochète ci-dessus de celui du framboesia et de celui de la syphilis. Egalement encore, par éclairage au « dunkelfeld » on les reconnaît très bien comme extrêmement mobiles et se tortillant rapidement. Cependant, il n'a pas été possible de trouver un caractère distinctif certain avec les deux autres espèces de spirochètes ». C'est, ajoutent-ils, à la méthode expérimentale qu'il appartient de résoudre le problème de l'analogie ou de la différence qui peut exister entre ces agents parasitaires et ceux du pian et de la syphilis. Il ne nous reste donc qu'à attendre les résultats annoncés des recherches entreprises dans ce but et « déjà couronnées de succès ».

Quoi qu'il en soit, il nous faudra quand même regretter l'insuffisance de la documentation clinique qui s'imposait d'autant plus sévère que, de l'aveu même des auteurs, la morbidité pianique s'affirmait ici avec une fréquence impressionnante. Pour avoir constaté la coexistence des nodosités avec le Khi-Iluen, Jeanselme en a-t-il inféré qu'il existe entre les deux affections une parenté étiologique quelconque? Dans le domaine de la syphilis, Foley et Parrot n'ont-ils pas signalé le danger d'une investigation isolée et indiqué que l'extrême fréquence de la vérole en milieu indigène « obligeait aux plus expresses réserves ». Montel a noté chez ses malades l'absence de symptômes de framboesia et l'existence constante de la vérole, ce qui ne lui a pas paru suffisant pour « préjuger des relations de cause à effet entre la syphilis et les nodosités ». D'autre part, la répartition géographique du pian est loin de correspondre à celle des nodosités. Celui-là est, jusqu'à plus ample informé, une maladie essentiellement exotique, à foyers limités, et qui n'a été observée chez nous que dans des cas exceptionnels d'importation. Celles-ci constituent aujourd'hui une affection ubiquitaire, qui sévit sous toutes les latitudes, qui frappe indistinctement toutes les races et qui peut atteindre non seulement les Européens ayant séjourné aux colonies (cas de Humme, de Brault, de Gougerot), mais encore les Européens sédentaires. De Quervain les a rencontrées et étudiées sur un homme n'ayant jamais quitté les environs de Berne; nous-mêmes possédons deux observations recueillies à Alger sur des individus de race française. Enfin, dans l'Afrique du Nord où les nodosités sont loin d'être une rareté, l'infection pianique y est totalement inconnue.

(1) « Entre la lésion histologique du pian et celle de la vérole, il existe des différences fondamentales : en premier lieu, le plasmome pianique est peu développé, il n'est pas dense, continu et cintré par des axes vasculaires comme celui de la syphilis; en second lieu, les altérations des vaisseaux relevées dans un élément de pian sont celles qui appartiennent aux bourgeons charnus, ce ne sont pas ces vascularites avec épaississement considérable des parois vasculaires qui caractérisent la syphilis » (JEANSELME. *Cours de dermatologie exotique*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 MAI 1923)

A propos des varicosités liminales baso-thoraciques dans la compression de la veine cave supérieure. — MM. M. CHIRAY et J. LEBON reviennent sur la valeur de ce signe. Ils montrent une malade chez laquelle, à la suite d'un traitement antisyphilitique, ont régressé, de façon unilatérale, les signes de compression de la veine cave supérieure que causait un anévrisme aortique avec médiastinite. Du côté droit où les symptômes persistent, on constate encore de l'œdème du sein et des varicosités baso-thoraciques très marquées. Du côté gauche, où la compression paraît en partie supprimée, le sein est affaissé et les varicosités ont disparu alors qu'elles étaient très accentuées quelques semaines auparavant. On ne peut donc refuser une certaine valeur à ces petites phlébectasies situées à la limite des circulations cave supérieure et cave inférieure.

Un cas de polyarthrite déformante chronique (type rhumatisme chronique syphilitique) très amélioré par le traitement bismuthé. — MM. H. DUFOUR, DUCHON et DURAND. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans dont les antécédents rhumatismaux sont un peu complexes et remontent à 1914 mais qui présente depuis 1916 le type de la polyarthrite déformante chronique, type du rhumatisme chronique syphilitique que l'un de nous, en 1905, a isolé du groupe des rhumatismes chroniques et qui a fait le sujet de la thèse de M. Geismar.

Nous ne rappellerons pas les caractères si spéciaux de ces manifestations articulaires qui procèdent par crises et laissent à leur suite des déformations atteignant toujours les petites articulations des doigts et des orteils et intéressant à la fois les surfaces articulaires et la synoviale des grosses articulations.

Chez notre malade le traitement thyroïdien n'a donné aucun résultat, la cuti-réaction à la tuberculine a été négative. La réaction de Wassermann, faite dans le service de M. Carnot, a été deux fois positive à l'hôpital Saint-Louis, négative dans d'autres laboratoires.

Si les douleurs de cette malade furent améliorées par des injections de néosalvarsan pratiquées dans le service de M. Carnot, la situation de cette femme s'est complètement modifiée depuis que, dans notre service où elle a été hospitalisée comme chronique, elle fut traitée par le Quinby (deux séries).

Depuis six mois elle se trouvait confinée au lit, incapable de marcher; actuellement, elle se lève et marche avec une canne et quelquefois sans aide. Le changement est considérable et l'on doit sans hésitation l'attribuer à la médication spécifique bismuthée.

Deux cas de pneumothorax artificiel bilatéral. — M. P. Ameuille présente les observations de deux malades auxquelles il a été amené à pratiquer un pneumothorax artificiel thérapeutique sur des lésions pulmonaires bilatéralisées, après guérison du côté opposé par un pneumothorax antérieur non encore résorbé. Les deux malades sont encore en bon état, et même très améliorées, bien que leurs deux plèvres restent encore décollées. Il y a donc possibilité de survie, et même d'amélioration, avec un pneumothorax double partiel.

Manomètre étalon portatif. — M. Laubry présente un manomètre à eau et air comprimé fabriqué par M. Spengler. Il insiste sur la nécessité de procéder à des vérifications périodiques des manomètres métalliques et montre que l'appareil portatif qu'il a fait construire est très pratique et peut se substituer provisoirement pour la mesure courante de la tension artérielle à un manomètre métallique faussé.

Diagnostic radiologique de la bronchectasie. — MM. Trémolières et Joulia présentent la radiographie d'une dilatation bronchique prise après injection sous-glottique de Lipiodol (méthode Leroux-Forestier). Deux examens antérieurs étaient restés négatifs. La bronchectasie injectée apparaît au lobe inférieur gauche sous forme d'une opacité très étendue formée d'un amas de larges colonnes ramifiées qui sont les bronches dilatées, au-dessus desquelles on perçoit les fines arborisations bronchiques normales de la partie moyenne du poumon. Cette image a persisté sans modifications pendant une dizaine de jours. Cette radiographie montre le parti qu'on peut tirer des injections sous-glottiques d'huile iodée pour le diagnostic parfois difficile des bronchectasies et des cavernes pulmonaires.

La défense du Maroc contre la syphilis. — M. Comby insiste sur la fréquence de la syphilis au Maroc (60 à 80 p. 100). Il montre les mesures prophylactiques prises : création de dispensaires antisyphilitiques, réglementation de la prostitution et l'importance de la gratuité des soins, car depuis quelques mois, où les traitements sont payants, le nombre des malades traités a singulièrement diminué. Il demande à la Société d'émettre un vœu pour rapporter cette mesure.

A la suite d'une discussion à laquelle MM. Queyrat, Netter, Renaud ont pris part, une Commission est nommée à ce sujet.

Sur la difficulté du diagnostic de certaines endocardites infectieuses lentes à propos d'un cas de tuberculose subaiguë latente. — MM. D. Routier et Walser, à propos d'un cas, insistent sur la difficulté de diagnostic de certaines endocardites lentes. Alors que l'apparition d'un souffle diastolique aortique et les signes généraux, en l'absence d'hémoculture positive, plaidaient en faveur d'une infection endocardique, l'autopsie montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses subaiguës.

MM. de Massary et Rist partagent l'opinion des auteurs sur la difficulté du diagnostic dans certains cas.

M. Debré prétend que si les hémocultures sont faites en séries, on arrive toujours à dépister le streptocoque. Il signale comme bon signe diagnostique l'existence d'hématuries histologiques.

M. Fiessinger, à propos d'un cas, montre que le diagnostic est parfois extrêmement difficile du fait de la coïncidence de la tuberculose et d'une endocardite à évolution lente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 16 mai 1923)

Le tournevis à échappement automatique. — M. Auvray communique une réclamation de priorité de M. Hertz qui a fait construire un instrument analogue en 1914.

Cloisonnement du vagin. Prolapsus génitaux. — M. Chifoliau fait un rapport sur huit observations adressées par MM. Combier et Murard (du Creusot). Dans ces huit observations, il s'agit de femmes de soixante-cinq à soixante-douze ans et d'une veuve de quarante-sept ans que MM. Combier et Murard ont opérées, sous l'anesthésie locale, de prolapsus génitaux par un procédé spécial de cloisonnement du vagin, dérivant du procédé de Lefort, dont les résultats immédiats et éloignés ont été généralement satisfaisants, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel.

Récidive de cholécystite calculeuse. — M. Gosset fait un rapport sur une observation de M. Sourdat (d'Amiens). Il s'agit d'une femme de quarante et un ans qui a été opérée en janvier 1902, par Terrier, d'une cholécystite calculeuse par cholécystotomie. Dix-huit ans après elle a été reprise de douleurs sous-hépatiques avec ictère. Elle fut opérée de nouveau, on détacha les adhérences et on enleva une vésicule pleine de calculs. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Gosset que mieux vaut une cholécystectomie d'emblée en cas de cholécystite calculeuse.

Plaies pénétrantes du thorax et de l'abdomen. — M. Rouvillois fait un rapport sur cinq observations adressées par MM. Comte et Perron relatives à des plaies pénétrantes du ventre ou du thorax. Premier cas : coup de revolver, intervention immédiate, éclatement du rein, de la rate et de l'estomac, mort sur la table d'opération. Deuxième cas : coup de couteau dans l'hypocondre droit, thoracotomie, blessure du diaphragme, guérison. Troisième cas : coup de revolver intrapulmonaire, intervention immédiate, thoracotomie, résection de la neuvième côte, guérison. Restent deux cas : l'un de thoraco-laparotomie, l'autre de laparotomie simple. Intervention précoce, guérison.

Ostéomyélite. — M. Grégoire fait un rapport sur deux observations de MM. Desplas, Wilmoth, Paire et Croisier (de Blois). Dans le premier cas il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans qui était atteint d'ostéomyélite aiguë avec foyer séquestral. M. Desplas enlève le séquestre et comble la cavité avec un lambeau du vaste externe. Guérison. Dans un second cas, chez un jeune homme de dix-neuf ans, il procéda de même et même succès. Chez ces deux malades, la vaccination a semblé diminuer la virulence des microbes.

Parotidite. — M. Okinczyc fait un rapport sur une observation de M. Leclerc (de Dijon) : parotidite, suppuration chronique du canal de Sténon sans calcul salivaire.

La guérison fut obtenue par arrachement du nerf auriculo-temporal, selon la technique de Leriche.

Tumeur de la cuisse. — M. Sencert (de Strasbourg) communique l'observation suivante : Un jeune homme, jusque-là bien portant, est pris de douleurs au niveau de la cuisse gauche. On y constate une tuméfaction qui donne l'impression d'une tumeur maligne du fémur. M. Sencert prélève un fragment de la coque osseuse, ce qui donne lieu à une hémorragie assez abondante. L'examen de la pièce révèle des lésions d'ostéite condensante et une partie nettement épithéliale. Il y avait lieu de se demander s'il ne s'agissait pas d'une tumeur métastatique d'origine rénale. Ablation du

membre. Il s'agissait d'une grosse tumeur partant du fémur. Les suites opératoires furent simples. Mais le malade, quelques jours après, eut une syncope et succomba. M. Sencert enleva les deux reins. Le droit était normal, le gauche était le siège d'un hypernéphrome.

M. Auvray a observé un cas analogue. Il s'agissait d'une tumeur de la partie inférieure du fémur qui nécessita l'amputation. La pièce fut examinée par Cornil qui conclut à une sorte d'angiome des os présentant les caractères des capsules surrénales. Chez ce malade apparut ensuite une tumeur symétrique du membre opposé.

Complications des ulcères duodénaux. — M. Duval, en son nom et au nom de MM. Ch. Roux et Moutier, appelle l'attention sur certains cas d'ulcères gastro-duodénaux s'accompagnant d'une infection des tissus voisins, dans lesquels on peut retrouver divers microorganismes et principalement le streptocoque. On peut alors, même après une opération bien conduite et des sutures parfaitement étanches, observer des accidents septicémiques foudroyants, et M. Duval relate quatre cas opérés par lui, terminés par la mort rapide avec constatation, à l'autopsie, d'infection locale, présence de streptocoques et de diplo-bacilles. Les auteurs, restant sur le terrain des indications opératoires, pensent que, dans les cas de ce genre, il serait indiqué ou d'attendre, de laisser refroidir, ou de se borner à une opération simple comme la gastro-entérostomie.

Mais est-il possible de dire qu'on a affaire à un ulcus infecté? A l'heure actuelle, les renseignements tirés de l'examen clinique sont encore bien précaires. Seul l'examen de la leucocytose, et encore pas d'une façon absolue, peut mettre sur la voie. Il y aurait intérêt à orienter les recherches de ce côté. Les essais de sérothérapie, de vaccinothérapie, les lavages antiseptiques préventifs de l'estomac méritent également d'être pris en considération et sérieusement étudiés.

M. Savariaud cite un fait analogue.

M. Okinczyc compare ces faits à ce qui se passe au niveau du côlon; la stase (par sténose ou par spasme) doit jouer un rôle important, et la gastro-entérostomie, simple opération de dérivation, est à mettre en parallèle avec l'anus cæcal ou l'iléo-colostomie.

M. Louis Bazy, dans un cas de mort rapide après gastrectomie, avec sutures étanches, a pu faire la preuve de l'infection streptococcique en prélevant un fragment osseux du sujet et en recherchant le microbe dans la moelle.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 MAI 1923)

Etude clinique d'un nouveau cas d'anosognosie. — MM. J.-A. Barré, L. Morin et R. Kayser rapportent l'observation d'un sujet frappé brusquement d'hémiplégie gauche, à forte prédominance brachiale, avec hémianopsie gauche et tendance à la déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite n'a aucune notion de ces différents troubles et se plaint seulement d'avoir une hernie. (Le malade parle correctement, comprend les questions, a son sens critique, est bien orienté.)

Tous les actes qu'on lui demande de faire avec le membre supérieur gauche sont exécutés très correctement, mais par le membre supérieur droit; quand on lui commande de montrer tour à tour sa main droite et sa main gauche, il montre toujours la droite. Sa main gauche qu'on lui met devant les yeux est reconnue comme une main, mais une main étrangère. Toutes les impressions tactiles, thermiques, douloureuses, vibratoires, sont parfaitement perçues, mais reportées à droite, en des points pas toujours symétriques de ceux d'où elles sont parties.

La stéréognosie primaire et secondaire est conservée, mais les objets sont considérés comme se trouvant dans la main droite. Seule la notion des attitudes passives imprimées aux segments distaux de son membre supérieur est abolie.

Après une quinzaine de jours le malade a fini par admettre qu'il était peut-être « un peu gêné des mouvements du bras gauche ».

Les auteurs pensent que les lésions intéressent certaines fibres calleuses de l'hémisphère droit.

M. Clovis Vincent pense, comme M. Barré, que son malade est atteint d'une lésion de la région sous-optique droite au point où celle-ci se continue dans le segment rétro-lenticulaire de la capsule interne et de la zone de Wernicke. A cet endroit, un pinceau de fibres se dirige en arrière pour pénétrer dans le bourrelet du corps calleux. D'autre part, on peut remarquer que le malade de M. Barré, qui avait perdu complètement la notion de position de ses doigts et avait conservé la sensibilité tactile, reconnaissait les objets qu'on lui mettait en mains. Inversement, un des malades de M. Vincent, dont la sensibilité tactile avait complètement disparu alors que le centre stéréognostic persistait, ne reconnaissait aucun objet.

De ces deux observations, il semble qu'on puisse tirer la remarque suivante : l'intégrité des sensibilités superficielles est plus utile que celle des sensibilités profondes à la reconnaissance des objets par la main.

Tic causalgique du pied chez le tabétique. — MM. Sicard et Laplaxe attirent l'attention sur une topalgie particulière du pied chez le tabétique, se différenciant des douleurs fulgurantes classiques et s'accompagnant d'une agitation musculaire à peu près incessante à forme de tic choréiforme. Il semble que cette agitation musculaire soit seule capable d'apporter quelque soulagement à ces topalgiques. Le tic causalgique, dans les cinq cas étudiés, s'est toujours montré unilatéral et il siégeait à droite. Il paraît conditionné par un appoint sympathique prépondérant sinon exclusif, à cause de la continuité de la douleur et de l'échec des thérapeutiques médico-chirurgicales utilisées, radiothérapie, section des nerfs périphériques, section des racines médullaires tributaires, sympathectomie artérielle.

Au point de vue nosologique, les auteurs distinguent des causalgies avec immobilité du membre atteint et appréhension de tout mouvement (causalgies de guerre), des causalgies avec agitation musculaire incessante (topalgies des tabétiques), des causalgies avec spasme (spasmes douloureux du moignon).

M. Clovis Vincent dit que le malade de M. Sicard n'est atteint de causalgie du pied que parce qu'il y localise des douleurs ayant le caractère de brûlure; mais il ne présente aucun des symptômes observés pendant la guerre chez les sujets atteints de causalgie par lésion des nerfs périphériques ou dans la causalgie des amputés. Le malade, avec ses mouvements incessants dans le segment de membre douloureux, ressemble bien plutôt aux sujets atteints d'une lésion de la région optique ou de la région sous-optique. Le diagnostic de tabes, évident chez ce sujet, ne suffit pas à exclure cette hypothèse. En effet, les tabétiques sont légion dans les hospices et ceux qui présentent pareil syndrome sont l'exception. On ne le voit guère chez les tabétiques qu'accompagné d'hypertonie des muscles du segment douloureux et parfois de véritables secousses myocloniques. D'après son expérience, le syndrome s'observe au contraire chez les tabétiques présentant, en même temps que les lésions tabétiques, une autre lésion située dans la région mésocéphalique supérieure ou thalamique inférieure.

Il est possible que, même dans l'hypothèse d'une lésion sous-thalamique, le sympathique soit en cause en pareil cas. Les injections d'adrénaline longtemps poursuivies, avec le contrôle de la pupillo-réaction, paraissent être le meilleur traitement.

Réflexe du pouce et signe de Babinski. Le réflexe du pouce dans le diagnostic des perturbations du faisceau pyramidal. — M. Juster montre, par une statistique portant sur des malades atteints de lésions du faisceau pyramidal, que le réflexe du pouce (adduction du pouce lorsqu'on excite avec un objet mousse la région hypothénarienne de la main enue étendue sur l'avant-bras) coexiste le plus souvent avec e signe de Babinski. Il a constaté, chez les jeunes enfants chez lesquels il a recherché le réflexe du pouce, l'existence de ce signe d'une façon presque constante jusqu'à l'âge de treize mois et de façon très variable jusqu'à l'âge de trois ans. De plus, M. Juster, en présentant un malade atteint de monoplégie brachiale d'origine centrale et qui a un réflexe du

pouce très net, souligne l'intérêt de la recherche de ce signe dans le diagnostic des perturbations hautes du faisceau pyramidal. La constatation du réflexe du pouce permet, en effet, d'attribuer à toute affection motrice (monoplégie, hémiplégie) une origine organique.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 15 MAI 1923)

Gommes tuberculeuses multiples, sans adénopathie, chez un nourrisson, présence de bacille de Koch dans le pus des lésions à l'examen direct. — M. G.-L. HALLEZ présente un nourrisson de quatorze mois, avec excellent état général, porteur de gommes multiples cutanées. Il s'agit d'une contamination par contact avec tousseur cavitaire. La localisation est la seule manifestation clinique de la tuberculose ; la cutiréaction très positive à la tuberculine, souligne la résistance du sujet.

Discussion. — MM. Jean HALLÉ, GUINON, MARFAN, RIBADEAU-DUMAS remarquent que ces gommes multiples du nourrisson ne sont pas rares et d'un pronostic bénin. MM. Marfan et Hallé font remarquer que tantôt le bacille tuberculeux est très rare et difficile à trouver dans les abcès froids, tantôt on le trouve, comme ici, très abondant à l'examen direct sur lames.

Lésions viscérales dans un cas d'endocardite rhumatismale prolongée. — MM. BABONNEIX, BOUCHER et PEIGNAUX relatent l'examen anatomique, auquel il leur a été donné de procéder dans un cas d'endocardite mitrale rhumatismale ayant duré plus de vingt ans.

L'absence de symphyse explique que la malade n'ait jamais fait d'asystolie.

La lésion essentielle était une endocardite végétante mitrale, qui a été cause de nombreuses embolies, les unes capillaires, les autres, plus volumineuses, ayant déterminé des infarctus du foie, de la rate et de nombreux ramollissements du cerveau. De ces ramollissements, les uns, récents, intéressaient surtout le putamen et la zone de Wernike. La malade ayant été atteinte, dans les derniers mois de sa vie, d'hémiplégie droite avec aphasie, que conclure de ce fait, et de l'intégrité complète du pied de la troisième circonvolution frontale gauche, si ce n'est qu'il plaide en faveur de la théorie soutenue par M. P. Marie? Un autre, plus ancien, occupait le lobule fusiforme et la partie voisine du lobule lingual. Le ramollissement localisé à la zone de Wernike s'étendait assez loin en profondeur, et sectionnait vraisemblablement le faisceau de Gratiolet. Si l'hémianopsie latérale homonyme n'a pas été observée, c'est sans doute parce que la patiente était dans un demi-coma, ce qui rendait son examen difficile.

A signaler, de plus, une atrophie rénale unilatérale, dont il est malaisé de dire si elle était congénitale, ou si elle reconnaissait, comme cause, un infarctus ancien du rein.

Un cas de lichen scrofulosorum. — M. Jean HALLÉ présente un enfant de dix ans atteint de lichen scrofulosorum typique en placards à bords annelés siégeant sur les flancs. En même temps, il présente des tubercules papulo-nécrotiques disséminés sur les membres inférieurs. Il discute le traitement de ces lésions, en particulier, par la tuberculine.

Résultats du traitement dans les scolioses graves. — M. LANCE présente huit fillettes, soignées pour des scolioses graves par un traitement qui lui est personnel. Celui-ci a consisté en un redressement progressif dans un corset en celluloïd. Ce corset est fabriqué sur un moulage pris en correction maxima dans un cadre spécial de l'auteur. Le corset est porté jour et nuit.

Le malade pratique, dans le corset, des exercices respiratoires développant le thorax en face des fenêtres de décompression, tandis que des pressions avec des feutres sont effectuées sur la gibbosité. Le corset est retiré tous les jours pour une séance de gymnastique, afin de développer la musculature du dos.

Le redressement maximum, obtenu en quelques mois, doit être maintenu pendant plusieurs années par un corset de celluloïd et des exercices gymnastiques.

L'examen des malades présentés montre que dans les scolioses sans déformations osseuses, on peut obtenir la guérison complète. Dès qu'il y a des déformations osseuses, on ne peut atteindre qu'une atténuation plus ou moins étendue de la courbure principale par création de courbures de compensation. L'amélioration de la position des épaules, de la forme du thorax et de la capacité respiratoire est, au contraire, considérable. Presque toujours le traitement s'accompagne d'une amélioration frappante de l'état général : augmentation du poids, de la taille, élargisssement de la poitrine.

Les résultats se maintiennent si le corset de contention et la gymnastique sont continués assez longtemps.

Dans beaucoup de cas, au point de vue de la forme et de la fonction, le résultat équivaut à une guérison.

Discussion. — M. RŒDERER pense qu'il faut être très prudent quand on prononce le mot de guérison dans la scoliose, car cette décevante affection est sujette à bien des rechutes. Il remarque que la méthode de flexion exagérée, préconisée par Abbott, a perdu ses défenseurs. Après la demi-flexion vantée par M. Broca, voici que Whitmann (de New-York) en vient à recommander l'extension. Il en est de même de la traction par la tête, si nettement correctrice pourtant et qui avait été délaissée. On y revient un peu partout.

M. TRÈVES est aussi partisan des appareils faits en suspension par la tête.

Le lait au Maroc. — M. COMBY qui revient d'un voyage au Maroc fait justice de l'opinion erronée que les vaches autochtones ou importées au Maroc, étaient mauvaises laitières et que le lait présentait une hyperacidité naturelle. Il a vu, tant à Casablanca qu'à Marrakesch, Rabat, Fez, Oujda, des Gouttes de lait fonctionnant très bien. Sauf dans la dernière ville, ces Gouttes de lait se servent de lait frais stérilisé. A Casablanca, le lait est fourni par une vacherie municipale et est d'excellente qualité. Si le lait devient acide rapidement à la chaleur et tourne si on le fait bouillir, c'est quand il est recueilli dans des conditions de grande malpropreté par les indigènes.

Un cas de gommes cutanées multiples non tuberculeuses, ni syphilitiques due à une mycose spéciale. — MM. ARMAND-DELILLE et MARTY présentent une fillette de dix ans, atteinte de gommes multiples et de symptômes pulmonaires, avec rate normale.

Les cultures sur Sabouraud donnent un mycomycète qui est à identifier.

M. LESNÉ. La lésion ne ressemble pas à la tuberculose, la cutiréaction est négative. Il existe des mycoses pulmonaires. C'est le traitement à l'iodure qui fournira le critérium.

Syndrome cavitaire consécutif à une pleurésie interlobaire. — MM. ARMAND-DELILLE et DUHAMEL présentent un enfant qui, à la suite d'une pleurésie interlobaire ouverte, présente un syndrome cavitaire à la portion moyenne du poumon.

Faut-il opérer? Temporiser? Faire un pneumothorax artificiel?

Discussion. — M. GÉNÉVRIER, dans un cas semblable, a eu une guérison par un pneumothorax artificiel. Mais l'expectoration diminuant ici, il conseille de temporiser.

Anomalie vertébrale prise pour un mal de Pott. — MM. MOUCHET et RŒDERER présentent un jeune homme de vingt ans qui a été suivi, à la fin de sa première année et ensuite à l'âge de dix-sept ans, pour un mal de Pott, à forme scoliotique. Douleurs en ceinture, à la pression, à la succussion vertébrale, contracture musculaire. Plâtre.

Une radiographie meilleure permet de voir une vertèbre, probablement la XIe, composée de deux coins opposés ; la Xe également présente un noyau cunéiforme surajouté.

Il s'agit d'une anomalie vertébrale congénitale.

Discussion. — M. LAMY a publié récemment trois cas d'anomalies congénitales prises pour un mal de Pott. Le diagnostic peut être très difficile.

Enfant présentant le phénomène d'Arthus gangréneux. — MM. J. HUBER et NIEL présentent un enfant auquel on fit, au cours d'une coqueluche grave, une injection antipneumo-

cocoique, suivie d'urticaire, puis une deuxième injection qui fut suivie d'état général grave et d'apparition d'une plaque noirâtre, étendue autour de la piqûre. Au quatrième ou cinquième jour, amélioration. L'injection préparante avait été une injection de sérum antidiphtérique faite deux mois auparavant.

Malformations multiples héréditaires des extrémités. — MM. Huber et Denis présentent un enfant atteint, aux deux pieds, de brièveté extrême du quatrième orteil, et à la main droite d'absence de la phalangine des deuxième, troisième et quatrième doigts, et de syndactylie. La mère a un orteil bifide et les deuxième et quatrième orteils très petits. Un oncle possède six doigts à la main droite.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

SOINS DONNÉS A UN DOMESTIQUE. OBLIGATION DU PATRON AU PAIEMENT

Dans quelles conditions, un patron peut-il être tenu de régler au médecin le montant des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à un de ses domestiques? Le tribunal civil de Sens a eu la question à examiner et a rendu un jugement, utile à connaître, le 2 novembre 1922 (*Gaz. trib.* des 25-26 avril 1923).

La dame B... fut atteinte d'un panaris, alors qu'elle était au service de M. G... Le 5 novembre 1920, elle se présenta, chez le docteur X..., pour se faire donner les soins que nécessitait son état; une opération fut même pratiquée au domicile de M. G... pour amener la guérison de la dame B...

Le docteur ne put obtenir de M. G..., qu'il considérait comme son débiteur, le paiement de ses honoraires qui se montaient à 627 fr. 25. Il assigna.

Il n'était pas contesté que le docteur X... était le médecin habituel de M. G... et que la dame B... s'était présentée chez lui pour demander au docteur, dès les premières visites, un certificat pour être remis à la Compagnie d'assurances de M. G... D'autre part, les soins avaient été donnés au domicile de M. G... au vu et au su de ce dernier.

« Attendu, dit le jugement, qu'il est de jurisprudence qu'un médecin a le droit de réclamer ses honoraires au patron pour soins donnés à ses domestiques, si les circonstances de fait n'attestent pas, chez le patron, d'agir autrement;

Attendu qu'il appartenait à G..., qui s'est fait délivrer un certificat et a fait soigner la dame B... chez lui, de prévenir X... qu'il n'entendait pas se charger du paiement de ses honoraires;

Attendu que, dans la cause actuelle, X... avait d'autant plus raison de croire que le montant de ses honoraires lui serait payé par G..., que ce dernier était le client de X.., et qu'il ne paraît pas contesté que précédemment, il lui avait payé les notes d'honoraires pour soins donnés aux domestiques à son service;

Attendu qu'il résulte de toutes ces circonstances de fait que G... est débiteur du docteur X..., en sa qualité de patron de la dame B..., sa domestique;

Qu'en outre, les époux B... sont également tenus du paiement des honoraires dus à X...

Attendu que la solidarité doit être prononcée, parce qu'il s'agit d'un engagement qui s'est formé sans convention entre G... et X... »

En conséquence, le tribunal a condamné solidairement les époux B... et G... à payer au médecin la somme de 627 fr. 25; solidairement, c'est-à-dire, que le docteur pouvait réclamer

la totalité de cette somme à l'un *ou* l'autre des deux parties qui ont été condamnées.

Le tribunal a appliqué la jurisprudence qui est actuellement suivie : d'une part, il est d'usage que c'est le patron qui paie les honoraires dus pour soins donnés à leurs domestiques (Cour de Lyon, 15 nov. 1898, D. 1899-2-371); d'autre part, le patron est responsable si, préalablement aux soins donnés, il n'a pas prévenu le médecin qu'il entendait ne pas payer les honoraires qui seraient dûs (Trib. de paix, La Fère Saint-Aubin, 8 janv. 1903, *Concours médical*, 1903, p. 239).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre v à x gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée................	} *ââ* 15 gr.
Magnésie calcinée..............	}
Bicarbonate de soude...........	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (II gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU TESTICULE [1]

b. *Vaginale*. — Elle est presque toujours intacte ou ne présente qu'une mince lame de liquide à travers laquelle les doigts qui palpent rencontrent bientôt la résistance du plan testiculaire (signe de Gosselin). Sebileau a décrit sous le nom de pincement de la vaginale une épreuve qui consiste à plisser entre deux doigts le feuillet pariétal de la séreuse et qui permettrait de reconnaître l'intégrité ou la symphyse de cette enveloppe.

En réalité, ce signe n'a pas une valeur absolue : il est très difficile de le rechercher si le scrotum est épais; de plus, on plisse quelquefois le scrotum seul et l'on croit la séreuse intacte alors que les deux feuillets sont soudés.

c. *Epididyme*. — L'épididyme est sain, au moins pendant la plus grande partie de l'évolution de l'affection. Il faut le rechercher soigneusement par la manœuvre décrite par Chevassu sous le nom de pincement de l'épididyme. Le corps et la queue ne peuvent être perçus : c'est la tête que l'on va saisir entre deux doigts (pouce et médius), soit en remontant le long du testicule, soit mieux en descendant le long du cordon en ayant soin que celui-ci soit toujours bien tendu. On perçoit cette tête sous forme d'un cordon élastique, homogène, couché sur le pôle supérieur du testicule, plutôt sur son versant postérieur que sur son versant antérieur et se perdant en arrière au flanc externe du cordon.

d. *Cordon*. — Contrairement aux organes précédents, il sera souvent atteint de bonne heure, on le trouvera légèrement augmenté de volume et infiltré. L'infiltration témoigne de l'envahissement néoplasique, mais l'hypertrophie simple est seulement en rapport avec l'augmentation de volume des vaisseaux qui sont destinés à nourrir un organe lui-même hypertrophié. On a décrit comme signe de cancer l'exagération des battements de l'artère spermatique, symptôme qui n'a aucune signification particulière.

e. *Ganglions*. — Exceptionnellement l'atteinte des ganglions sera perceptible à cette période. C'est en général un signe très tardif qui ne peut être trouvé que quand l'adénopathie est très volumineuse et chez des sujets très amaigris.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 41, p. 663.

ETAT GÉNÉRAL. — Très longtemps conservé. Contraste entre l'aspect florissant de ces malades et l'importance du développement des lésions locales.

Période de complications. — LOCALEMENT. — Peu de chose à signaler du côté du testicule : il s'accroît régulièrement, l'albuginée formant une barrière résistante et bridant le processus cancéreux; cet accroissement peut se faire de façon très progressive ou par à-coups. Il est très rare que le néoplasme se fasse jour à l'extérieur. Des choux-fleurs néoplasiques pourraient alors traverser l'albuginée puis la vaginale et très rapidement la peau se laisserait ulcérer : ainsi se réalise le fongus malin du testicule; de gros bourgeons noirâtres, sanieux, saignant au moindre contact se développeront au niveau de l'ouverture; les ganglions inguinaux jusque-là intacts réagiront en s'hypertrophiant et pourront même suppurer. Mais c'est là une évolution exceptionnelle.

Au contraire, il est de règle quand le cancer évolue depuis longtemps que la vaginale, l'épididyme et le cordon soient atteints par le processus cancéreux; à côté de la masse testiculaire on verra alors se développer des saillies pouvant atteindre un volume égal et même supérieur, quelquefois bien distinctes, bien souvent confondues avec le testicule.

A DISTANCE. — Les ganglions lymphatiques vont former de gros paquets et pourront être explorés cliniquement. Les lymphatiques du testicule suivent les vaisseaux spermatiques et se jettent dans les ganglions juxta-aortiques dans la région lombaire. C'est dans la région sus-ombilicale et de part et d'autre de la ligne médiane qu'il faudra les rechercher par une palpation profonde attentive; on trouvera ainsi des masses dures, immobiles, volumineuses.

Il arrive quelquefois que ces masses confluent en une tumeur assez volumineuse pour former une voussure visible dans la région épigastrique.

A côté des ganglions lombaires, les ganglions iliaques et rétrocruraux peuvent participer à l'infection cancéreuse.

Générales. — L'état général, longtemps parfait, finit par s'altérer.

L'anorexie survient, le malade ne dort plus, l'amaigrissement s'accentue jusqu'à réaliser le type de la cachexie cancéreuse. Les œdèmes cachectiques peuvent apparaître, et de plus les reins sont souvent frappés de déchéance.

Des métastases viscérales peuvent survenir, atteignant le foie et surtout le poumon.

ÉVOLUTION. — L'évolution du cancer du testicule est fatale. Seule la durée peut varier dans d'assez grandes proportions : la durée moyenne d'évolution est de vingt mois.

FORMES. — 1° **Anatomiques.** — Aux formes anatomo-pathologiques que nous avons décrites sont loin de correspondre des tableaux cliniques bien différenciés.

Très schématiquement, on peut distinguer :

a. SÉMINOME. — Plus fréquent de trente à quarante-cinq ans. Le testicule n'avait jamais attiré l'attention du malade quand se développe la tumeur. L'accroissement est lent. La tumeur est élastique, égale, la sensibilité testiculaire abolie partout. Dans la vaginale peut exister un peu de liquide.

b. EMBRYOMES. — Sujets plus jeunes : de vingt à trente ans. Souvent le sujet avait remarqué une asymétrie entre ses testicules : période très longue de développement lent; puis l'accroissement devient rapide. La tumeur est inégale comme consistance : très dure ou très molle. La sensibilité testiculaire est conservée par places. Il y a souvent une hydrocèle assez abondante. Les adénopathies surviennent seulement à la phase de transformation maligne, mais elles prennent une importance considérable.

c. TÉRATOMES. — Individus jeunes. Grossit lentement. Consistance inégale, vaginale saine. Ce n'est pas un cancer, c'est une malformation.

d. Les PLACENTOMES, décrits par Holländer, sont en réalité des embryomes. Ils auraient pour caractère spécial de faire précocement des métastases pulmonaires. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Veau qui accepte; Desmarest, Hartmann, Schwartz, Roux-Berger, Heitz-Boyer, Vaquez, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours du prosectorat. — Le jury est composé de MM. Sébileau, Broca, Chevassu, Alglave, Launay, Desmarest, Chauffard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — **Médecine.** — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 28 mai. — M. Wolff : « Endocardites rhumatismales. »

M. Giraud : « Les claudications intermittentes artérielles. »

Séance du 29 mai. — M. Chabrol : « Paralysies alternes. »

M. Azoulay : « Aortite abdominale. »

M. Vallery-Radot : « Péritonite à pneumocoques. »

Séance du 30 mai. — M. Dubourg : « Vomiques fétides. »

M. Bénard (René) : « Colique néphrétique et ses complications. »

M. Paraf : « Dilatation des bronches. Causes et signes. »

Chirurgie. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 28 mai. — M. Michon : « Contusions du rein. »

M. Leroy : « Kystes du ligament large. »

M. Sauty : « Pleurésies purulentes interlobaires. »

Séance du 29 mai. — M. Swynghedauw ; « Fractures de la ceinture pelvienne. »

M. Richet : « Diagnostic et traitement du cancer du col de l'utérus. »

M. Lefebvre : « Fractures de l'extrémité supérieure du tibia. »

Séance du 30 mai. — M. Rocher : « Fractures diaphysaires des deux os de l'avant-bras. »

M. Cadenat : « Symptômes, diagnostic et traitement des plaies du poumon. »

M. Hartmann-Keppel : « Tuberculose des annexes de l'utérus. »

Anatomie et histologie. — *Anatomie.* — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 28 mai. — M. Cordier : « Ganglion opto-strié. »

M. Olivier : « Séreuse vaginale. »

Séance du 29 mai. — M. Villemin : « Le canal thoracique. »

M. Mutel : « Trompe d'Eustache. »

Séance du 30 mai. — M. Clermont : « Nerfs splanchniques, plexus solaire. »

M. Dubecq : « Muscles releveurs de l'anus et ischio-coccygiens. Diaphragme pelvien principal. »

Physique et chimie médicales. — *Physique.* — *Exposé de titres et travaux.* — MM. Parès, 13; Lambolez, 14; Lamarque, 17; Lamy, 15.

Physiologie. — Le jury est composé de M. Roger, président; MM. Meyer, Pachon, Camus, Dubois.

Exposé de titres. — MM. Richer, 29; Bourguignon, 27; Binet, 26; Quinquaud, Hermann et Combemale, 25; Garrelon, 24; Hédon, 23.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 28 mai. — M. Hédon : « Motilité gastro-intestinale. »

M. Hermann : « Les centres nerveux, leur mode de fonctionnement. »

Séance du 29 mai. — M. Richer : « Phénomènes d'absorption dans la vie animale. »

Séance du 30 mai. — M. Combemale : « Quotient respiratoire. »

M. Binet : « L'élasticité dans les phénomènes physiologiques. »

Anatomie pathologique. — Le jury est composé de M. Letulle, président; MM. Bezançon, Paviot, Hoche, Sabrazès.

Exposé de titres. — MM. de Jong, 30; Cornil, 29; Leroux et Morlot, 26.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Morlot : « Anatomie pathologique et hématologie des splénomégalies chroniques. » Note : 25.

M. Cornil : « Anatomie pathologique des tumeurs solides malignes de l'ovaire. » Note : 29.

M. Leroux : « Anatomie pathologique des kystes du rein. » Note : 27.

M. de Jong : « Anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire fibreuse. » Note : 29.

Epreuve pratique. — MM. Leroux, Cornil, Morlot et de Jong, 28.

Sont proposés : MM. de Jong et Cornil.

Pharmacologie. — Le jury est composé de M. Bardier, président; MM. Desgrez, Richaud, Derrien, Dubois.

Exposé de titres. — MM. Busquet, 27; Dorlencourt, 23; Mercier, 15.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 29 mai. — M. Mercier : « Ipéca (chimie et pharmacologie). » Note : 20.

M. Busquet : « Les essences (chimie et pharmacologie). » Note : 27.

Séance du 30 mai. — M. Dorlencourt : « Les composés organiques de l'arsenic (chimie et pharmacologie). » Note : 26.

Ophtalmologie. — Le jury est composé de M. de Lapersonne, président; MM. Broca (A.), Gérard (G.), Duverger, Rollet.

Exposé de titres. — MM. Magitot et Velter, 29; Villard, 27; Toulant et Carrère, 26; Pesme, 24.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 30 mai. — M. Villard : « Tumeurs malignes des paupières. »

M. Carrère : « Troubles oculaires de la maladie de Basedow. »

M. Pesme : « Les paralysies non traumatiques du moteur oculaire externe. »

Médecine légale. — Le jury est composé de M. Balthazard, président; MM. Claude, Verger, Parisot (P.), Raviart.

Exposé de titres. — MM. Mazel, 28; Piédelièvre, 25.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Mazel : « Des responsabilités des épileptiques. » Note : 24.

M. Piédelièvre : « Examen médico-légal des cadavres carbonisés. » Note : 23.

Epreuve pratique. — MM. Mazel, 29; Piédelièvre, 28.

M. Mazel est proposé.

Maladies mentales. — Le jury est composé de M. P. Marie, président; MM. Claude, Cestan, Abadie, Euzière.

Exposé de titres. — MM. Lhermitte et Logre, 30; Alajouanine et Cellier, 28; Benon, 27.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve de dissection.* — MM. Wilmoth, 27; Richard, 26; Reinhold et de Gaudart d'Allaines, 29; Oberlin et Michon, 26.

Sont nommés : MM. de Gaudart d'Allaines et Richard.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRE (ROME, mai 1923). — Lundi, en présence du roi, de M. Mussolini, des ministres et des autorités, a été solennellement inauguré, au Capitole, le IIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.

De nombreux Etats participent à ce Congrès.

Le général Diaz, ministre de la Guerre, a prononcé un discours qui a été applaudi.

Le délégué belge a remercié au nom des délégations étrangères.

La délégation française a été reçue au palais Farnèse par M. Barrère, elle comprend notamment MM. Vincent, Dopter, Uzac, Duguet et Rouvillois.

INAUGURATION DU MONUMENT V. MAGNAN. — Le monument, élevé à la mémoire de V. Magnan, par ses collègues, ses élèves et ses amis, sera inauguré le mercredi 6 juin à 16 h. 30.

Cette cérémonie aura lieu à l'Asile clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, sous la présidence de M. le sénateur P. Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

PRATIQUE MÉDICALE

UN CAS D'HYPEROVARIE ET UN CAS D'HYPOOVARIE TRAITÉS PAR LES EXTRAITS LIPOIDIQUE ET PROTÉIDIQUE DE L'OVAIRE (OPOTHÉRAPIE OVARIQUE DISSOCIÉE).

Par le docteur J. TISSOT (1),
Adjoint au laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis.

Il semble que l'on puisse trouver, dans l'expérience clinique, la confirmation de l'hypothèse admise par les physiologistes modernes sur l'existence d'une hormone et d'une chalone ovariennes. L'hormone, congestive et activante du flux cataménial, se trouverait dans la partie protéidique des extraits totaux; la chalone, décongestive, frénatrice et modératrice de l'écoulement menstruel, dans la partie lipoïdique de ces mêmes extraits. C'est ainsi que, par l'application de ces données, l'opothérapie ovarienne s'est enrichie, depuis quelques mois, de deux nouvelles préparations, l'agomensine et la sistomensine, dont l'action serait inverse : la première se réclamant d'une activité hormonique, la deuxième d'une activité chalonique.

L'auteur, parmi plusieurs observations apportant à cette thèse une confirmation expérimentale, en cite deux qui, par leur netteté, ont à ses yeux la valeur d'un véritable test physiologique, et de ces faits cliniques très opposés quant à leur symptomatologie, il conclut à la possibilité de traiter les troubles dérivant d'un dysfonctionnement de l'ovaire par une thérapeutique plus rationnelle que l'ancienne méthode qui consistait à administrer un extrait total renfermant, à doses variables et non définies, les deux principes antagonistes de la glande.

L'opothérapie ovarique dissociée par l'agomensine et la sistomensine réalise au mieux cette thérapeutique nouvelle qui, même en cas d'échec, a du moins l'avantage d'éclairer le diagnostic par élimination, en orientant l'observation sur d'autres déficiences possibles.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU "CRI DU DOUGLAS" OU RÉFLEXE D'ALBERTIN

Monsieur le Directeur,

Dans un des derniers numéros de la *Gazette des hôpitaux*, je lis, sous ce titre « Le Cri du Douglas » que le professeur Albertin, faisait remarquer à ses internes la sensibilité du cul-de-sac postérieur du vagin à l'exploration digitale, lors de lésions inflammatoires de l'appareil utéro-annexiel.

Quand j'étais interne de Gustave Richelot, à l'hôpital Saint-Louis, en 1895 et 1896, mon maître faisait également remarquer ce réflexe à ses internes, au cours d'une hystérectomie vaginale; il l'appelait « cri de l'Esplanade » et voici pour quelle raison :

A la foire de l'Esplanade des Invalides, s'exhibait une famille de sauvages qui faisaient entendre des sons gutturaux auxquels ressemblait l'inspiration rauque de la malade dont on touche le Douglas enflammé. Pour cette raison, notre maître appelait ce gémissement : « cri de l'Esplanade. »

Ce réflexe ne se produit pas avec la rachi-anesthésie.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués. Dr VICTOR PAUCHET.

(1) *Progrès méd.*, 30 mars 1923, n° 13.


Argan - Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette - Eh! pour "aller„ Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !.
MOLIERE. le Malade Imaginaire"
Nouvelle Edition DURET et RABY.

REVUE GÉNÉRALE

LE CYCLE ÉVOLUTIF DES ÉLÉMENTS RADIO-ACTIFS DANS L'ORGANISME

Par MM. M. PIÉRY,
Agrégé, Chargé du cours d'Hydrologie thérapeutique,
et MILHAUD,
Ancien Interne des hôpitaux, Chef du Laboratoire de thérapeutique, d'hydrologie et de climatologie,
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

Les nombreux travaux expérimentaux et cliniques effectués en France, mais surtout à l'Etranger, permettent aujourd'hui de se faire une idée assez précise de l'action biologique et pharmacodynamique des principaux corps radio-actifs. L'ensemble de ces faits constitue à l'heure actuelle, on l'ignore trop en France, un des chapitres les plus complets et les plus précis de la pharmacodynamie contemporaine. Ils sont à la base de toute *émanothérapie générale* et, de plus, ils conduisent à une interprétation particulièrement féconde et pratique des *cures hydro-minérales radio-actives* qui ont fait leur entrée depuis quelques années en émanothérapie courante.

Des travaux relativement récents ont notamment établi les *voies d'absorption et d'élimination* des corps radio-actifs, ainsi que leur *cycle d'évolution* dans l'organisme. Parmi ces recherches celles qui ont trait à l'*émanation du radium* tiennent la première place. Les émanations à *vie courte du thorium* et de l'*actinium*, de nature biologique plus récente, ont été moins étudiées. Mais, pour le thorium notamment, nous possédons sur le *thorium* X, générateur immédiat de l'émanation, de récentes et très suggestives recherches. La pratique des injections de *sels de radium* permet enfin d'établir avec toute la précision désirable le cycle évolutif des éléments radio-actifs dans l'organisme.

Nous exposerons donc successivement les données concernant :

1° L'*émanation du radium;*

2° Le *thorium* et ses *dérivés;*

3° Les *sels de radium*, et l'*actinium* (1).

I. Émanation du radium.

I. **Voies d'absorption.** — Il existe trois grandes voies d'absorption de l'émanation du radium.

1° La *voie pulmonaire* qui utilise directement l'émanation à l'état gazeux et qui est la voie d'administration thérapeutique la plus importante;

2° La *voie digestive*, qui permet l'introduction de l'émanation dissoute dans les eaux minérales;

3° La *voie vasculaire*, par injection sous-cutanée ou intraveineuse d'eau radio-active;

4° La *balnéation et les boues radio-actives*, surtout utilisées en thérapeutique thermale.

II. **Evolution de l'émanation du radium dans l'organisme.** — a. *Absorption pulmonaire.* — En *inhalation*, l'émanation traverse l'épithélium pulmonaire et diffuse rapidement dans le sang où on peut la déceler un quart d'heure après. Ainsi fixée dans le sang elle est transportée dans l'intimité des tissus où elle subit sa désintégration habituelle, en donnant naissance au rayonnement α et à divers corps radio-actifs : Radiums A, B, C, qui se détruisent rapidement en quelques minutes, Radiums D, E, F. qui ont une évolution beaucoup plus lente (seize ans pour le radium D.) L'émanation et ses dérivés émettent en majeure partie du rayonnement α (90 p. 100) et seulement 10 p. 100 de rayons β et γ. On n'est pas absolument d'accord sur la question de savoir quel est celui de ces divers éléments qui est le plus actif au point de vue biologique. Gudzent et Rosenthal, pensent que ce doit être le radium D (β) qui se forme en cinquante-deux minutes; Méseritzky soutient, au contraire, que l'action de l'émanation sur le mono-urate de soude est surtout l'effet du rayonnement α. Il semble bien que ce soit à cette dernière opinion que se rangent la plupart des auteurs. Quoi qu'il en soit, l'émanation en circulation dans l'organisme y développe, du fait de sa transformation une *radio-activité induite* qui est, en tout ou en partie, responsable des effets biologiques et thérapeutiques observés.

L'absorption de l'émanation par inhalation est rendue facile parce que ce gaz diffuse très facilement dans l'air. Son coefficient de diffusion y est de 0,1, du même ordre de grandeur que celui de certains autres gaz, absorbés facilement par la voie pulmonaire.

On a beaucoup discuté sur la façon dont le sang se charge en émanation. Gudzent a soutenu que, par inhalation, l'enrichissement du sang en émanation est considérable. D'après ses déterminations, il y aurait, un quart d'heure après l'entrée dans l'émanatorium, autant d'émanation dans le sang que dans l'atmosphère environnante; après deux heures, quatre à cinq fois plus; après trois heures, six à sept fois plus. Il y aurait semble-t-il accumulation croissante d'émanation dans le sang proportionnellement à la durée du séjour dans l'émanatorium.

Ce point de vue a été fortement critiqué par de nombreux auteurs. Strassburger, Plesch, Kemen et Lazarus admettent que le taux d'émanation dans le sang ne peut dépasser une certaine limite représentée par le *coefficient d'absorption*. Celui-ci serait de 90 p. 100 de la concentration en émanation de l'émanatorium. Lazarus trouve qu'avec de grosses doses la teneur du sang ne peut monter au-dessus d'un maximum de 60 mmc. par litre. E. Freund dans un émanatorium contenant 482,4 mmc. par litre constate que le coefficient d'absorption ne dépasse pas 50 p. 100. Ramsauer et Holthuzen, montrent que ce coefficient augmente avec le nombre des globules rouges. Enfin Mache et Suess, à l'aide de recherches et de dosages minutieux, notent qu'après une exposition d'une heure à l'émanatorium le contenu du sang veineux en émanation atteint celui de l'air de l'émanatorium, parfois le dépasse, puis entre en état d'équilibre. Les valeurs qu'ils obtiennent sont toujours inférieures à celles de Gudzent et d'après leurs travaux un enrichissement du sang en émanation dans le genre de celui défendu par Gudzent ne peut être admis.

En réalité, il semble que l'émanation contenue dans le sang et celle contenue dans l'air respiré tendent à se mettre en équilibre suivant les lois physiques. Cet état d'équilibre est atteint environ trente minutes après l'entrée dans l'émanatorium (Mallet) et dure autant que le sujet reste soumis à l'inhalation. Il existe certainement une proportion entre la

(1) Ce travail formera un chapitre du livre *Les Eaux minérales radio-actives. Emanothérapie générale* et *Cures hydro-minérales*, par MM. PIÉRY et MILHAUD. Paris, G. Doin, in-8 raisin, qui doit paraître prochainement.

quantité d'émanation ainsi absorbée et la tension partielle de ce gaz dans l'atmosphère considérée. Cependant, ce rapport n'est pas absolu. C'est ainsi qu'il ne semble pas utile de forcer la dose d'émanation dans l'air respiré, au delà de certaines limites, car, par suite de sa faible solubilité dans les humeurs, il n'y a pas retenue du produit, même si l'on amène progressivement la dose à 50 millimicroruries par litre d'air. C'est, du moins, ce qui résulte des récentes constatations faites par Crémieu et Pappas, à Lamalou. Ces auteurs soutiennent également qu'on n'augmente pas, non plus, les effets en prolongeant les séances ou en les répétant plusieurs fois par jour. Il semble donc qu'il s'établisse une sorte d'état d'équilibre radio-actif entre l'organisme et l'air respiré auquel correspond un échange d'énergie optimum (Crémieu et Pappas).

L'élimination de l'émanation ainsi fixée dans le sang est assez rapide. Une heure environ après la cessation de l'inhalation d'une atmosphère d'émanation, la quantité de gaz radio-actif dissous ne correspond plus qu'à 10 p. 100 de la valeur absorbée (Mallet). Toutefois, l'organisme arrive à se saturer progressivement d'émanation. Pendant les cinq ou six premiers jours du traitement, les urines ne sont radio-actives qu'après l'inhalation et cela pendant vingt-quatre heures, mais, au bout de quelques jours, la radio-activité devient permanente dans les urines. Quand on cesse les inhalations, la radio-activité se manifeste encore au bout d'un mois environ, ce qui prouve que l'émanation est retenue et que son action persiste.

b. *Absorption digestive.* — Administrée en *boisson*, l'émanation résorbée au niveau du tube gastro-intestinal, parvient dans la veine porte et se répand dans le *foie*; de là elle passe dans le cœur droit, puis dans les capillaires pulmonaires, une partie pénètre dans le cœur gauche et de là diffuse dans la circulation générale et dans les tissus. Cette méthode a des adversaires et des partisans et la question, qui est surtout débattue, est celle de savoir si l'on peut, en boisson, faire pénétrer dans la circulation générale d'aussi grandes quantités d'émanation que par inhalation. Les adversaires de la cure de boisson soutiennent que la plus grande partie de l'émanation, ainsi introduite, est éliminée au niveau du poumon, et qu'il n'en passe que peu dans la circulation générale. Cette question a donné lieu à de nombreuses discussions, surtout en Allemagne, et en 1912, à la Société de médecine de Berlin, l'accord ne put se faire sur le point de savoir quelle est la richesse du sang en émanation et la durée de la radio-activité, suivant qu'on administre l'émanation par la voie digestive ou la voie respiratoire.

La cure de boisson a cependant des partisans convaincus et les recherches de Lazarus, Plesch, Eicholz, Strassburger, Kemen et Neumann, Haret, Bickel plaident en sa faveur. En conclusion de ses travaux, Kemen pense que la boisson est supérieure à l'inhalation en ce qui concerne la quantité d'émanation contenue dans le sang. Les recherches de Strassburger et de son collaborateur Spartz confirment entièrement l'opinion de Kemen et Neumann. Lazarus a pu déceler l'émanation ingérée *per os*, peu de temps après, dans la sueur, dans la salive, dans le placenta, dans le corps du fœtus et aussi dans le lait maternel, ce qui évidemment rend incontestable le passage de l'émanation en quantité appréciable dans la circulation générale. Les défenseurs de la cure de boisson ont d'ailleurs fixé très minutieusement les conditions dans lesquelles elle doit être pratiquée, afin d'obtenir une absorption d'émanation optima, et on peut obtenir des résultats thérapeutiques excellents, par cette méthode.

Un point est à retenir, dès à présent, c'est que par la cure de boisson le *foie* retient une quantité très supérieure d'émanation aux autres organes.

c. *Absorption cutanée.* — Mais une question encore plus controversée est celle de l'*absorption de l'émanation par la peau.* Lowenthal n'admet pas la pénétration de l'émanation à travers le revêtement cutané normal. Ayant entouré un sujet d'une compresse radio-active (émanation), il n'a pu déceler l'émanation dans les urines. Strassburger et d'autres se sont élevés contre la technique de cette expérience. L'activité des urines est toujours faible par rapport à celle de l'air expiré (1/4.000) et ne peut servir de critérium d'appréciation indiscutable dans l'expérience de Lowenthal, étant donné la faible quantité d'émanation avec laquelle la peau était mise en contact. Engelmann, avec des bains d'une durée d'une heure, d'une activité variant de 12 à 15.000 ME par litre, a trouvé l'air expiré constamment actif, mais il est vrai dans des proportions minimes. Un dispositif empêchait, naturellement, le sujet de respirer l'air de la cabine. Kemen, dans les mêmes conditions, aurait trouvé pendant le bain une proportion constante d'émanation dans le sang: 2 p. 100 de la quantité de ce gaz contenu dans l'eau du bain.

Des expériences beaucoup plus précises de Gudzent et Neumann montrent une pénétration à travers la peau réelle, mais *très minime* (1). C'est, en somme, à l'opinion de ces derniers auteurs qu'il y a lieu de se ranger. D'ailleurs la balnéation, telle qu'elle est pratiquée couramment — en particulier dans les stations hydrominérales radio-actives — fait que le malade aspire l'émanation qui se dégage de l'eau contenue dans la baignoire ou dans la piscine. Dans ces conditions, la balnéation n'apparaît guère que comme une adjuvance de l'inhalation.

Cependant la balnéation présente l'avantage de mettre directement la peau en contact avec le rayonnement de l'émanation, et surtout avec celui beaucoup plus pénétrant (β et γ) de ses produits de transformation. Si le bain est assez prolongé, il se dépose ainsi, à la surface cutanée, une *radioactivité induite*, non négligeable, et qui dure assez longtemps, puisque une à deux heures après le bain, elle persiste encore. Ce dépôt radio-actif cutané est encore plus important, si le corps est chargé négativement. Quant à l'action de cette activité induite, elle demeure entourée d'obscurité : on pense qu'elle agit en irritant la peau et en excitant les vasomoteurs.

d. *Voie veineuse ou sous-cutanée.* — En injection *intraveineuse ou sous-cutanée*, le cycle de l'émanation est des plus simples. C'est, d'ailleurs, une méthode peu employée, car peu efficace, l'exhalaison pulmonaire étant extrêmement rapide.

(1) Cette absorption représente 1/2000° de la concentration en émanation de l'émanatorium après une séance de cinquante minutes (Gudzent et Neumann).

III. **Des affinités tissulaires électives de l'émanation du radium.** — Ce serait se faire une idée absolument erronée des conditions dans lesquelles l'émanation du radium circule dans l'organisme, que de croire que son absorption est uniquement sous la dépendance de certaines lois physiques. Véhiculée par le sang, elle n'imprègne pas indifféremment tous les organes. Bien au contraire, elle se fixe avec élection sur certains tissus, au sein desquels elle exerce au maximum son action biologique.

C'est un fait bien établi actuellement que les liquides colloïdaux ont, d'une manière générale, la propriété d'absorber de grosses doses d'émanation (1). Les travaux français de Bouchard, Curie et Balthazar ont, d'autre part, nettement mis en évidenee une affinité spéciale de ce gaz pour les surrénales et par ordre décroissant pour les poumons, le foie, la peau et les poils, la rate et les reins. Comme nous le montrerons plus tard, on observe également une imprégnation élective du tissu nerveux par l'émanation. Pour Falta, le *tropisme* de l'émanation du radium s'exerce surtout à l'égard des *lipoïdes*.

Par contre, bien qu'aucune expérience précise n'ait été effectuée sur ce point, il y a lieu de penser que vraisemblablement l'émanation n'a aucune affinité pour la moelle des os ou le tissu lymphatique (2).

IV. **Les voies d'élimination de l'émanation du radium.** — L'émanation s'élimine en grande partie par les *poumons* et cela quelle que soit la voie d'introduction. Quant à l'élimination par les *reins*, elle a été pendant longtemps fort discutée. Niée par certains auteurs, elle est cependant certaine, tout au moins quand il y a eu absorption d'une dose suffisante d'émanation. Nagelschmidt et Kohlrausch, Ramsauer et Caan l'ont constatée. Laqueur estime que la proportion d'émanation rejetée respectivement par les poumons et l'urine est dans le rapport de 4.000 à 1. Ce même auteur a observé qu'après ingestion de grosses quantités d'émanation (8.000 millimètres cubes) l'activité des urines s'élève rapidement dans le deuxième quart d'heure, plus lentement dans la deuxième demi-heure, s'abaisse graduellement dans la deuxième heure, rapidement dans la troisième heure et disparaît complètement vers la quatrième heure. Les travaux récents de Crémieu et Pappas, à Lamalou, mettent hors de doute l'élimination de l'émanation par les urines et nous avons vu précédemment qu'après son administration prolongée, l'activité des urines peut durer pendant longtemps. L'examen électroscopique des urines permet d'en apprécier la radio-activité et, comme l'ont montré ces auteurs, de suivre pratiquement l'évolution de l'émanation dans l'organisme.

Malgré tout, il est incontestable que c'est par les poumons qu'est éliminée la plus grande partie de l'émanation. Quant à préciser quelle peut être la durée de cette élimination, la documentation nous a paru insuffisante pour qu'on puisse se faire une opinion sur la question. Elle est certainement assez prolongée, puisqu'une heure après cessation de l'inhalation, le sang contient encore 10 p. 100 de la valeur absorbée (Mallet). D'après Kemen et Neumann, deux heures et demie à trois heures après l'ingestion d'eau radio-active, il n'y a plus d'émanation décelable dans l'air expiré. Un fait important à signaler c'est que l'émanation absorbée à jeun, par la voie digestive est beaucoup plus rapidement éliminée par les poumons que lorsqu'elle a été administrée après un repas.

Il est enfin, infiniment probable que l'importance de la ventilation pulmonaire joue un rôle actif dans cette élimination. Au cours des exercices corporels, qui augmentent l'activité des mouvements respiratoires, l'émanation abandonne beaucoup plus vite l'organisme que pendant le repos.

Comme autres voies d'élimination moins importantes, il faut signaler la *peau*. Ceci peut expliquer, dans une certaine mesure, l'action des cures radio-actives dans les affections cutanées. Une petite quantité d'émanation quitte encore le corps par la *sueur* (6/1.000) et la *salive* (Lazarus).

Il est clair que l'émanation qui agit, au point de vue biologique et thérapeutique, est celle qui au cours de sa traversée dans l'organisme est transformée en ses divers produits de désintégration. L'émanation décelée dans l'air expiré est celle qui n'a exercé aucune action. Quant aux produits solides provenant de la transformation de l'émanation, ils sont rejetés, en partie, par l'*intestin* avec les fèces, en partie retenus dans certains organes, surtout à l'état de radium D. Des effets tardifs ont pu être observés après la cure d'émanation par suite de la rétention du radium D. (Lowenthal).

II. Cycle évolutif du thorium (MÉSOTHORIUM, THORIUM X ET ÉMANATION).

I. **Voies d'absorption.** — Le *thorium X* et le *mésothorium* à l'état de sel (bromure surtout) en solution peuvent être introduits dans l'organisme par différentes voies :

1° Par la *voie sanguine :* injections sous-cutanées, intramusculaires, intraveineuses, ces dernières surtout employées en Allemagne pour le thorium X;

2° Par la *voie digestive*. Le mésothorium a été ainsi employé par Reuon et le thorium X par Gudzent, Falta;

3° La *voie pulmonaire* convient spécialement à l'émanation du thorium, que l'on peut obtenir à partir des solutions de mésothorium, ou mieux de radiothorium ou de thorium X (Gudzent, Kojo-Kenji). En France, l'inhalation a été employée récemment par Roque, Cluzet et Chevallier, par l'emploi de l'émanation dégagée en abondance et d'une manière continue par la poudre de radiothorium de l'Echaillon. Disons tout de suite, que des résultats thérapeutiques intéressants ont été obtenus par la méthode inhalatoire qui mettent en évidence à la fois l'efficacité du procédé et la similitude des effets qu'on obtient ainsi avec ceux observés à l'aide du thorium X lui-même. Un gramme du minerai employé par Cluzet et Chevallier, donne une vitesse de chute de la feuille de l'électroscope quatre fois plus grande que celle produite par l'émanation d'un échantillon de radium donnant 22,68 mmc. par vingt-quatre heures. Gudzent a administré l'émanation du thorium X en inhalation d'une durée d'une demi-heure avec un appareil donnant 200 mm. c. par

(1) Cf. GODLEWSKI.

(2) Le *dépôt actif* de l'émanation du radium a bien une action sur l'appareil formateur du sang, mais il prend naissance là où l'émanation s'est emmagasinée primitivement On peut estimer, d'ailleurs, qu'il se forme peu de dépôt actif à la fois, étant donné la lenteur de transformation de l'émanation du radium et qu'une fois, ce dépôt formé, sa vie est trop courte pour qu'il puisse être transporté ailleurs, tout au moins en quantité suffisante.

seconde. Il a également pratiqué des séances d'une heure (trois par jour), avec un appareil donnant 3.600 mm. c. par seconde, sans accidents.

II. Evolution du thorium dans l'organisme. Organotropie. — Les constatations expérimentales de Plesch, Kectmann et Karczac, de Brill, Kriser et Zehner, montrent que le thorium X a une affinité spéciale pour certains tissus, une sorte d'*organotropie* tout à fait différente de celle de l'émanation du radium.

Chez le lapin, une heure après administration du médicament la *moelle osseuse* en renferme 38 p. 100, viennent ensuite par ordre d'activité décroissante les muscles, le cœur, le foie, etc. Rapporté au *poids d'organe*, le thorium X se répartit différemment. Après une heure, les reins, les capsules surrénales, la vessie et l'urine en renferment la plus grande proportion, soit 36 p. 100, puis viennent les poumons, 30,8 p. 100, le sang, 12 p. 100, le foie, 10,6 p. 100 et la moelle osseuse, 9,2 p. 100.

Vingt-quatre heures après, 64 p. 100 du thorium X introduit est fixé dans la *moelle osseuse*, le sang passe de 12 p. 100 à 1,4 p. 100. Après la moelle osseuse viennent le foie, la rate, les reins, les surrénales et l'intestin. Sept jours après l'injection les reins et les surrénales sont les plus actifs. Le cerveau ne donne jamais que des valeurs basses.

Les dérivés du thorium X semblent avoir une organotropie différente de celle du corps générateur (Plesch-Metzner). Le thorium B se fixe plus particulièrement sur les poumons, le foie, l'intestin et les organes lymphoïdes.

En somme, le thorium X et ses dérivés présentent une affinité remarquable pour la *moelle osseuse*, l'*appareil lymphopoiétique* et aussi pour les *surrénales* (1).

Il est important de remarquer que l'accumulation du thorium X, n'est pas à redouter, étant donnée la rapide décroissance de son activité. Le tableau suivant en fournit la preuve.

Table de la décroissance de l'activité du thorium X (2).

Après	1 jour,	il reste	83	p. 100	de l'activité initiale
—	2 —	—	69	—	—
—	3 —	—	57	—	—
—	4 —	—	47	—	—
—	5 —	—	39	—	—
—	6 —	—	32	—	—
—	7 —	—	27	—	—
—	10 —	—	15	—	—
—	13 —	—	9	—	—
—	16 —	—	5	—	—

En vingt jours, toute activité a pratiquement disparu.

(1) Des expériences récentes de CLUZET et CHEVALLIER faites en faisant vivre des cobayes de 340 grammes à 400 grammes dans une atmosphère contenant de l'émanation du thorium dégagée par une préparation de radiothorium ont montré en plus des modifications portant sur les éléments figurés du sang, que la mort survient environ vers le huitième jour, assez brusquement après une courte période de dyspnée. L'autopsie a permis de constater une congestion intense du foie, de la moelle osseuse et des poumons, avec quelques infarctus disséminés dans la masse pulmonaire.

La quantité de préparation employée est de 200 grammes, dont 1 gramme équivaut à une quantité d'émanation du radium dont le pouvoir ionisant correspond à *90,72 millimicrocuries*. Donc pendant huit jours il y a eu production et destruction d'une quantité d'émanation du thorium égale à *208 millicuries* d'émanation du radium. (*Réunion biologique, 20 mars 1922.*)

(2) LÉRI et THOMAS. *Bull. méd.*, 1922.

Pour ce qui est de l'émanation du thorium, on ne sait rien de son affinité pour le sang. Mais un point particulier mérite de retenir l'attention. L'émanation du thorium, introduite dans le sang, soit directement par la voie pulmonaire, soit indirectement par injection intraveineuse de thorium X (corps qui en dégage constamment) ne s'y comporte nullement comme l'émanation du radium. Cette dernière, grâce à sa vie relativement longue, est en grande partie rejetée par les poumons, avant d'avoir pu, dans le court laps de temps de sa circulation intra-organique, se transformer entièrement. Au contraire, l'émanation du thorium en raison de sa vie brève, subit, dans l'organisme, sa *désintégration complète* et abandonne aux tissus la totalité de son dépôt actif. *Elle est entièrement utilisée* (1), alors que l'émanation du radium ne l'est que très partiellement.

III. Elimination. — Plesch estime que 80 p. 100 du thorium X injecté est retenu dans l'organisme. Le reste est éliminé, la plus grande partie par l'*intestin* (16 p. 100), 4 p. 100 sont rejetés par les *urines* et la *peau*. Après quatre jours, il ne s'élimine plus rien par l'intestin.

III. Le cycle des sels de radium et de l'actinium.

Parmi les autres corps radio-actifs, l'*actinium et le radium* présentent tout comme le thorium X, mais peut-être à un degré beaucoup moindre, une affinité élective pour l'appareil hémoleucopoiétique. Trente-trois jours après l'injection d'une grande quantité de bromure de radium, à des lapins, Dominici et Laborde, trouvèrent la moelle osseuse encore nettement active. Les recherches de Lazarus, montrent, d'autre part, la fixation de l'actinium X sur la moelle osseuse. Quant au *polonium*, il n'a pas été étudié à cet égard, mais il est très vraisemblable qu'il participe des mêmes propriétés.

Nous signalerons, en terminant, que l'injection de sels de radium n'est pas sans danger, car l'*accumulation* du médicament dans l'organisme est importante, surtout pour les sels insolubles. Ceux-ci sont capables de déterminer une radio-activité prolongée de l'organisme, qui, expérimentalement, a pu être constatée, dans certains cas, au delà d'une année (Dominici et Faure-Beaulieu; Dominici, G. Petit et Jaboin).

L'*élimination* de ces corps se fait surtout par l'intestin et quelque peu par les urines.

Telles sont les données fondamentales, très précises, sur lesquelles on peut asseoir, à l'heure actuelle, une émanothérapie générale ou hydrominérale. Elles sont, toutefois, à compléter par l'exposé de l'action biologique et physiologique des corps radio-actifs.

(1) Ceci est surtout vrai quand l'émanation est administrée en inhalation. Dans ces conditions, Kojo-Kenji a pu constater, après une séance d'une heure, que l'air expiré ne renferme pas trace d'émanation. Mais quand on donne le thorium X en boisson, par exemple, on trouve régulièrement de l'émanation dans l'air de la respiration. Après une absorption de 1.900 ME, cette élimination, par les voies respiratoires, dure cinq à six heures (Kojo-Kenji). On la décèle pendant le même temps dans les urines.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 MAI 1923)

Nouvelles recherches sur la mouche de Goloubatz. — M. JIVOIN GEORGEVITCH. La mouche de Goloubatz est particulièrement dangereuse cette année. En Serbie, en Bulgarie et en Roumanie, elle a tué déjà plusieurs milliers de bestiaux.

La question de l'extermination de cette mouche et de l'immunisation du bétail n'est pas résolue. L'auteur a fait des expériences pour déterminer si la piqûre de la mouche agit par un venin ou une toxine. Il arrive à conclure qu'il s'agit d'un venin qui reste à étudier au point de vue chimique et physiologique.

Influence du thorium X sur la catalase du foie. — MM. Alfred MAUBERT, Léon JALOUSTRE et Pierre LEMAY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 MAI 1923)

Le recrutement du dispensaire antituberculeux (action des médecins, action des infirmières-visiteuses). — M. Léon BERNARD et Mme DE RE[illegible]Z ont dépouillé les statistiques du dispensaire Léon Bourgeois, pour les trois arrondissements où on emploie, grâce à l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, les méthodes et le personnel du dispensaire type, en vue de rechercher les différentes sources du recrutement de la clientèle d'un dispensaire urbain. Leur statistique va de mars 1921 à fin décembre 1922 et porte sur 611 consultants. Le total comprend 47 sujets déjà en charge à l'ouverture, 85 envoyés par des œuvres diverses; 99 par des hôpitaux; 88 venus spontanément, attirés le plus souvent grâce à la propagande, dont une bonne part est indirectement le fait des infirmières visiteuses; 76 adressés par d'anciens malades du dispensaire ; 99 envoyés par leurs médecins; 67 malades amenés, et 50 entièrement dépistés par les infirmières-visiteuses, donc 117 dus à leur action directe.

En résumé, sur 611 inscriptions nouvelles au dispensaire l'envoi par les médecins en compte 99. Si donc les dispensaires n'étaient ouverts, comme le réclament certains groupements professionnels, qu'aux malades adressés par des médecins, on voit quelle réduction du champ d'action prophylactique en résulterait pour le dispensaire.

D'autre part, 117 inscriptions sur 611 relèvent de l'action directe des infirmières-visiteuses, sans qu'on puisse mesurer les effets indirects de leur action. Nul doute que pour amener une telle efficacité, il faut que ce travail des infirmières s'exerce librement, en dehors de toute servitude étrangère à l'activité propre du dispensaire dont elles dépendent.

Leucocyte mixte à granulations éosinophiles et neutrophiles chez un lézard de l'Afrique du Nord : Eumeces Algeriensis « Peters ». — M. Léon NORMET, au cours de recherches expérimentales sur les transformations des cellules sanguines dans la série des vertébrés, a eu l'occasion d'observer le sang d'un lézard africain (eumeces algeriensis) qui présente la particularité de former ses appareils éosinophile et neutrophile sur le même leucocyte.

Le mononucléaire qui donne naissance à cet élément forme, au voisinage de son noyau, en des points distincts : d'une part, des granulations punctiformes neutrophiles, en tous points semblables à celles des polynucléaires neutrophiles des mammifères, et d'autre part, des granulations fusiformes éosinophiles comparables à celles que présentent les leucocytes des oiseaux.

Le noyau, d'abord arrondi, s'étrangle en son milieu pour prendre une forme en haltère et les fuseaux éosinophiles restent placés entre les boules nucléaires, se disposant en rayons comme la limaille de fer sur un champ de forces magnétiques, pendant que les granulations neutrophiles gagnent la périphérie de l'élément, se répandant tout autour de la masse centrale, constituée par le double noyau et l'appareil éosinophile.

Ce dispositif est intéressant à signaler, car il constitue un argument précis en faveur de la doctrine uniciste de l'origine des cellules sanguines.

Glycémie et uricémie. — MM. RÉMOND (de Metz) et ROUZAUD (de Vichy) communiquent une note de laquelle il résulte, après études faites sur 188 sujets, que l'élévation de la glycémie entraîne, en général, un abaissement de l'uricémie.

Ce fait a permis de combattre utilement l'accumulation de l'acide urique dans le sang par les injections intraveineuses de sérum glucosé.

Les modifications apportées à la fonction pulmonaire et à la nutrition générale par le pneumothorax artificiel. Leurs conséquences cliniques et thérapeutiques. — MM. J. PARISOT et H. HERMANN. Les recherches des auteurs entreprises depuis trois ans renseignent sur les conditions dans lesquelles respire un individu porteur d'un pneumothorax artificiel. Elles prouvent que la spirométrie et la mesure des échanges pulmonaires sont capables de fournir d'utiles indications pour la conduite de la cure par pneumothorax et de renseigner sur la valeur fonctionnelle du poumon restant.

Elles établissent que le trouble apporté à la fonction respiratoire a pour conséquence un hyperfonctionnement, une hypertrophie et un degré souvent accentué d'emphysème de ce poumon.

Les perturbations fonctionnelles ainsi créées ont pour conséquence un trouble manifeste de la nutrition générale et une exagération des combustions organiques bien mises en évidence par l'augmentation du métabolisme basal. Ce trouble, d'importance et de durée variables, peut rendre compte de l'amaigrissement que l'on constate souvent au cours de la cure du pneumothorax, contrastant avec l'amélioration de l'état général et l'atténuation ou même la disparition des troubles pathologiques antérieurs.

L'hyperfonctionnement intense du poumon explique la raison pour laquelle des lésions tuberculeuses jusque-là latentes évoluent parfois avec tant de rapidité au niveau du poumon considéré comme sain.

Ces constatations confirment l'indication d'établir lentement et progressivement le collapsus pulmonaire. Elles engagent, en outre, pour palier aux perturbations des échanges et à l'exagération du métabolisme basal, à donner aux malades ainsi traités une alimentation riche en hydrates de carbone et en graisses, à limiter leurs dépenses énergétiques et par conséquent malgré l'amélioration de l'état général à les maintenir à la cure de repos ou à un travail réduit.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 MAI 1923)

A propos de l'action abortive des arsénobenzènes. — M. Marcel PINARD s'élève contre la légende qui attribue des qualités abortives aux arsénobenzènes. L'étude des observations, où l'avortement est survenu au cours de traitements arsenicaux, montre que le traitement a été la plupart du temps peu actif et qu'en réalité c'est la syphilis insuffisamment traitée qui est la coupable.

Chez les animaux, la lapine n'avorte qu'avec des doses qui correspondraient à des injections de 15 grammes de 914 chez la femme. Par contre, l'auteur cite des statistiques qui démontrent que les résultats des gestations sont d'autant meilleurs que la femme a reçu un nombre plus grand d'injections d'arsénobenzène à grosses doses.

Un cas de sidérose pulmonaire. — MM. RIST et ROLLAND présentent un malade pris pour un tuberculeux et atteint de sclérose pulmonaire avec sidérose. Les auteurs insistent sur la présence du fer, dans les crachats, quatre jours après cessation de son métier et sur la distension inspiratoire du cœur dû à la sclérose pulmonaire bilatérale.

Un cas de méningite cérébro-spinale à pneumocoques. Guérison après sérothérapie et abcès par fixation. — M. Hallé rapporte l'observation d'un de ses externes, pris brusquement d'une méningite à pneumocoques à allure grave. Guérison par la sérothérapie intrarachidienne et intramusculaire et par un abcès de fixation.

Le liquide de ponction lombaire était du pus avec rares pneumocoques d'un type spécial. L'auteur se demande si la rareté et le type du microbe en cause ne sont pas pour une certaine part dans la guérison rapide.

Méningite suppurée à pneumocoques, consécutive à une otite moyenne Guérison par abcès de fixation. Présence des antigènes du pneumocoque II dans le pus de cet abcès. — MM. A. Netter et Césari rapportent un cas de méningite suppurée à pneumocoques, consécutive à une otite moyenne avec paralysie faciale complète. L'abcès de fixation montra la présence des antigènes du pneumocoque II que l'examen avait vidé du liquide obtenu par la ponction.

Des résultats analogues ont été atteints avec le pus d'un abcès provoqué dans un cas de broncho-pneumonie grave.

Ces constatations élucident dans une certaine mesure le mode d'action des abcès de Fochier qui sont bien des abcès de fixation, comme il les avait si judicieusement dénommés. Les microbes sont bien apportés par les globules blancs au point où a été injectée la térébenthine. Celle-ci les tue, mais la présence des antigènes montre que les microbes ont été présents dans l'abcès.

Le pus du malade de M. Hallé a été l'objet de mêmes recherches, qui n'ont donné aucun résultat. Mais on n'a pas isolé le pneumocoque du liquide de la méningite et le pneumocoque, isolé des crachats, n'était agglutiné par aucun des trois sérums antipneumococciques. Le résultat négatif de ces recherches ne pouvait donc être opposé aux résultats obtenus chez nos malades.

Les heureux résultats obtenus dans les deux méningites suppurées à pneumocoques traités par la méthode de Fochier, la rapidité de l'amélioration, les constatations d'antigènes dans le pus de l'abcès de notre malade autorisent à attribuer, à la production de l'abcès, la guérison de ces méningites et à conseiller la médication dans les méningites à pneumocoques.

Les glandes à sécrétion interne dans l'ostéomalacie. — MM. Etienne Chabrol et Haguenau ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'un ostéomalacique dont l'histoire a été publiée en 1899 et en 1905 par le chirurgien Berger. Après avoir rappelé que l'ostéomalacie est exceptionnelle chez l'homme (10 p. 100 des observations), ils présentent les radiographies du squelette et des microphotographies des glandes à sécrétion interne. L'hypophyse est sensiblement normale; le corps thyroïde est le siège d'une sclérose légère, ses vésicules, de taille inégale, renferment une substance colloïde fragmentée, fixant très mal les colorants. Les éléments interstitiels du testicule sont en hyperplasie; la spermatogénèse paraît très active. Quant aux surrénales, elles sont, l'une et l'autre, augmentées de volume; la glande du côté gauche est particulièrement hypertrophiée, aussi bien dans sa portion médullaire que dans sa zone corticale. Ce dernier point mérite, d'autant mieux, de retenir l'attention qu'à la suite des travaux de Bossi, nombre d'auteurs ont fait dépendre l'ostéomalacie d'une insuffisance de la sécrétion adrénalinique.

Les véritables signes d'auscultation des cavernes pulmonaires. — MM. Ameuille et Gally. Si l'on choisit sur des clichés radiographiques des images de cavernes pulmonaires indiscutables, sans lésion à l'entour, et si l'on recherche les signes stéthacoustiques qu'elles ont fournis, on constate les faits suivants : Dans 10 p. 100 des cas, diminution ou suppression du murmure vésiculaire, sans aucun autre signe, dans 10 p. 100 des cas, aucun signe d'auscultation n'est fourni. Dans près de 80 p. 100 des cas, le seul signe révélateur est constitué par des râles bulleux de qualités différentes d'observation à l'autre, se percevant souvent sur une étendue de surface thoracique infiniment plus vaste que la projection de la cavité. Quant au souffle caverneux, il ne se montre que rarement et dépend beaucoup moins de l'existence d'une cavité que d'autres conditions anatomiques (condensation pulmonaire, déviation broncho-trachéale).

A propos de trois cas d'angines aiguës avec adénopathie généralisée et mononucléose transitoire. — MM. de Lavergne et Pilod (du Val-de-Grâce) rapportent l'observation de trois malades atteints d'angine aiguë banale accompagnée d'adénopathie généralisée d'emblée et de mononucléose marquée ayant rétrocédé après une évolution courte et bénigne.

Ces cas, analogues à ceux décrits antérieurement sous le vocable de « mononucléose infectieuse », ne doivent pas être considérés comme l'expression d'une entité morbide distincte.

Les auteurs montrent que, dans des angines banales avec adénopathie locale, on peut rencontrer une mononucléose notable de même type.

Pneumothorax thérapeutique au cours d'une pleurésie interlobaire. — M. A. Pellé (de Rennes) présente l'observation d'une pleurésie interlobaire, ayant évolué jusqu'au stade de vomique et complètement guérie par le pneumothorax artificiel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 23 mai 1923)

Prolapsus génital. — M. Gernez relate une observation de prolapsus génital chez une vieille femme qu'il a opérée, sous anesthésie locale, par une hystérectomie vaginale (1) avec résultats immédiats et éloignés parfaits. L'opération fut simple et facile. Il avait choisi ce mode d'intervention en raison de l'état inflammatoire du col, le procédé de Lefort lui paraissant, dans ce cas, contre-indiqué.

Inflammation de l'S iliaque ayant déterminé une fistule intestinale. — M. Savariaud analyse une observation adressée par M. Capette. Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans, sans passé médical quelconque, qui a présenté des phénomènes d'occlusion intestinale et un hoquet continu et violent. Il fut opéré le neuvième jour après le début des accidents d'un volumineux calcul intestinal par entérotomie. Il succomba le second jour.

Second rapport de M. Savariaud sur une intéressante observation de M. Monod. Il s'agissait d'une femme qui était atteinte d'une sténose hypertrophique de l'anse oméga avec rétrécissement à forme cylindrique du canal intestinal. La muqueuse était normale, la musculature était hypertrophiée, l'utérus et les annexes étaient enflammés. Il n'y avait pas d'occlusion intestinale complète. En présence de ces symptômes, M. Capette songea d'abord à faire une colpotomie. Mais il ne s'arrêta pas à cette idée. Il fit une laparotomie médiane, enleva l'utérus et les annexes enflammés et trouva alors dans le Douglas une tumeur dure située dans l'intestin même. Il existait une perforation intestinale au-dessus de la tumeur. Il réséqua 8 à 10 centimètres d'intestin et enfouit de son mieux la perforation, puis il fit une anastomose termino-terminale et fixa l'anse intestinale suturée à la paroi.

Les suites opératoires furent quelque peu mouvementées. Le quatrième jour il sortit des gaz par la plaie, puis des matières fécales. Un lavement ressortit par la plaie. Bref, il y eut une désunion totale. Puis la fistule finit par se refermer d'elle-même; les matières reprirent leur cours normal, mais bientôt les matières sortirent par le vagin. Cette fistule intestino-vaginale finit aussi par se fermer spontanément.

En somme, il s'agissait d'une inflammation de l'S iliaque ayant déterminé une fistule. Malgré une désunion totale de la plaie opératoire, la réparation totale finit par se faire d'elle-même et la malade finit par guérir complètement.

M. Arrou reconnaît, avec M. Savariaud, que les suites de l'intervention de M. Capette furent, dans ce cas, pas mal mouvementées. On pouvait un peu s'y attendre. M. Arrou s'est trouvé en présence d'un cas analogue où il eut affaire

---

(1) Nous avons présenté à la Société des chirurgiens de Paris plusieurs cas d'hystérectomie vaginale pour prolapsus génital chez de vieilles femmes, en insistant sur la facilité et la simplicité de l'opération dont les suites ont toujours été favorables. (*N. du Réd.*)

à deux plaies intestinales impossibles à fermer d'emblée. Plus timoré que M. Capette, il attendit puis s'appliqua à fermer plus tard. Il eut aussi une fistule dont il eut bien du mal à venir à bout. En pareil cas on fait ce qu'on peut et pas toujours ce qu'on voudrait.

M. Arrou ajoute qu'il ne saurait trop critiquer, en pareil cas, l'usage du lavement qu'il considère comme dangereux.

M. Dujarier fait observer que la suture termino-terminale du gros intestin n'est pas toujours une mauvaise opération. Dans un cas de tumeur de la fosse iliaque prise pour une péritonite appendiculaire, M. Dujarier dut faire une résection et sutura bout à bout le gros intestin. La malade guérit sans fistule.

M. Savariaud reconnaît que M. Capette a eu affaire à un cas très complexe et que, somme toute, il s'en est tiré à son honneur, puisque sa malade, malgré toutes les péripéties par lesquelles elle a passé, a guéri.

Ligature de la carotide primitive. — M. Hardouin (de Rennes) apporte quatre cas de ligature de la carotide primitive. Dans le premier cas il s'agit d'un homme de soixante et un ans qui présentait une exophtalmos. M. Hardouin proposa la ligature de la carotide primitive. Il plaça un fil derrière le vaisseau et attendit; mais lorsqu'il commença à serrer le fil, la respiration du malade s'arrêta et il fallut faire la respiration artificielle. On fit alors sauter le fil.

Dans le second cas, il s'agissait d'un blessé qui avait reçu une balle du côté droit du cou qui était ressortie du côté gauche. Il tomba sans perdre connaissance et se releva hémiplégique. Il avait été blessé en octobre et M. Hardouin le vit en février. Il avait une hémiplégie incomplète mais une paralysie totale des extenseurs. Il y avait un anévrisme. En procédant à l'extirpation du sac anévrismal, on fit une déchirure de la carotide externe jusqu'au niveau de la bifurcation. On arrêta l'hémorragie; il y eut une hémiplégie.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'un syphilitique avec ganglions tuberculeux du cou; après ouverture d'un abcès ganglionnaire, on plaça un drain qui ulcéra l'artère et fut cause d'une hémorragie formidable. Un interne mit le doigt sur la plaie et attendit. Mais le malade succomba brusquement.

Enfin, le quatrième cas avait trait à un malade qui avait été opéré d'un cancer de la langue et qui eut une récidive dans les ganglions du cou; hémorragie, ligature de la carotide interne, guérison immédiate, mais mort ultérieurement de récidive du cancer.

M. Hardouin fait suivre ces observations de réflexions sur la ligature de la carotide primitive. Les statistiques sont très variables. Il en est une qui donne 6 morts sur 7 cas de ligature de la carotide primitive, d'autres paraissent beaucoup plus favorables.

M. Savariaud a observé un cas d'hémiplégie consécutive à une blessure de la carotide interne. Il y avait eu une section complète de l'artère avec éloignement des deux bouts. Mort.

M. Savariaud estime que dans nombre de cas la circulation collatérale est insuffisante pour rétablir la circulation cérébrale.

Circulation lymphatique du gros intestin. — M. Descomps donne les résultats de recherches anatomiques qu'il a faites en collaboration avec M. Tornesco sur ce sujet et montre de fort belles planches.

Nécrose cranienne d'origine syphilitique. — M. Lenormant présente une malade qui a été atteinte d'une vaste nécrose des os du crâne à la suite de gommes syphilitiques chez laquelle il a pratiqué plusieurs interventions pour enlever des séquestres. Tout le front était décollé. Après être arrivé, par des opérations successives, à séparer le mort du vif, M. Lenormant a pu voir la réparation se faire et aujourd'hui la cicatrisation est complète.

M. Lenormant fait remarquer que la nécrose n'a jamais été jusqu'à envahir la table interne.

M. Sébileau a toujours remarqué aussi, dans ces cas, l'intégrité de la table interne. La dure-mère est très rarement dénudée. Il ajoute qu'il faut ménager les formations séquestrales et attendre qu'elles soient libres pour les enlever.

Il faut souvent attendre très longtemps.

— Une discussion s'engage à ce sujet, à laquelle prennent part MM. Mouchet, Lenormant, Sébileau, Basset, Auvray, Mauclaire et Thiéry.

Anomalie osseuse. — M. Albert Mouchet présente un cas de point d'ossification spécial pour le sommet de la malléole tibiale dont il a pu suivre l'évolution à la radiographie chez un enfant de douze à treize ans.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 11 mai 1923)

M. le Président souhaite la bienvenue à Mme Dejerine et l'invite à prendre place parmi ses collègues.

La destinée des leucocytes après la leucopédèse gastrique. — MM. M. Loeper et G. Marchal donnent de leurs expériences chez l'homme et l'animal les conclusions suivantes :

1° Les leucocytes afflués dans l'estomac par leucopédèse au cours de la digestion des aliments solubles possèdent un pouvoir digestif indiscutable, à l'égard des amidons, des graisses, des protéines;

2° Les leucocytes intacts ne franchissent le pylore qu'en très petit nombre;

3° Ils n'exercent qu'exceptionnellement une action phagocytaire à l'égard des particules microbiennes, alimentaires ou des corps étrangers;

4° Ils viennent de la muqueuse gastrique mais ne se résorbent pas;

5° Ils meurent sur place et mettent en liberté les substances qu'ils contiennent.

Il faut attribuer à ces substances un rôle non seulement fermentaire et digestif, mais aussi antitoxique.

Réaction tuberculinique et anaphylaxie. — M. Jean Paraf. Par des observations faites chez l'enfant atteint de rougeole et chez lequel l'auteur put nettement mettre en évidence, la persistance de la sensibilité sérique coïncidant avec l'anergie tuberculinique, il est possible de dissocier la réaction tuberculinique des phénomènes anaphylactique. Des expériences poursuivies chez le cobaye tuberculeux (femelles pleines) ont confirmé ces données. De même, s'il est possible de préserver du choc sérique les animaux tuberculeux sensibilisés par une injection de carbonate de soude, ils restent sensibles à l'épreuve tuberculinique.

Injections intramusculaires d'huile iodée sous contrôle radiologique. — MM. J.-A. Sicard et J. Forestier ont employé l'huile iodée opaque aux rayons X pour explorer chez le chien vivant la topographie des troncs artériels et veineux (artères périphériques, veine porte, veine fémorale) et la perméabilité aux substances huileuses des différents réseaux capillaires. Les injections faites sur le contrôle de l'écran et les radiographies prises aux cours des expériences montrent l'innocuité de cette méthode et justifient la possibilité des injections intraveineuses d'huile iodée chez l'homme.

(séance du 19 mai 1923)

Le métabolisme basal dans les syndromes adiposo-génitaux. — MM. Marcel Labbé, H. Stévenin et van Bogaert étudiant le métabolisme basal dans les syndromes adiposo-génitaux, sans lésions hypophysaires, l'ont trouvé diminué dans la proportion de 13 à 30 p. 100, chez six malades, et normal dans deux cas frustes où l'adipose était presque nulle. Ces résultats concordent avec les quelques examens déjà publiés par divers auteurs et avec les recherches expérimentales faites sur les animaux castrés. Il semble donc qu'il existe bien un syndrome adiposo-génital indépendant de l'hypophyse, caractérisé par l'arrêt de développement des organes génitaux, l'adipose à localisation spéciale, l'aspect ennuchoïde et une réduction des échanges respiratoires. Les glandes génitales semblent agir sur la nutrition dans le même sens, mais avec moins d'intensité que le corps thyroïde.

Le métabolisme basal dans les syndromes hypophysaires. — MM. Marcel Labbé, H. Stévenin et van Bogaert ont constaté, chez deux acromégaliques, une augmentation de métabolisme basal de 32 et 33 p. 100; dans deux cas d'infantilisme avec lésions hypophysaires, une diminution du métabolisme basal, de 14 à 35 p. 100; dans deux syndromes adiposo-génitaux avec signes hypophysaires, une diminution du métabolisme basal de 12 à 18 p. 100. Par contre, dans les syndromes atypiques ou douteux, ils n'ont pas vu de modifications notables des échanges respiratoires.

Les dérivés de l'urée, la pression osmotique et l'hémolyse. — M. Ch. Achard.

Essai d'évaluation des modifications produites dans l'excitabilité électrique par le passage des courants continus. — M. Strohl.

— Réunion biologique de Lyon (séance du 14 mai 1923) :

Vaccination protéinique antiinfectieuse préventive et poisons du système vago-sympathique. — MM. Fernand Arloing et L. Langeron, partant des faits qu'ils ont démontrés (Acad. méd., avril 1923) de la création d'un état réfractaire temporaire à l'infection pyocyanique chez le cobaye par trois injections de protéine (sérum, caséine, peptone) ont constaté que le système vago-sympathique n'a qu'un rôle bien improbable dans ces états, car l'adrénaline, la pilocarpine, l'atropine et l'ésérine ne modifient pas l'état réfractaire du sujet.

Cet état n'est pas susceptible de transmission passive. Le sang d'un cobaye, prélevé pendant la période de résistance, ne la confère pas à un animal neuf. L'immunité protéinique préventive ne paraît pas un phénomène général ; nette chez le cobaye, elle paraît absente chez la souris blanche.

Les auteurs signalent des cas de rupture spontanée de l'estomac, chez le cobaye, à la suite de l'injection de 1 milligramme d'adrénaline.

Autohémothérapie et choc hémoclasique. — MM. Nicolas, Gaté, Dupasquier et Dumollard, à propos d'un malade traité par l'autohémothérapie, apportent les résultats de leurs recherches biologiques qui leur ont montré l'existence de baisse de tension, leucopénie, modification du temps de coagulation, rutilance du sang veineux.

A propos des calcifications dans l'ovaire. — MM. Policard et Michon ne pensent pas que l'origine des calcifications signalées dans les ovaires puisse être recherchée dans un dépôt de chaux dans les *corpora albicantia*. Ces cicatrices des corps jaunes sont extrêmement pauvres en cendres et ne renferment pas de sels de calcium.

— Réunion biologique de Marseille (15 mai) :

Présence de « micrococcus arthriticus » dans l'épanchement d'une monoarthrite subaiguë du genou. — MM. S. Costa, H. Morin et L. Boyer apportent une nouvelle observation d'arthrite provoquée par micrococcus arthriticus. Mais tandis que les observations antérieures rapportées par M. S. Costa avaient trait à des arthrites aiguës, il s'agit cette fois d'une arthrite à forme subaiguë et qui avait été précédée d'une légère urétrite banale.

Sur un germe d'endocardite infectieuse maligne. Transmission expérimentale au lapin. — MM. C. Oddo, S. Costa et L. Boyer apportent une observation d'endocardite maligne dans laquelle l'hémoculture, positive quatre fois, a donné un germe agglutiné par le sérum de la malade et qui a conféré au lapin une endocardite mortelle typique. Ce germe est d'une détermination actuellement impossible. Cette observation confirme les constatations antérieures de MM. Costa et Boyer.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDES DENTAIRES

La question des études dentaires revient à l'ordre du jour, comme font périodiquement toutes celles qui n'ont pas reçu d'emblée une solution satisfaisante.

La loi de 1892 n'a, en effet, envisagé, pour cette spécialité, qu'un règlement provisoire; déjà elle se trouvait dans une situation particulière du fait de son omission dans la loi de l'an XI. Aussi, alors que les autres branches s'étaient déjà groupées ou se groupèrent par la suite autour de la médecine générale, celle-ci, rendue à une liberté d'exercice complet, tendait plutôt à s'en éloigner ; la liberté tournait à la licence et les traditions honorables de cette branche de la médecine sombraient de plus en plus dans une médiocrité fatale.

Ce désordre durait presque depuis un siècle, lorsqu'en 1880, quelques praticiens se groupèrent pour essayer de sauver leur spécialité par l'institution d'un établissement privé d'enseignement. Ils eurent naturellement à lutter contre l'apathie générale, la mauvaise volonté de la plupart et les résistances acharnées de beaucoup, que leur médiocrité et leur tendance naturelle au moindre effort, opposaient à toute réglementation même officieuse et à tout progrès. Aussi convient-il de rendre hommage à leurs efforts, qui furent, au reste, couronnés de succès.

Tout ne pouvait qu'être mieux, en effet, que l'anarchie antérieure et l'école ainsi fondée rendit de plus en plus de services à mesure que son enseignement s'améliorait. Tant et si bien que, lors de la discussion et de la mise en pratique de la loi de 1892, les efforts faits et les progrès accomplis furent sanctionnés par l'établissement, à titre provisoire, du diplôme de chirurgien-dentiste.

Evidemment, il ne s'agissait là que d'une demi-mesure, mais elle pouvait être considérée comme une étape nécessaire entre la liberté complète d'exercice et une réglementation définitive forcément plus rigoureuse. Pendant cette période transitoire, l'organisation de nouvelles écoles (nous ne parlons que de celles qui, tant à Paris qu'en province, prenaient au sérieux leur rôle éducateur), la sélection des corps enseignants, l'amélioration des programmes, en même temps qu'elles permettaient le recrutement d'un plus grand nombre de praticiens, leur fournissaient une instruction professionnelle de plus en plus élevée. Les efforts les plus louables furent faits par les dirigeants de cet enseignement et l'on peut dire, à leur louange, que des résultats très honorables, aussi honorables qu'il était possible, furent obtenus.

Malheureusement, les possibilités se trouvaient restreintes par les conditions même de recrutement des élèves : ceux-ci ne possédaient, en effet, qu'une instruction primaire insuffisante pour les préparer à des études supérieures. Le rendement cessa de s'améliorer et il fallut envisager des réformes. Mais, comme souvent en pareil cas, on crut qu'il suffisait de surcharger les programmes pour obtenir mieux. Cette erreur ne pouvait que donner un résultat inverse et mettre de plus en plus en évidence, l'insuffisance des élèves, d'autant, il faut bien le dire, qu'un recrutement de plus en plus intensif, tendait fatalement à diminuer leur qualité moyenne. Si bien que,

Défense organique et centres nerveux, par le docteur Pierre Bonnier. Nouvelle édition. 1 vol. in-16 de la « Nouvelle collection scientifique », dirigée par M. Emile Borel. — Prix : 10 fr. — Paris, F. Alcan.

Préservez vos enfants de la tuberculose, par Pironneau 1 vol., 183 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, Garnier.

depuis quelques années, tous ceux qui s'intéressent à ces questions, professeurs, examinateurs, associations professionnelles diverses, réclament des réformes plus sérieuses. Enfin, une commission interministérielle d'études fut constituée et se réunit le 12 décembre 1921.

Il semble que, dans ces conditions, il eût été normal que cette commission, connaissant bien les lacunes de l'organisation provisoire de 1892, fût unanime pour en demander la suppression et l'adoption d'une solution définitive. Cependant, il n'en fut rien et certains membres se montrèrent partisans d'une nouvelle demi-mesure, d'où deux tendances opposées ; l'une pour un progrès qui ne peut être réalisé que par une sélection dans le recrutement des élèves, enseignement secondaire et filière habituelle des spécialités médicales; donc, point de nouveau provisoire, limitant encore une fois, le progrès, mais solution définitive du problème par l'incorporation des questions dentaires dans les études générales de médecine. Alors que la nécessité d'une culture générale, étendue par toutes les branches de l'activité, détermine la réforme de l'enseignement, il semblerait qu'une telle conception n'eût pas besoin d'être défendue.

Et, cependant, elle a des adversaires. Tout en ne discutant pas l'insuffisance actuelle, ceux-ci, attachés pour des raisons diverses aux institutions d'enseignement dentaire, croient possible, par la simple obligation du baccalauréat pour les élèves, d'obtenir, tout en conservant le cadre actuel d'enseignement, le titre provisoire de chirurgien-dentiste, une amélioration suffisante de la situation.

Outre, qu'il ne paraît pas très logique d'exiger des élèves, des conditions et une scolarité à peu près égales à celles qui aboutissent au doctorat en médecine pour leur donner un diplôme fatalement inférieur, il est évident que ce qui est à souhaiter est une solution définitive de la question. Pourquoi une amélioration partielle qui ne peut fournir qu'une évolution comme celle que nous avons déjà vue ces dernières années ? Les rapports de cette spécialité, avec la médecine, vont en s'accentuant tous les jours; ils augmenteraient certainement encore si l'ensemble des praticiens étaient moins étrangers à cette science générale; il est fatal qu'elle suive la même voie que les autres branches de la médecine ; à quoi bon retarder encore cette évolution?

Il est tout à fait naturel que les organisateurs des écoles dentaires soient attachés à leur institution; mais, qu'ils demeurent les hommes de progrès qu'ils ont été en 1880. Il est curieux, en effet, de les voir opposer à une réforme définitive des arguments qui sont évidemment les mêmes que ceux qui leur ont été opposés lorsqu'ils ont voulu organiser leur école. Cette attitude peut difficilement se défendre. On concevrait mieux qu'ayant contribué déjà à tirer d'un désordre déplorable leur spécialité, s'étant consacrés à son amélioration, ayant obtenu des résultats intéressants, ils soient les premiers à désirer des progrès nouveaux et surtout définitifs ; ainsi auraient-ils l'avantage, au cours de leur carrière, d'assister et de participer à son évolution complète.

C'est, en effet, d'une évolution qu'il s'agit, évolution naturelle vers le doctorat en médecine, progrès que l'on peut retarder, mais qu'on ne saurait arrêter indéfiniment. Les arguments qu'on lui oppose sont inexistants : dire, par exemple, que les études médicales sont susceptibles de diminuer la maîtrise du futur praticien dentiste ne peut se soutenir sérieusement : il suffit de considérer ce que sont devenus les chirurgiens, accoucheurs, etc.

Cette évolution, par ailleurs, utiliserait vraisemblablement les éléments d'enseignement actuel, tout au moins ceux qui sont sérieux, écoles, corps enseignant, etc. Il y aurait de même une période de transition pour sauvegarder les droits acquis et pendant laquelle on pourrait envisager les mesures les plus libérales pour permettre à ceux qui en auraient le désir et les capacités de se tenir au niveau de leurs futurs confrères. Cette période pourrait être de plusieurs années. Mais que l'on fixe, dès maintenant, un statut définitif pour régler, sans retour cette question irritante et stérilisante des études dentaires et des diplômes nécessaires pour exercer cette spécialité médicale et ce ne peut être, là comme ailleurs, que les études médicales générales et le doctorat en médecine.

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Erreurs et dangers des théories microbiennes actuelles (1), par Em. Pruvost.

— L'auteur regrette que les bactériologistes aient été amenés, par de subtiles distinctions, à élever un mur entre de simples variétés microbiennes, et à opposer, sous la dénomination de vrais et de faux microbes le bacille d'Eberth aux paratyphiques, le bacille de Loeffler au pseudo-diphtérique d'Hoffmann, la méningocoque au pseudo-méningocoque de Jaeger-Heubner, le bacille de Koch aux acido-résistants, et, aussi, que les savants ne se soient pas assez occupés, jusqu'à aujourd'hui, des lésions initiales, du *primum movens* qui a commencé à exalter la virulence de ces microbes, alors qu'ils n'étaient que simples saprophytes, et a continué, ensuite, à en favoriser l'essor.

En réalité, il n'y a pas de saprophytes : il n'y a que des germes hostiles, que l'organisation défensive de nos téguments parvient à maîtriser, mais qui n'attendent qu'une défaillance de ces moyens de défense pour prospérer à nos dépens. De même, les germes dits spécifiques ne conservent pas toujours la même virulence et les bacilles de Koch et d'Eberth, en particulier sont susceptibles d'une atténuation extrême. La théorie de l'hétéro-infection que l'on invoque toujours, est loin d'avoir fait ses preuves, et il y aurait lieu de lui substituer la théorie de l'auto-infection. La plupart des maladies ont leur origine dans les voies uro-génitales et digestives. Rapides dans le jeune âge, plus lentes ensuite, elles dépendent de lésions minimes en apparence et qui, longtemps, passent inaperçues, mais dont l'évolution n'est, par suite, que plus dangereuse. C'est sur ces lésions que M. Em. Pruvost voudrait voir se pencher cliniciens et bactériologistes pour y suivre les péripéties d'une lutte dont l'auto-infection fait tous les frais, sans qu'il soit besoin d'invoquer une contagion mystérieuse, et qui n'est, le plus souvent, qu'un refuge commode pour se libérer d'une explication vraiment scientifique.

L. BABONNEIX.

L'Appareil hyoïdien. Son ossification complète chez l'homme (2), par E. Olivier.

L'auteur apporte une importante contribution à la question avec cinq cas personnels et l'exposé des quarante-deux cas relevés dans la littérature médicale. Il y aurait identité entre l'appareil hyoïdien de l'homme et celui des mammifères et des poissons. L'ossification complète accidentelle s'expliquerait par une anomalie régressive. M. LANCE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 4 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président; Labbé (M.), Abrami et Fiessinger. — M. Vergnet (Jean). Essai iconographique sur Saint-Côme et Saint-Damien, patrons des chirurgiens. — Mlle Pétrovitch (D.). Le métabolisme dans la maladie de Basedow.

Mardi 5 juin. — Jury : MM. Desgrez, président; Brindeau, Jeannin et Tiffeneau. — M. Paris (Georges). Des psychoses puerpérales au point de vue pronostic. — M. Godonnèche (Jean). Essai d'histoire médicale des eaux de la Bourboule. — M. Langlois (A.). Etude du traitement de l'infection puerpérale par un sérum polyvalent.

Jeudi 7 juin. — Jury : MM. Widal, président; P. Marie, Carnot et Baudouin. — Mme Duter-Ostwalt (Juliette). Contribution à l'étude du cœur forcé. — M. Renaud (Denis). Etude des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite. — M. Duba. De l'utilité des hautes doses dans la médication salycilée du rhumatisme. — M. Bertrand (Yvan). Les processus de désintégration.

(1) Edition du *Courrier médical*, des 11 et 25 juin et du 2 juillet 1922.
(2) In-8 de 102 pages, 42 figures. — Paris, Arnette.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Services automobiles d'excursions en Corse. — Les services automobiles que la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée a organisés en Corse au départ de Bastia (circuit du cap Corse et circuit d'Orezza) et au départ d'Ajaccio (service des Sanguinaires et service des Calanches et du col de Vergio) continueront à fonctionner jusqu'au 30 juin dans les mêmes conditions que précédemment.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Veau, Hartmann, Heitz-Boyer, qui acceptent; Desmarest, Michon, Roux-Berger, Dalché, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sébileau, Broca, Alglave, Launay, qui acceptent; Chevassu, Desmarest, Chauffard, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — **Médecine.** — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 31 mai. — M. Delannoy : « Ectopie testiculaire. »

M. Ferry : « Formes cliniques des cancers du sein et indications thérapeutiques. »

M. Ginesty : « Complications des fibromes de l'utérus en dehors de la grossesse. »

Séance du 1er juin. — M. Hamant : « Abcès encéphaliques d'origine otique. »

M. Perrin : « Formes cliniques et traitement de la tuberculose rénale. »

M. Dunet : « Phlegmon des gaines des fléchisseurs des doigts. »

Chirurgie. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 31 mai. — M. Chalier : « Pneumonie caséeuse. »

M. Gastinel : « Cirrhoses pigmentaires. »

M. Tapie : « Formes anormales du tétanos. »

Séance du 1er juin. — M. Foix : « Anémies spléniques. »

M. Damade : « Complications pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde. »

M. Dumolard : « Tuberculose pleuro-péritonéale. »

Physique et chimie médicales. — *Physique.* — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — M. Parès : « Œuf réduit. »

M. Lamboley : « La lecture, conditions physico-biologiques. »

M. Lamarque : « Les colloïdes. »

M. Lamy : « Loi des choses, leurs conséquences au point de vue médical et chirurgical. »

Notes : MM. Lamarque, 22; Parès, 12; Lamy, 10; Lamboley, 6.

Chimie médicale. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — M. Malosse : « Le fer généralisé chimique et biologique. »

M. Rangier : « Les métaux alcalins, rapprochements, différences, rôle biologique. »

M. Cristol : « Les phosphatines. »

M. Portes : « Généralités sur les phénomènes catalytiques, chimie et biologie. »

M. Grigaut : « Acides diaminés, chimie biologique. »

M. Valdiguié : « Les origines de l'azote organique. »

M. Hervieux : Calcium et magnésium, généralités, chimie et biologie. »

Notes : MM. Valdiguié, 27; Portes, 25; Hervieux, 24; Cristol et Rangier, 20; Malosse, 18; Grigaut, 14.

Maladies mentales. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — MM. Alajouanine, 27; Cellier, 28; Lhermitte, 30; Logre, 28.

Epreuve pratique. — MM. Lhermitte et Logre, 29.

M. Lhermitte est proposé.

Ophtalmologie. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 31 mai. — M. Velter : « Les ostéomes orbitaires. »

M. Toulant : « Cataractes congénitales. »

M. Magitot : « Le scotome central. »

Notes : MM. Velter, 30; Magitot, 28; Villard et Toulant, 25; Carrière, 24; Pesme, 17.

Epreuve pratique. — MM. Toulant, 25; Magitot, 28; Villard, 26; Velter, 29.

Sont proposés : MM. Velter et Villard.

Physiologie. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 31 mai. — M. Bourguignon : « Activité rythmique normale du cœur. »

M. Quinquaud : « Les sécrétions psychiques. »

Notes : MM. Richet et Binet, 27; Combemale, 23; Hermann, 21; Hedon, 18; Bourguignon et Quinquaud, 17.

Epreuve pratique. — MM. Combemale, 29; Binet, 27;

Hédon, 26; Richet, 25; Quinquaud, 19; Hermann, 15; Bourguignon, 14.

Sont proposés : MM. Richet et Binet.

Pharmacologie. — *Epreuve pratique.* — MM. Busquet, 28; Dorlencourt, 25.

M. Busquet est proposé.

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE PASTEUR

LES CÉRÉMONIES COMMÉMORATIVES

Après les belles fêtes de la précédente semaine, la grandiose commémoration de la Sorbonne, la pieuse cérémonie de l'Institut Pasteur, les brillantes réceptions de l'Hôtel de Ville, de Versailles et de Chantilly, le voyage du Président de la République en Franche-Comté et en Alsace a donné lieu à de nouvelles manifestations.

A Arbois, à Dôle, à Lons-le-Saunier et à Besançon ce fut un pèlerinage recueilli aux lieux qui virent naître et grandir l'immortel savant.

A Strasbourg où Pasteur fit ses premiers travaux, ce fut l'apothéose dans ce cadre merveilleux où l'on sent vraiment palpiter l'âme française.

Le 31 mai fut inauguré le monument de Pasteur. Ce monument, qui a été l'objet de vives discussions et sera prochainement changé de place, s'élève en face du palais de l'Université, édifié par les Allemands et bien différent du modeste bâtiment où le savant commença son enseignement, de 1849 à 1854.

Sous un beau soleil, la cérémonie se déroula dans le cadre habituel des grandes fêtes officielles avec un grand concours de troupes et en présence de la famille de Pasteur et des délégués de toutes les universités françaises et étrangères revêtus de leurs robes aux couleurs variées.

C'est M. Charléty, recteur de l'Université de Strasbourg, qui prit le premier la parole et remercia le Président de la République, les ministres, les savants étrangers d'être venus à l'hommage de gratitude rendu par Strasbourg à Pasteur. Puis M. Haller, président de l'Académie des sciences, rappela les découvertes géniales de Pasteur; ensuite M. Bordet, professeur à l'Université de Bruxelles, évoqua dans son discours les souffrances subies en commun par la France et la Belgique.

Enfin, M. Millerand prend la parole.

Après avoir constaté que « la vie de Pasteur, d'une unité, d'une continuité invariables, sous l'apparente diversité de ses travaux, offre les thèmes les plus variés à l'admiration du savant comme à la gratitude de l'ignorant », le Président de la République rappelle tous les souvenirs qui se rattachent au séjour de Pasteur à Strasbourg, son mariage, ses douleurs de patriote en 1871 car Pasteur ne sépara jamais la patrie de la science.

« Si la science n'a pas de patrie, dira-t-il un jour devant un Congrès international, l'homme de science doit avoir la préoccupation de tout ce qui peut faire la gloire de sa patrie. Dans tout grand savant, vous trouverez toujours un grand patriote. »

M. Millerand fait ensuite de nombreuses citations de Pasteur qui montrent sa haute probité intellectuelle.

« Pasteur, dit-il, tenait trop à ses opinions pour ne pas respecter celles d'autrui. Son libéralisme ne s'offensait que du scepticisme : « Jeunes gens, jeunes gens, s'écriait-il, lors « de la célébration de son jubilé, ne vous laissez pas atteindre « par le scepticisme dénigrant et stérile, ne vous laissez pas « décourager par les tristesses de certaines heures qui passent « sur une nation. »

Travailler, agir. Marcher à un but. Se dévouer à une foi. Telle est la leçon qui rayonne de cette admirable existence.

« Heureux celui qui porte avec soi un dieu, un idéal de beauté et qui lui obéit : l'idéal de l'art, idéal de la science, idéal de la patrie, idéal des vertus de l'Evangile. Ce sont là les sources vives des grandes pensées et des grandes actions. Toutes s'éclairent des reflets de l'infini. »

Le président de la République termine en disant :

« Pour célébrer, comme il convenait, Pasteur, il m'a paru ne pouvoir faire mieux que lui laisser la parole. Recueillons, avec un respect religieux les enseignements de sa vie; le mot d'ordre que son génie, si haut et si humain, a légué à nos bonnes volontés.

Si l'on mesure, à la valeur et à l'étendue de ses bienfaits, la grandeur d'un homme, celui dont nous honorons le centenaire ne le cède à nul autre et le siècle où il a vécu méritera, dans la reconnaissance des générations, de s'appeler : le siècle de Pasteur. »

Après un banquet qui réunit autour du président de la République tous les délégués étrangers et français, le cortège visita l'ancienne Académie, puis se rendit au musée d'Hygiène.

C'est là que M. Poincaré prit à son tour la parole.

Le président du Conseil trace le tableau des années si remplies que Pasteur passa à Strasbourg, et dit :

« Heures bénies de travail, de recherches désintéressées et de paix familiale!

Elles coulèrent tranquillement jusqu'au mois de septembre 1854, date à laquelle Pasteur fut nommé, à Lille, professeur et doyen de la nouvelle Faculté des sciences. Trois ans plus tard, il était chargé de diriger les études scientifiques de l'Ecole normale supérieure, et c'était désormais à Paris qu'il continuait l'éclatante série de ses découvertes.

Les années passèrent. De temps en temps, Pasteur revenait à Strasbourg, pour y rechercher les souvenirs de sa jeunesse. Il s'y trouvait, pour deux jours, au commencement de juillet 1870, lorsque arrivèrent tout à coup d'Allemagne les informations les plus inquiétantes. Il rentra à Paris, avec l'angoisse du lendemain. Jamais plus il ne devait revoir Strasbourg. La guerre éclata et Pasteur ne songea plus qu'au salut de la patrie : « Chacun de mes travaux, écrivait-il alors, « chacun de mes travaux jusqu'à mon dernier jour portera « pour épigraphe : « Haine à la Prusse! Vengeance! Vengeance! » Il renvoyait à l'université de Bonn le diplôme qu'il en avait reçu et se jurait de se consacrer tout entier au relèvement de la France par le travail et par la science.

Il s'est tenu parole, mais il est mort sans avoir vu Strasbourg délivrée de sa longue captivité et, en 1895, lorsque les plus anciens d'entre nous le conduisaient à sa demeure suprême, nous ne pouvions nous rappeler sans douleur que Pasteur avait enseigné ici dans cette ville, déjà captive depuis un quart de siècle, et dont personne n'osait prévoir la délivrance. Quant à lui, cependant, jamais il n'avait désespéré. Avec sa confiance de patriote et sa foi de chrétien, il avait toujours cru à la revanche du droit. Elle est venue, et pour tous ceux qui, dans une mesure quelconque, y ont contribué, c'est une joie sans pareille que de la célébrer en ce jour, sous les auspices de cette grande mémoire, dans Strasbourg libérée. »

Après une visite à l'exposition d'hygiène dont nous aurons à reparler plus à loisir, le président et les ministres revinrent au commissariat général puis assistèrent dans la soirée à une manifestation populaire qui montre que l'enthousiasme des Alsaciens pour leur patrie retrouvée est plus grand que jamais.

— A la suite des fêtes de Pasteur, le Président de la République et M. Poincaré ont inauguré à la maison des amis de l'université, le médaillon de notre regretté confrère et ami le docteur Pierre Bucher, le grand patriote alsacien mort il y a deux ans.

M. Poincaré rappela en quelques paroles émues les services que Bucher rendit à la France au péril de sa vie et reprenant les mots prononcés il y a deux ans par M. Millerand, il montra que Bucher avait été l'incarnation vivante de l'Alsace pour les Français et de la France pour les Alsaciens.

L.

RÉACTIONS MENINGÉES

ET

ÉPANCHEMENTS MÉNINGÉS PURIFORMES ASEPTIQUES

AU COURS DES

LÉSIONS EN FOYER DE L'ENCÉPHALE

PAR

H. CLAUDE et P. OURY

Professeur à la Faculté de médecine de Paris. Interne des hôpitaux de Paris.

En 1890, Quincke pratiquait la première ponction lombaire et cette technique nouvelle allait apporter une vive clarté sur la pathologie des méninges.

L'étude cytologique, bactériologique et chimique du liquide céphalo-rachidien fournit d'extrêmes précisions sur les syndromes cliniques antérieurement connus : hémorragie méningée d'une part, méningites aiguës d'autre part.

Cependant, l'emploi systématique de la ponction lombaire devait attirer l'attention, certes, de façon plus tardive, sur des faits jusque-là passés inaperçus ou interprétés de façon insuffisante.

Le méningisme, syndrome uniquement clinique, qu'avait créé Dupré, perdait de son domaine, se dissociait en des faits, de plus en plus disparates, tandis qu'à sa place se groupaient les observations d'états méningés, de réactions méningées.

L'histoire clinique et anatomo-physiologique de ces réactions méningées est ainsi de date toute récente. Les premières observations qui contribuent à l'étude de ce chapitre de la pathologie des méninges datent de 1901 et de 1902. Depuis lors, les faits se sont multipliés, leur étiologie en même temps que leur aspect clinique et les modifications cytologiques du liquide céphalo-rachidien en ont été précisés.

A l'heure présente. ces réactions méningées ont pris une extension considérable et leur étiologie si diverse a permis d'en distinguer plusieurs groupes d'importance d'ailleurs variable.

Classification générale des états méningés. — Certes, nous n'avons nullement l'intention de passer en revue tous ces états, mais avant d'aborder l'étude très limitée d'une partie d'entre ceux-ci, il nous semble utile de schématiser brièvement leur ensemble étiologique.

Ces syndromes méningés peuvent apparaître dans trois ordres d'états pathologiques différents, ce sont :

1° *Les réactions méningées au cours d'états infectieux.*

2° *Les réactions méningées au cours d'états toxiques.*

3° *Les réactions méningées au cours d'états, en quelque sorte mécaniques, par développement d'une lésion en foyer dans l'encéphale. Ce sont ces derniers faits, beaucoup plus imprécis que les autres, que nous nous proposons d'étudier.*

a. *Réactions méningées au cours d'états infectieux.* — 1. Les réactions méningées au cours des maladies infectieuses générales sont certes très fréquentes et les mieux connues. Surtout rencontrée chez l'enfant, cette réaction méningée, tantôt se manifeste par un syndrome méningé clinique, tantôt donne uniquement lieu à des modifications cytologiques du liquide céphalo-rachidien.

C'est là le syndrome méningé rencontré dans les infections les plus diverses : grippe, pneumonie et broncho-pneumonie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, appendicite, oreillons, scarlatine, rougeole, gastro-entérite (chez le jeune enfant).

2. Des réactions méningées se rencontrent également dans les infections qui touchent électivement l'axe encéphalo-médullaire. Depuis longtemps déjà, nous connaissions le syndrome méningé au cours de la paralysie infantile (polyomyélite aiguë antérieure), du zona (polyomyélite aiguë postérieure).

Dans ces dernières années, l'encéphalite épidémique a réalisé des faits semblables.

Certes, ce sont ces réactions méningées des infections générales ou localisées à l'axe encéphalo-médullaire qui sont les mieux connues et qui se rapprochent au maximum, par des gradations insensibles, des méningites aiguës vraies.

3 Les réactions méningées, d'origine otogène, constituent un groupement véritablement à part. Nous ne voulons pas nous y attarder, de très nombreux travaux ont exposé ces faits. Parmi ceux-ci, citons particulièrement l'observation. déjà ancienne de de Massary et P. Weill, le mémoire de Lermoyez, les thèses de Passot, Moulonguet, le récent article d'Aboulker. De ces manifestations méningées apparaissant au voisinage d'un foyer infectieux enkysté intracranien ou intracérébral, nous rapprocherons les réactions méningées compliquant un traumatisme cranien.

En un article très documenté, Weissenbach et Audibert ont étudié un cas de réaction méningée puriforme aseptique au cours de l'évolution d'une épendymite ventriculaire suppurée, consécutive à une plaie pénétrante de l'encéphale.

4. A côté de ces réactions méningées, au cours d'états infectieux nettement caractérisés, il est nécessaire de faire une place, encore importante, aux états méningés infectieux à étiologie indéterminée, s'accompagnant d'épanchement puriforme. Ce sont les observations, déjà anciennes, de Widal, remontant à 1906-1909, ce sont, tout près de nous, ces trois observations d'état méningé à étiologie inconnue rapportées par Apert.

b. *Réactions méningées au cours d'états toxiques.* — D'allure très différente sont les états méningés qui compliquent un état toxique. Ce sont les réactions méningées d'origine saturnine (Mosny, Malloizel, Pinard et Harvier), ou d'origine urémique.

Des états toxiques, nous rapprocherons de façon sans doute arbitraire, les réactions méningées constatées après injection de liquides divers dans l'espace sous-arachnoïdien. Ravaut et Aubourg, Pautrier et Simon ont étudié ces réactions méningées secondaires à une rachicocaïnisation, tandis que Sicard et Salin mettent en évidence la méningite sérique secondaire aux injections intrarachidiennes de sérum. Dans ces derniers faits, l'action toxique du produit injecté s'associe-t-elle à l'irritation méningée directe.

c. *Réactions méningées au cours des lésions en foyer de l'encéphale.* — Tous les faits précédents, nous ne les avons rappelés que pour mieux définir la place occupée en nosologie par les réactions méningées au cours des lésions en foyer de l'encéphale. En effet, ces réactions méningées par foyer encéphalique ne sont pas des faits isolés dans la

pathologie des affections méningées. Ils s'apparentent avec les autres syndromes méningés d'origine infectieuse ou toxique dont nous venons de mentionner l'existence. Cependant, tandis que ces derniers sont bien décrits et illustrés par de très nombreuses observations, les réactions méningées par foyer encéphalique sont peu connues, mal interprétées, et le nombre de travaux qui y ont trait est à cette heure encore restreint.

Par ailleurs, cette question des syndromes méningés par foyer cérébral, a une importance pratique. Dans les observations que nous résumerons nous verrons un certain nombre d'erreurs de diagnostic et de thérapeutique que l'examen clinique et même un rapide examen de laboratoire firent faire aux observateurs les plus attentifs.

Ces réactions méningées se rencontrent dans trois ordres d'affections de l'encéphale, dans

L'hémorragie cérébrale,
Le ramollissement cérébral,
La tumeur cérébrale.

Etude des réactions méningées au cours des lésions en foyer de l'encéphale. — *Historique.* — I. C'est en 1901 que, dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, paraît une observation d'Achard et Laubry, intitulée : « Tumeur diffuse et ramollie du lobe droit du cervelet. Syndrome méningitique avec lymphocytose. » Ces auteurs présentaient un fait isolé qui nous semble être la première observation où l'on trouve, relatée avec soin, une réaction méningée accompagnant une lésion en foyer de l'encéphale, une tumeur cérébrale.

En 1902, Widal et Lemierre rapportent deux observations assez semblables. Dans l'un et l'autre cas, ainsi que nous le verrons plus loin, plusieurs ponctions permirent de suivre en série les modifications de la réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien.

C'était, certes là, les observations princeps d'irritation méningée au cours de lésion en foyer, tumeur, hémorragie et ramollissement cérébral.

A partir de 1903, Widal et ses élèves étudient de façon plus systématique, les réactions puriformes des séreuses. Avec Gougerot, Widal décrit les épanchements pleuraux, puriformes aseptiques et en parallèle avec de tels faits, une réaction méningée bien individualisée, à type de méningite puriforme aseptique.

En 1906, Widal, Lemierre et Boidin apportent une observation très semblable à leurs premières observations de 1902. Les faits de méningite puriforme aseptique se font plus nombreux, Widal en fait paraître une revue critique dans la *Revue mensuelle de médecine interne et de thérapeutique*, en 1907. Si l'aspect clinique de ces faits en est parfaitement précisé, le problème étiologique est encore incertain. Dans cette revue critique, Widal invoquait à ces réactions méningées puriformes diverses étiologies : la syphilis, la grippe, l'otite, la rachicocaïnisation, il réservait un groupe de causes hypothétiques.

Cependant, à cette date, aucun auteur n'a l'attention attirée sur les lésions encéphaliques en foyer qui, aussi bien dans l'observation d'Achard et Laubry, que dans les premiers faits de Widal, avaient certes conditionné la réaction méningée.

L'étude des épanchements puriformes aseptiques des séreuses prenait une place importante en pathologie générale.

Mais, ce n'est qu'après une longue et indispensable période de maturation qui va de 1901 à 1910 que le problème des réactions méningées au cours des foyers encéphaliques est définitivement posé.

II. En 1911, pour la première fois, Claude et Verdun, en un mémoire à la Société médicale des hôpitaux, précisent la réalité d'un syndrome méningé subaigu avec réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, au cours des hémorragies cérébrales sous-épendymo-corticales.

A partir de ce moment, quelques travaux orientent dans cette voie.

Babinski et Gendron rapportent des faits de leucocytose, au cours du ramollissement cérébral. Guillain et Verdun étudient les complications méningées des tumeurs cérébrales.

Dès lors, d'autres auteurs publient des observations semblables : Lenoir et Ainé, Rendu et Flandin, Marie et Gougerot, Esbach, Baudouin et Lantuéjoul.

C'est ainsi, en 1911 et 1912 que paraissent les mémoires essentiels mettant en relief les réactions méningées, au cours des lésions en foyer de l'encéphale. Les quelques faits antérieurs du même ordre n'avaient été rapportés que de façon isolée, et ce n'est que rétrospectivement que nous les groupons dans le chapitre des réactions méningées par foyer encéphalique. Certes, depuis 1913, des faits semblables, dès lors, mieux connus, ont été observés par nombre d'auteurs, sans être rapportés.

Cependant, en ces dernières années, depuis 1918, on a pu décrire un syndrome méningé apparaissant au cours d'un ramollissement cérébral assez spécial, accident évolutif de l'endocardite maligne à forme prolongée : il s'agit là de la forme méningitique de la maladie d'Osler (Mémoires de Claude, Lereboullet et Mouzon, Claude et Oury).

Telle est l'historique de ces réactions méningées au cours des lésions en foyer de l'encéphale. A travers les observations encore fort éparses dans la littérature médicale, on peut tracer une étude clinique et cytologique de ce syndrome.

Etude clinique. — Les manifestations cliniques de ces réactions méningées sont des plus variables, pouvant aller depuis le syndrome méningé très aigu jusqu'aux troubles cliniquement entièrement latents et que révèlera seulement la ponction lombaire.

a. Il est des malades chez qui le syndrome méningé a toute la netteté d'une méningite aiguë ou subaiguë. Céphalée, vomissements, constipation, raideur de la nuque s'associent pour dominer le tableau clinique. Parfois, ce syndrome méningé existe vraiment à l'état de pureté, parfois cependant autour de ce *tableau méningé* se groupent des symptômes aberrants dénotant l'atteinte encéphalique sous-jacente : hémiparésie, phénomènes convulsifs, parésies ou paralysies oculaires.

Dans l'observation I, le malade, qui avait déjà fait quatre ans avant une hémiparésie passagère droite, présentait à son entrée à l'hôpital tous les signes de méningite : attitude en chien de fusil, raideur de la nuque et du tronc, Kernig. Un liquide louche, retiré par ponction lombaire, corrobore encore ce diagnostic et commande une injection intrarachidienne de sérum. Après une période d'accalmie passagère, les accidents méningés puis des symptômes d'hémorragie cérébrale apparaissent.

L'autopsie devait montrer les deux foyers d'hémorragie cérébrale, l'un ancien, correspondant à la première poussée méningitique, l'autre plus jeune, en rapport avec l'épisode clinique terminal.

Dans l'observation VI, le syndrome méningé était cliniquement typique associé à un syndrome d'irritation pyramidale et à un syndrome aphasique. Plusieurs ponctions lombaires retirèrent un liquide céphalo-rachidien franchement louche et celles-ci dictèrent à tort l'injection de sérum antiméningococcique. Plus tard le diagnostic fut réformé et l'autopsie montra que la réaction méningée était bien conditionnée par les lésions de ramollissement cortical et sous-cortical.

L'observation XII rapporte un état méningé typique accompagné de phénomènes infectieux et de signes d'hémiplégie. La polynucléose du liquide céphalo-rachidien est des plus nettes. L'autopsie met en évidence un petit foyer de ramollissement avec légère réaction méningo-corticale.

Dans les observations XIV et XVI, le syndrome méningé clinique, encore confirmé par la ponction lombaire, avait fait penser à une méningite. Cependant l'examen nécropsique mit en évidence une tumeur à symptomatologie à peu près uniquement méningée.

b. Chez d'autres malades, le syndrome méningé n'est que partiellement ébauché. Ce sont des symptômes d'accompagnement au cours de troubles nerveux plus complexes.

Dans l'observation II, le malade, un cardiaque, n'a présenté que de très légers signes de réaction méningée. On ne note que de la céphalée et de la photophobie, la ponction lombaire, en décelant la lymphocytose, avait fait penser à une méningite syphilitique. Cependant, l'autopsie devait montrer un petit foyer hémorragique du lobe frontal gauche.

Dans l'observation XIII, à une hémiplégie droite s'associent quelques signes méningitiques, accompagnés de modifications cytologiques du liquide céphalo-rachidien.

Dans une observation fort intéressante de Baudouin et Lantuéjoul, observation XI, on ne note pas de signes méningés, mais un syndrome simulant l'encéphalite épidémique. Une polynucléose abondante du liquide céphalo-rachidien existait, inhabituelle dans l'encéphalite. En effet, l'autopsie allait montrer un ramollissement volumineux de l'hémisphère droit.

c. Il est enfin des cas, beaucoup plus nombreux que les précédents, où tout syndrome méningé clinique est totalement absent. On note les signes plus ou moins marqués et habituels de foyers encéphaliques, seule la ponction lombaire révèle la réaction cytologique du liquide. C'est le cas des malades III et IV qui, l'un et l'autre paralytique général, firent des poussées congestives avec petite hémorragie cérébrale, tandis que la ponction lombaire faisait voir une poussée de polynucléose transitoire.

Dans l'observation V, malade saturnin et brightique, on peut se demander si la réaction leucocytaire à prédominance polynucléaire n'était pas à mettre en partie sur le compte de l'hémorragie cérébrale que révéla l'autopsie.

Dans l'observation inédite VI *bis*, on assiste à l'évolution tout à fait banale d'une hémiplégie gauche par artérite au cours d'une syphilis vieille de dix ans. A l'entrée du malade à l'hôpital, on note une très vague contracture des membres inférieurs. La ponction lombaire met en évidence une polynucléose notable qui disparaît au fur et à mesure que, s'éloignant de l'ictus, l'hémiplégie évolue vers la monoplégie.

Dans les observations suivantes, c'est toujours la même latence de la réaction méningée que dévoile seulement la ponction lombaire.

Le malade VII présente un syndrome de paralysie pseudo-bulbaire avec épilepsie partielle. La ponction décèle une polynucléose, l'autopsie, des foyers de ramollissement cortical.

Le malade VIII présente une hémiplégie qu'accompagne une légère lymphocytose rachidienne.

Dans l'observation IX une hémiplégie très banale s'accompagne de liquide céphalo-rachidien trouble avec polynucléose. La formule leucocytaire se modifie parallèlement à la disparition des symptômes cliniques.

Chez le malade XV, le coma s'accompagnait d'une lymphocytose légère du liquide céphalo-rachidien, l'autopsie fit découvrir une tumeur cérébrale insoupçonnée.

Comparant le groupement de ces divers faits, nous nous rendons facilement compte que, dans la moitié des cas environ, le syndrome de réaction méningée au cours des lésions en foyer est cliniquement entièrement latent et uniquement révélé par la ponction lombaire.

ÉTUDE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN. — Dans quelques cas, commandée par les manifestations méningées cliniques, plus souvent instituée de façon systématique au cours d'états nerveux divers, c'est la ponction lombaire qui a le dernier mot et fait le diagnostic de ces réactions méningées.

Cliniquement, nous avons distingué trois aspects différents de réaction méningée. Dans l'étude cytologique du liquide, nous pourrons encore étudier trois aspects :

a. Réaction cytologique très abondante avec grosse polynucléose. Aspect louche du liquide réalisant la méningite puriforme aseptique.
b. Réaction cytologique à polynucléaires.
c. Réaction lymphocytaire.

A. *Réaction puriforme aseptique*. — Cette réaction puriforme aseptique par son intensité et ses caractères devait attirer l'attention de nombreux auteurs. A partir de 1902, Widal et ses élèves en rapportaient divers exemples. Mais ce n'est qu'à partir de 1911 que cette méningite puriforme aseptique est étudiée au cours des lésions encéphaliques en foyer.

A la ponction, le liquide s'écoule, soit sous tension normale, soit avec une pression exagérée. Parfois c'est un liquide simplement louche à reflet un peu jaunâtre, parfois un liquide beaucoup plus franchement purulent et verdâtre. En tous cas, ces modifications macroscopiques sont telles que l'on croit à une méningite aiguë et que chez les malades I et VI on pratique une injection de sérum. Après centrifugation, le liquide s'éclaircit et on obtient un abondant et épais culot blanchâtre.

La numération à la cellule de Nageotte montre une richesse cellulaire oscillant entre 450 et 5.000 ou 10.000 éléments. L'examen après coloration permet d'étudier la morphologie des éléments.

Les polynucléaires neutrophiles constituent les éléments très nettement prédominants. Leur pourcentage oscille suivant les observations de 60 à 90

ou 95 p. 100. Ce sont des polynucléaires intacts rappelant à tous points de vue les polynucléaires du sang : délicatesse du noyau avec filaments chromatiniens, protoplasma facilement colorable, d'aspect homogène ou finement granuleux, netteté du contour.

Les lymphocytes et les mononucléaires sont en nombre très restreint : 5 à 10 généralement, rarement 30 à 40 p. 100. Tandis que les polynucléaires restent très longuement intacts, rapidement les lymphocytes se flétrissent et se vacuolisent.

Les hématies sont en nombre très restreint.

Cet aspect puriforme invite de façon indispensable à l'examen bactériologique, à l'ensemencement et à l'inoculation du liquide. Mais, dans tous les cas, les recherches minutieuses et répétées restent à ce point de vue entièrement négatives.

L'examen chimique donne des résultats variables. L'hyperalbuminose est la règle. Tout au contraire, la glycorachie est variable, caractérisée suivant les cas par la réduction ou la non-réduction de la liqueur de Fihling.

Ce qui est particulièrement intéressant dans l'histoire de ces épanchements puriformes, c'est leur évolution.

Des ponctions lombaires pratiquées en série ont permis de comparer les changements cliniques et les variations cytologiques. Dans plusieurs des observations que nous rapportons ultérieurement (obs. I, VI, IX, X), une rémission se produit dans l'évolution clinique de l'affection. Parallèlement à celle-ci, l'aspect du liquide se modifie. Le liquide devient clair, le culot de centrifugation est moins abondant, et on y note des modifications histologiques importantes. Les polynucléaires prennent un aspect sénescent avec rupture des filaments chromatiniens et légère vacuolisation; finalement ceux-ci disparaissent pour laisser place à une réaction lymphocytaire.

Dans l'ensemble, ces réactions puriformes sont souvent éphémères, uniquement contemporaines de l'ictus, vite disparues lorsque le malade s'achemine vers la période d'état de son affection.

Cependant, une rechute peut se produire et à de nouvelles manifestations anatomo-cliniques correspond la réapparition d'un liquide puriforme. Cette rechute avec deuxième poussée méningée constitue un fait bien net dans les observations I et VI, et c'est au cours de la rechute que se produisit la mort. Tout au contraire, chez les malades IX et X, le liquide céphalo-rachidien redevient entièrement normal, alors que l'hémiplégie se fixait de façon définitive.

B. *Réaction cytologique à polynucléaires.* — Souvent la réaction cytologique présente une beaucoup moindre intensité. Le liquide céphalo-rachidien conserve son aspect en apparence normale : liquide clair s'écoulant sans hypertension. Cependant, l'examen microscopique décèle une réaction notable. Ce sont des polynucléaires parfaitement intacts et dont le nombre varie dans d'assez larges limites. Dans l'observation XIV la polynucléose est légère (15 éléments par millimètre cube), dans l'observation VII, on en trouve 40 ; dans l'observation XI, 250.

Cette réaction méningée à liquide clair et polynucléose modérée, semble particulièrement fréquente dans les faits qui nous occupent (obs. III, V, VII, XI, XII, XIII, XIV). L'examen chimique ne montrait toujours qu'une albuminose légère.

c. *Réaction lymphocytaire.* — Il est enfin quelques cas où la réaction est encore plus fruste. L'atteinte méningée ne donne lieu qu'à une faible lymphocytose dont la signification exacte passerait inaperçue, si nous ne connaissions tous les faits de transition allant de la réaction puriforme franche à cette réaction lymphocytaire fruste. Dans les observations II, VIII, XV, XVI, nous relevons, en effet, ces petites lymphocytoses oscillant entre 5 et 15 lymphocytoses par millimètre cube.

Allant de pair avec une lymphocytose si légère, l'albumine conserve son taux normal.

Les réactions méningées au cours des foyers encéphaliques se caractérisent donc par deux ordres de manifestations : des signes cliniques assez inconstants, une réaction cytologique. Il est intéressant de rechercher s'il existe un parallélisme entre la clinique et la ponction lombaire, si à un tableau cliniquement intense, correspondent les modifications les plus importantes du liquide céphalo-rachidien.

Les faits que nous avons analysés ne nous permettent pas cette conclusion. Sans doute, dans les observations I et VI, un tableau méningé intense s'accompagne de réaction puriforme du liquide, tout au contraire, dans d'autres observations (XII, XIV, XV), les signes méningés cliniques sont très marqués tandis que le liquide reste clair.

A l'opposé de telles constatations, la ponction lombaire retire un liquide louche, chez des malades où manquait toute réaction méningée clinique.

Malgré ces contradictions de détail, il n'en existe pas moins une gradation dans les réactions du liquide céphalo-rachidien. Le parallélisme que nous ne trouvons pas entre la clinique et la ponction lombaire, existe sans doute beaucoup plus net entre la cytologie et l'état anatomique de l'encéphale. L'épanchement puriforme correspond à l'irritation méningée, anatomiquement, la plus intense ou la plus diffuse. La polynucléose est un fait intermédiaire. La lymphocytose correspond aux cas où la lésion cérébrale a le retentissement minimum sur les méninges.

Pronostic. — Certes, ces réactions méningées viennent toujours compliquer des lésions fort graves en elles-mêmes, qu'il s'agisse de ramollissement, d'hémorragie ou de tumeur cérébrale. Cependant, la constatation d'une telle réaction est encore un élément d'aggravation dans le pronostic.

Dans le plus grand nombre des faits que nous rapportons, la constatation d'une réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien a été l'annonce d'une mort rapide. Il est cependant des cas où un épanchement puriforme n'a eu qu'une existence très éphémère, a totalement disparu, tandis que la lésion anatomique pouvait se fixer et permettre une assez longue survie.

Dans la lecture des principales observations que nous avons collationnées, on retrouvera, très résumés, les symptômes qui nous ont permis de synthétiser les caractères cliniques et cytologiques des réactions méningées au cours des lésions en foyer de l'encéphale.

a. *Réactions méningées au cours des hémorragies cérébrales.*

Observation I (Claude et Verdun, 1911). — *Homme de soixante ans.*

Troubles progressifs du caractère et de la mémoire. Brusque aggravation. Torpeur avec syndrome méningé typique et épanchement puriforme aseptique.

Injection de sérum antiméningococcique.

Amélioration passagère. Liquide céphalo-rachidien absolument normal.

Reprise des phénomènes méningés en même temps que le liquide reprend un aspect puriforme.

Apparition d'hémiplégie terminale. Liquide clair avec lymphocytose.

Mort dans le coma.

Autopsie : Foyer hémorragique ancien dans le lobe occipital.

Foyer hémorragique jeune dans la région pariéto-temporale.

Obs. II (Lereboullet, Mouzon, 1920). — *Femme de vingt-sept ans.*

Plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu dans le passé.

En septembre 1919, hémiplégie transitoire du côté gauche.

En novembre 1919, céphalée, photophobie, pas de raideur, ni de Kernig; liquide clair, contenant 50 lymphocytes W.

On pense à une méningite syphilitique, à une tuberculose aiguë.

Autopsie : Endocardite végétante. Petit foyer hémorragique à la face externe du lobe frontal gauche.

Obs. III (Widal, Lemierre, 1902). — *Homme de quarante-quatre ans.*

Paralysie générale avec lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien.

Puis brusque apparition d'hémiplégie avec aphasie et polynucléose abondante du liquide.

Quinze jours après l'ictus, les phénomènes hémiplégiques ont rétrocédé.

La polynucléose a disparu, en même temps réapparaît la lymphocytose antérieure.

Obs. IV (Widal, Lemierre, 1902). — *Homme de quarante-sept ans.*

Chez un saturnin, paralysie générale avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Puis brusque apparition de coma avec hémiplégie gauche. Polynucléose très abondante du liquide céphalo-rachidien. Mort vingt-quatre heures après l'apparition de l'ictus.

Autopsie : Lésions caractéristiques de paralysie générale. Vaste foyer hémorragique ayant envahi le ventricule latéral.

Obs. V (Mosny, Pinard, 1908). — *Homme de trente-trois ans.*

Accidents de saturnisme. Stigmates de saturnisme.

Mal de Bright avec bruit de galop. Torpeur profonde. A la ponction lombaire, réaction méningée avec polynucléose et lymphocytose.

Péricardite brightique, amaurose.

Autopsie : A la face inférieure d'hémisphère gauche, foyer hémorragique superficiel plongeant largement dans la profondeur.

Obs. V *bis* (Rendu et Flandin, 1912).

Malade fait deux ictus successifs avec phénomènes méningés cliniques et cytologiques.

L'*autopsie* montre une hémorragie cérébrale.

Obs. V *ter* (Marie et Gougerot).

b. *Réactions méningées au cours du ramollissement cérébral.*

Obs. VI (Claude et Oury, 1922). — *Femme de vingt-cinq ans.*

Crise de rhumatisme articulaire aigu dans le passé.

En mai 1921, à la suite de fausse-couche, syndrome méningé typique avec épanchement puriforme.

On croit à une méningite cérébro-spinale. Injection de sérum.

Amélioration de juillet à novembre. Disparition de l'épanchement puriforme.

En novembre 1921, rechute, syndrome méningé typique.

Hémiplégie avec aphasie. Epanchement puriforme aseptique.

Hémoculture = +. Streptocoque. Diagnostic d'endocardite lente à forme méningée.

Amélioration en décembre avec disparition de l'épanchement puriforme.

En février 1922, ictus. Coma. Syndrome méningé Réapparition de l'épanchement puriforme.

Autopsie : Ramollissement de l'hémisphère gauche

Hémorragie dans l'hémisphère droit.

Obs. VI *bis* (obs. inédite, service du professeur Claude, 1922). — *Homme de cinquante ans.*

Chancre en 1912.

Ictus brutal avec hémiplégie gauche typique. Légère raideur dans les membres inférieurs. A la ponction : polynucléose du liquide céphalo-rachidien, 110 éléments par millimètre cube.

Trois semaines après l'ictus, hémiplégie définitivement constituée.

La polynucléose a disparu, il ne persiste qu'une très légère lymphocytose résiduelle.

Obs. VII (Babinski et Gendron, 1912). — *Femme de trente ans.*

Rétrécissement mitral typique.

Syndrome de paralysie pseudo-bulbaire avec crises d'épilepsie partielle.

Ponction lombaire donne un liquide clair contenant 40 éléments par millimètre cube (60 p. 100 polynucléaires).

Mort au bout de deux mois de séjour à l'hôpital.

Autopsie : Deux foyers de ramollissements corticaux, un gauche ancien, un droit plus jeune.

Obs. VIII (Babinski et Gendron, 1912). — *Femme de soixante ans.*

Coma avec hémiplégie droite à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Pas de syphilis, ni d'affection cardiaque. Ponction lombaire, lymphocytes : 7 par millimètre cube.

Mort au onzième jour. Enorme foyer de ramollissement de l'hémisphère gauche.

Obs. IX (Babinski et Gendron, 1912). — *Femme de trente-cinq ans.*

Rétrécissement mitral.

Hémiplégie avec aphasie.

Ponction lombaire le lendemain de l'ictus : liquide puriforme aseptique.

Par des ponctions successives, on voit la diminution de la réaction cellulaire.

Au bout de deux mois le liquide est normal (3 lymphocytes par millimètre cube), l'hémiplégie est définitivement fixée.

Obs. X (Eschbach, 1912). — *Homme de cinquante-trois ans.*

Ictus, hémiplégie gauche. Torpeur.

Contracture de nuque, signe de Kernig.

Au lendemain de l'ictus, liquide céphalo-rachidien puriforme.

Quelques jours après, liquide clair sans aucun élément cellulaire.

Mort trois mois après le début des accidents.

Vaste foyer de ramollissement de l'hémisphère droit.

Obs. XI (Baudouin et Lantuéjoul, 1920). — *Femme de cinquante-sept ans.*

Tableau typique d'encéphalite léthargique.

Pas de signes de réaction méningée.

Ponction lombaire : liquide clair contenant 250 éléments par millimètre cube ; prédominance des polynucléaires.

Mort. Autopsie.

Ramollissement cortical et profond de l'hémisphère droit.

Obs. XII (Claude, 1918).

Syndrome méningé typique avec état infectieux, puis hémiplégie droite.

Ponctions lombaires montrent polynucléose, puis lymphocytose du liquide.

Autopsie : endocardite végétante.

Foyer de ramollissement de région pédonculo-protubérantielle avec légère réaction méningo-corticale.

c. *Réactions méningées au cours de tumeurs cérébrales.* — Parmi les manifestations méningées qui font cortège aux tumeurs cérébrales, il est nécessaire de séparer deux groupes différents. Tantôt ce sont des phénomènes banaux d'irritation méningée qui prennent naissance autour des tumeurs et appartiennent aux faits qui nous occupent en ce moment. Tantôt c'est l'envahissement progressif des méninges par le néoplasme c'est un accident spécifique qui ne rentre pas dans notre cadre. Plusieurs examens nécropsiques montrant l'intégrité absolue des méninges ont permis d'affirmer l'existence de ces réactions méningées par poussée congestive. L'étude de ces états méningés banaux a été tracée en détail par Verdun dans sa thèse. Sur 10 cas qu'il y rapporte, 3 fois le liquide de ponction lombaire montrait, comme lors d'hémorragies, une coloration jaune plus ou moins prononcée. Dans les autres cas, il était incolore et limpide. L'étude du culot de centrifugation montra presque toujours une leucocytose, la plupart du temps à prédominance de lymphocytes, et dans deux cas avec polynucléose. Nous ne rappellerons que quelques-unes de ces observations :

Obs. XIII (Gombault et Halbron). — *Homme de cinquante-deux ans.*

Céphalée, hémiplégie droite progressive.

Quelques signes méningitiques. Puis attaque apoplectiforme brusque. A ce moment la ponction donne un liquide clair contenant quelques hématies, de nombreux lymphocytes, d'abondants polynucléaires.

Amélioration passagère, liquide normal.

Reprise des accidents, mort dans le coma cinq mois après le début des accidents.

Le diagnostic hésitait entre ramollissement cérébral et méningite tuberculeuse.

L'autopsie mit en évidence un gliome étendu et ramolli de l'hémisphère gauche.

Obs. XIV (Lenoir et Aine, 1910). — *Femme de dix-huit ans.*

Tableau net de méningite avec paralysie des sixième et septième paires gauches et réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien (15 éléments par champ dont 67 p. 100 de polynucléaires).

Amélioration passagère avec diminution très notable de la réaction du liquide céphalo-rachidien.

Reprise des accidents qui présentent plus un syndrome hémiparétique qu'un syndrome méningé. La ponction lombaire donne 4 à 6 éléments altérés.

On pensait à une méningite tuberculeuse. L'autopsie fit le diagnostic de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux avec méninges parfaitement saines.

Obs. XV (Verdun). — *Femme de cinquante ans.*

Coma brusque, sans syndrome méningé, avec signe de Babinski bilatéral.

A la ponction, liquide clair contenant 6 à 7 lymphocytes par millimètre cube.

La mort survient en quarante-huit heures et l'autopsie fait constater dans le lobe frontal une tumeur avec vaste foyer d'hémorragie centrale, sans infiltration néoplasique des méninges, même à l'examen microscopique.

Obs. XVI (Achard et Laubry, 1901). — *Homme de trente-huit ans.*

Asthénie profonde avec perte de connaissance. Syndrome méningé typique. La ponction a donné un liquide clair avec léger culot renfermant des lymphocytes.

A l'*autopsie* on découvre une tumeur dans le lobe droit du cervelet.

Dans les différentes observations que nous rapportons, qu'il s'agisse d'un gliome (obs. XIII), d'un sarcome (obs. XV), d'un endothéliome (obs. XVI), les méninges étaient toujours intactes, sans atteinte néoplasique, même microscopique.

Diagnostic. — De toutes ces observations, on prend facilement connaissance des multiples erreurs de diagnostic que peut accumuler une réaction méningée à symptômes cliniques plus ou moins francs.

1. Lorsque le syndrome méningé domine nettement la scène clinique, c'est le diagnostic des méningites aiguës qui se pose et la lésion en foyer risque d'être méconnue. Dans quelques-uns des faits, on pose le diagnostic de méningite cérébro-spinale; on institue une sérothérapie antiméningococcique, mais l'absence de germes, ultérieurement constatée, fait réformer le diagnostic. Plus souvent encore, semble-t-il, en présence d'un syndrome méningé traînant, on pense à une méningite tuberculeuse ou à une méningite syphilitique. Il est de ces diagnostics qui sont maintenus pendant toute l'évolution de la maladie et que seule l'autopsie réforme.

Les épanchements puriformes, au cours de foyers encéphaliques, ne doivent pas être davantage confondus avec les épanchements puriformes rencontrés au cours d'états infectieux, d'irritations toxiques, ou en apparence vraiment primitifs.

Un syndrome méningé pourrait être provoqué par une minime hémorragie méningée faisant cortège à une hémorragie cérébrale. La ponction lombaire montre alors un culot hématique et fait faire le diagnostic.

2. Plus souvent encore, la réaction méningée n'a pas d'expression clinique, elle ne se révèle qu'à la ponction lombaire. Dans ces cas, l'affection causale garde une symptomatologie pure, seule l'interprétation des variations cytologiques du liquide céphalo-rachidien est assez délicate. Les faits que nous rapportons montrent tous, avec une plus ou moins grande netteté, que ces modifications du liquide céphalo-rachidien vont toujours de pair avec de nouveaux accidents cliniques.

Pathogénie. — Les diverses observations que nous avons analysées nous permettent de concevoir une théorie pathogénique des plus simples pour expliquer ces réactions méningées. Aussi bien au cours de l'hémorragie, que du ramollissement ou de la tumeur, des phénomènes inflammatoires réactionnels se produisent à la périphérie de la lésion. En même temps que d'importants troubles vasculaires avec dilatation des capillaires apparaissent autour de la lésion, une diapédèse leucocytaire considérable y prend naissance. Scheffer avait, particulièrement, mis en lumière ce fait, dans sa thèse sur le ramollissement cérébral expérimental.

Lorsque le foyer est profond en plein hémisphère, les phénomènes réactionnels se localisent au tissu cérébral, surtout périvasculaire.

Tout au contraire, lorsque le foyer est cortical ou sous-cortical, affleurant le cortex ou faisant issue vers les ventricules, on conçoit aisément que les phénomènes inflammatoires diffusent jusqu'à la pie-mère, le long des septaconjonctifs. Les vaisseaux pie-mériens, les veines des plexus choroïdes participent naturellement à la dilatation vasculaire. Une diapédèse, surtout polynucléaire, apparaît en ces points et par leur migration hors des vaisseaux,

leur passage dans les espaces sous-arachnoïdiens, ces leucocytes donnent lieu à la réaction méningée.

Cette origine mécanique des réactions méningées s'étend à tous les faits que nous avons passés en revue. Il est deux cas, cependant, où cette origine mécanique pourrait être discutée. Dans les réactions méningées si typiques qui peuvent accompagner les embolies vraisemblablement septiques de l'endocardite maligne à forme prolongée, on pourrait penser qu'il s'agit d'un état méningé infectieux. Dans un article antérieurement paru sur les accidents nerveux de l'endocardite prolongée, nous avons discuté et éliminé cette conception.

Jamais le liquide céphalo-rachidien n'a donné de cultures positives, aucune embolie microbienne n'a été retrouvée dans les coupes des méninges.

Un deuxième point mérite encore plus discussion. Nombre de faits que nous avons rapportés surviennent chez d'anciens syphilitiques atteints d'artérite cérébrale, de paralysie générale. On pourrait donc se demander si les réactions leucocytaires ne sont pas le fait de poussées de méningite syphilitique aiguë. Nous ne le pensons pas, et l'évolution anatomo-clinique des observations va à l'encontre de cette hypothèse. Dans plusieurs observations et particulièrement chez le paralytique général dont Widal rapportait jadis l'histoire, la polynucléose existe très passagèrement au moment où s'installe l'hémiparésie. Puis, celle-ci rentre dans l'ordre, le liquide céphalo-rachidien redevient normal et plus tard l'autopsie met en évidence un foyer de ramollissement ancien.

Dans l'ensemble, ces réactions méningées, au cours des lésions en foyer ont donc une portée très étendue. Elles marquent toujours l'atteinte méningée, permettent d'ébaucher un diagnostic de localisation de foyer et enfin montrent l'extension considérable que méritent de prendre les épanchements puriformes des séreuses.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABOULKER. Méningites otitiques, *Presse méd.*, avril 1923.
2. ACHARD et LAUBRY. Tumeur diffuse et ramollie du lobe droit du cervelet. Syndrome méningitique avec lymphocytose, *Soc. méd. des hôpit.*, 1901.
2 *bis*. APERT. *Presse méd.*, 1922.
3. BABINSKI et GENDRON. Leucocytose du liquide céphalo-rachidien au cours du ramollissement de l'écorce cérébrale, *Soc. méd. des hôpit.*, mars 1912.
4. BAUDOUIN et LANTUÉJOUL. Ramollissement cérébral avec leucocytose dans le liquide céphalo rachidien ayant simulé l'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit.*, fév. 1920.
5. BRIDOUX. Les réactions puriformes aseptiques, *Th. de Lille*, 1907.
6. CLAUDE. Forme nerveuse de l'endocardite à évolution lente, *Bull. de l'Acad. de méd.*, mars 1918.
7. CLAUDE et VERDUN. Syndrome méningé subaigu avec réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien au cours des hémorragies cérébrales sous-épendymo-corticales, *Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1911.
8. CLAUDE et OURY. Réaction méningée au cours de l'endocardite maligne prolongée consécutivement à un ramollissement cérébral d'origine embolique, *Revue de méd.*, 1922.
9. H. ESCHBACH. Polynucléose du liquide céphalo-rachidien par ramollissement cérébral, *Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1912.
10. EUZIÈRE. Réaction aseptique des méninges, *Paris méd.*, 1903-1904.
11. GOMBAULT et HALBRON. Gliome étendu et ramolli de l'hémisphère gauche. Méningite spinale subaiguë. Syndrome de tumeur cérébrale avec appoint méningé, *Revue de neurol.*, 1903.
12. GUILLAIN. *Etudes neurologiques*, 1922.
13. LENOIR et AINE. Gliome du cervelet avec épisode méningé et réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, *Soc. méd. des hôpit.*, 1910-1911.
14. LEREBOULLET et MOUZON. Endocardite maligne à évolution lente. Forme méningitique, *Soc. méd. des hôpit.*, juin 1920.
15. P. MARIE et GOUGEROT. *Gaz. des hôpit.*, mars 1913.
16. MOSNY et PINARD. Urémie chronique et leucocytose céphalo-rachidienne, *Soc. méd. des hôpit.*, déc. 1908.
17. PASSOT. Méningites et états méningés aseptiques d'origine otitique, *Th. de Paris*, 1912-1913.
18. L. RAMOND. *Leçon clinique sur les embolies cérébrales*, Paris 1922-1923.
19. RENDU et FLANDIN. Syndrome clinique et cytologique de méningite au cours d'une hémorragie cérébrale, *Soc. méd. des hôpit.*, 1912.
20. SCHEFFER. Etude expérimentale sur le ramollissement cérébral, *Th. de Paris*.
21. M. VERDUN. Etude anatomo-clinique sur les complications méningées des tumeurs cérébrales, *Th. de Paris*, 1912.
22. WEISSENBACH et AUDIBERT. Réaction méningée puriforme aseptique au cours de l'évolution d'une épendymite ventriculaire unilatérale suppurée consécutive à une plaie pénétrante encéphalique par éclat d'obus, *Lyon chir.*, 1918. (Article comportant une bibliographie précise sur les épanchements puriformes.)
23. WIDAL. Les épanchements puriformes aseptiques des méninges, *Revue mens. de méd. int. et de thérap.*, 1907-1908.
24. WIDAL et BRISSAUD. Epanchement puriforme aseptique des méninges, *Soc. méd. des hôpit.*, 1909.
25. WIDAL et LEMIERRE. Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des poussées congestives de la paralysie générale, *Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1902.
26. WIDAL et PHILIBERT. Séquelles nerveuses consécutives à un état méningé de nature indéterminée, *Soc. méd. des hôpit.*, 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 18 MAI 1923)

Radiothérapie sur un cancroïde de la face. Lésions épithéliomateuses sur une radiodermite ulcéreuse. — MM. VILLANDRE et RABSEAU présentent une malade atteinte avant 1921 de cancroïde de la face, qui subit cinq séances de radiothérapie et vit se développer à la place de son cancroïde une ulcération qu'il fallut opérer en 1922 (juillet), puis réopérer encore en 1923. La réparation fut obtenue par autoplastie à deux lambeaux, frontal pour la réfection de la peau du nez et jugal pour la réfection de la muqueuse nasale.

Il s'agissait bien d'une radiodermite ulcéreuse sur laquelle s'étaient développées des lésions épithéliomateuses.

Les auteurs estiment qu'une intervention chirurgicale eût été bien préférable à l'action des rayons dans le traitement du cancroïde initial.

Greffes ostéopériostique et graisseuse pour corriger une déformation de la face. — M. Alphonse HUGUIER présente un jeune homme de vingt-huit ans auquel il a corrigé au moyen de deux greffons superposés, l'un ostéopériostique, l'autre graisseux, un enfoncement de la face consécutif à une résection du maxillaire supérieur gauche faite treize ans auparavant pour sarcome à myéloplaxe. Le résultat esthétique est aussi satisfaisant qu'on pouvait le souhaiter et, en regardant l'opéré, il est maintenant impossible de deviner qu'il a subi autrefois une opération aussi mutilante.

Chondro-sarcome de la face antérieure de la phalangette de l'annulaire droit. — M. DARTIGUES. Il s'agissait d'un homme de cinquante-trois ans, n'ayant pas eu de traumatisme antérieur du doigt. La tumeur est apparue il y a deux ans; elle avait le volume d'une noix. En dehors de la rareté,

Dartigues pose la question de savoir s'il y aurait lieu de faire une irradiation consécutive à l'opération. L'examen histologique a été fait par le Dr Civatte.

Appareillage rééducation fonctionnelle et réadaptation professionnelle des blessés et accidentés. — M. Rœderer présente un ouvrage sur ce sujet, écrit en collaboration avec M. Villaret.

M. Pauchet présente :

1° Un cancer gastrique, greffé sur un vieil ulcus, sans qu'aucun trouble clinique n'ait été observé. La sténose du pylore était complète. Ce malade, dans son passé, n'a présenté aucun trouble gastrique;

2° Un segment colique comprenant le cæcum, le côlon ascendant, l'angle splénique et la moitié droite du côlon transverse. Cette hémi-colectomie droite a été faite pour cancer colique.

3° Un cancer du rectum enlevé en un temps chez une femme qui était soignée pour polype.

M. Ozenne : je ne sais pas si, à propos du premier malade dont vient de parler M. Pauchet, il faudrait toujours suivre la conduite qu'il a tenue, en présence d'une sténose qui ne met pas le malade en péril en quelques heures, il vaudrait peut-être mieux tenter une injection antisyphilitique, puisque la syphilis pouvait être en cause. Ce traitement agit souvent très rapidement, comme le prouve l'arrêt en quarante-huit heures des hémorragies gastriques, pulmonaires, utérines et la chute de certains accidents cérébraux.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE DROIT DE RÉPONSE

ARRÊT DE LA COUR D'APPEL DE PARIS DU 24 NOVEMBRE 1922

Dans un précédent numéro de la *Gazette des hôpitaux* (1921, n° 20, p. 316) nous avons signalé le jugement rendu par le Tribunal civil de la Seine du 12 février 1921 qui, à propos de l'affaire de MM. Silvain et Jaubert, auteurs d'une tragédie en vers intitulée *Les Perses*, contre M. Doumic, directeur de la *Revue des Deux Mondes*, avait consacré à nouveau le caractère général et absolu du droit de réponse. Nous ne reviendrons pas sur les faits qui sont exposés dans le numéro de la *Gazette* dont il s'agit; il suffira d'indiquer que le Tribunal, appliquant la jurisprudence antérieure de la Cour de cassation, a obligé le directeur de la *Revue des Deux Mondes* à insérer la réponse de MM. Sylvain et Jaubert à la critique faite dans la *Revue*, l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881, dit-il, ne faisant aucune distinction et s'appliquant dans tous les domaines, littéraire, scientifique, artistique, historique.

Nous avons indiqué que cette jurisprudence était très combattue, car elle portait atteinte à la liberté de la presse maintes fois proclamée par le législateur.

Le directeur de la *Revue des Deux Mondes* fit appel de la décision rendue par le Tribunal. Après de longs débats, la Cour d'appel de Paris (1re Chambre) a rendu un arrêt le 24 novembre 1922 qui a *infirmé* cette décision; elle a donné raison au directeur de la *Revue* dans le refus qu'il a opposé à MM. Sylvain et Jaubert d'insérer la réponse qu'ils lui avaient adressée.

C'est rompre avec la jurisprudence de la Cour de cassation. Loin de nous de critiquer l'arrêt *en équité*; car le droit de réponse est l'objet d'abus nombreux et fréquemment n'est envisagé par celui qui demande l'insertion de sa réponse que pour lui servir de réclame. En se plaçant strictement au point de vue du droit, on peut se demander si l'arrêt est conforme à la loi.

Il est incontestable qu'il est rédigé avec beaucoup de soins et les arguments sur lesquels il s'appuie sont très sérieux et de nature à convaincre. Il contient le bon sens même, la justice. Mais la Cour de cassation le maintiendra-t-elle? Son rôle est de n'envisager que les questions strictement juridiques.

Quoi qu'il en soit, cet arrêt a une importance particulière pour nos lecteurs que la critique scientifique intéresse au plus haut degré. L'arrêt reconnaît cette libre critique, pourvu qu'elle soit modérée et faite de bonne foi; la Cour reconnaît d'ailleurs un droit de contrôle aux tribunaux.

Il s'exprime ainsi :

« ....

Considérant que, Doumic ayant refusé d'insérer leur lettre dans la *Revue des Deux Mondes*, les deux auteurs l'ont assigné devant le Tribunal civil en vue de l'obliger à cette insertion; que, par le jugement dont appel, le Tribunal a accueilli leur demande, par ce motif que le droit de réponse accordé par l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881 à toute personne nommée ou désignée dans un écrit périodique est un droit général et absolu qui ne comporte, suivant l'opinion traditionnelle, d'autres restrictions que celles qu'imposent le respect des lois et des bonnes mœurs, l'intérêt du tiers ou l'honneur du journaliste ;

Considérant qu'en l'état actuel de la législation sur la presse, le critique ne jouit d'aucune immunité particulière e se trouve soumis au droit commun; qu'en vain soutiendrait-on que l'écrivain, en lui envoyant son livre, et l'auteur dramatique en le conviant à la représentation de sa pièce, accepte par avance les appréciations qu'ils ont provoquées et renonce à l'exercice du droit de réponse; qu'il est de principe que la renonciation à un droit ne se présume pas et doit être nettement manifestée; que, dans l'hypothèse envisagée, il serait impossible d'affirmer que l'auteur a entendu faire abandon d'un moyen de protection contre les erreurs matérielles ou les attaques personnelles du critique; que le pacte de renonciation n'est nullement établi, les conditions et les limites de la prétendue renonciation demeurant, du reste, incertaines;

Considérant que, si, avec raison, peut être opposé à Doumic le caractère général du droit de réponse, ce droit, contrairement à ce qu'a jugé le Tribunal, ne saurait être tenu pour tellement absolu qu'il doive, sans réserve, être reconnu à toute personne nommée ou désignée dans un journal ou une revue; que cette interprétation se fonde sur les termes impératifs de l'article 13 de la loi de 1881; mais que, pour appliquer ce texte laconique, il convient de ne pas perdre de vue que ce qu'il autorise c'est une « réponse », c'est-à-dire *un acte de défense, une riposte qui, nécessairement et par définition, suppose une attaque*; qu'il est impossible d'admettre en principe que tout individu désigné dans un article de presse, serait-ce sans préjudice pour aucun de ses intérêts, et, — peut-on supposer même — en termes avantageux, se voie, par le seul fait de cette désignation, accorder le pouvoir d'intervenir suivant son seul gré dans toute discussion, ou d'imposer à son profit une réclame gratuite au journal qui l'a nommé;

Considérant que l'article 13 de la loi de 1881 est textuellement tiré de la loi sur la presse du 25 mars 1822; que la discussion préparatoire de cette loi, invoquée par les premiers juges, comprend une déclaration faite à la Chambre des pairs par un membre de cette assemblée et qui n'a rencontré aucune contradiction, déclaration par laquelle était reconnue la nécessité de laisser aux tribunaux le soin de prévenir les abus dont le droit de réponse pourrait devenir le prétexte;

Considérant que, fût-il fait abstraction de cette observation législative, la mission dont elle fait un devoir aux tribunaux n'est point contestable; qu'il incombe à l'autorité judiciaire de contrôler, pour le maintenir dans ses justes limites, l'exercice des facultés concédées par la loi; que ce devoir, au cas présent, se justifie d'autant mieux que le droit de réponse, qui apparaît comme une forme de légitime défense, se traduit dans l'application par une atteinte au droit de propriété, alors qu'il enlève au journal, contre lequel il est invoqué, la disposition d'une partie de ses colonnes; qu'exercé comme droit absolu et quasi-automatique, le droit de réponse, sous la réserve qu'apporte à en user le bon sens public, aboutirait à une expropriation véritable et rendrait illusoire la liberté de la presse proclamée par le législateur;

Considérant que, pour toutes ces raisons, s'impose l'arbitrage de l'autorité judiciaire en vue de résoudre le conflit soulevé par le débat actuel entre les réclamations des deux auteurs et les revendications du critique; que l'article de Doumic s'inspire d'un pur souci d'art et que toute personnalité en est exclue; qu'il ne contient rien qui permette à Sylvain et à Jaubert d'y relever la moindre attaque ou une atteinte quelconque à leurs intérêts légitimes; que, dans la lettre

adressée à Doumic et qui donne lieu au procès actuel, ils annoncent l'intention de soumettre aux lecteurs de la *Revue des Deux Mondes* « quelques remarques générales dépouillées de toute rancune personnelle sur un ou deux points de pure doctrine » ; que pareille déduction d'ordre théorique n'est point de nature à faire l'objet d'une insertion forcée et qu'elle ne peut être imposée par l'autorité de la loi à la *Revue des Deux Mondes.* »

C'est sur les motifs ainsi indiqués que le jugement du Tribunal civil de la Seine, qui avait ordonné l'insertion de la réponse envoyée sous forme de lettre, a été infirmé par la Cour. A la Cour de cassation il appartient maintenant de se prononcer.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU TESTICULE [1]

2° **Bilatérales.** — Se rencontre surtout chez sujets jeunes. Les deux tumeurs peuvent être différentes au point de vue histologique. Elles apparaissent soit simultanément, soit à quelques mois d'intervalle. Marche rapide.

3° **Suivant les symptômes.** — *a.* FORME D'HYDROCÈLE SYMPTOMATIQUE. — Peu fréquente ; un épanchement, quelquefois énorme se fait dans la vaginale, qui masque tout examen, d'autant plus que le testicule est peu augmenté de volume.

b. CANCER DU TESTICULE EN ECTOPIE. — Assez fréquente : les symptômes sont ceux d'une tumeur inguinale, il existe des douleurs vives ; quelquefois même les signes abdominaux sont assez intenses pour simuler une appendicite ou une occlusion intestinale.

La bourse restée vide fera le diagnostic. Grosse difficulté de diagnostic s'il s'agit d'un hermaphrodite.

c. FORME GANGLIONNAIRE. — Alors que le cancer de la glande ne s'est pas encore manifesté sur place, il peut déterminer des adénopathies considérables, formant même une voussure dans la région de l'ombilic.

4° **Suivant l'évolution.** — *Cancer aigu.* — Quelquefois c'est un cancer qui évolue sans rémission en simulant une orchite subaiguë. Plus souvent, on verra un cancer évoluer par poussées inflammatoires, pendant lesquelles il y aura des douleurs, de la rougeur et de l'œdème du scrotum. Puis, la poussée se calme et la marche redevient torpide pour un temps plus ou moins long.

5° **Suivant l'âge.** — *Forme de l'enfant.* — Parmi les tumeurs qui se voient chez l'enfant, l'épithélioma est exceptionnel; le kyste dermoïde fréquent.

Une forme lui est spéciale qui semble bien être congénitale et dans laquelle le tissu testiculaire est complètement disparu : ces formes évoluent comme des tumeurs très malignes.

PRONOSTIC. — Toujours extrêmement grave.

Séminome serait le moins malin, surtout s'il y a une grosse prolifération conjonctive. Le traitement peut être favorable.

Tératome, bénin par lui-même, mais peut se transformer en tumeur maligne.

Tumeurs mixtes dégénèrent et deviennent très malignes : pronostic très sombre, mauvais résultat du traitement.

On pourra se baser de plus : *sur l'âge.* Les individus les plus jeunes font les formes les plus graves; *sur le volume, l'envahissement.*

DIAGNOSTIC. — *a.* **Positif.** — Doit se baser uniquement sur les renseignements cliniques : augmentation de volume et de consistance du testicule, unilatérale, avec peu ou pas d'atteinte des annexes testiculaires.

La ponction exploratrice est dangereuse et inutile.

Le laboratoire ne donne aucun renseignement.

b. **Différentiel.** — 1° LOCALISER L'AFFECTION AU TESTICULE. — Eliminer :

Affections de la paroi des bourses. — Œdème, lipome, kyste.

Hernies, varicocèle.

Lésions de la vaginale. — *Hydrocèle* est facile à distinguer : fluctuation, translucidité.

Hématocèle est, au contraire, difficile à distinguer. La pachyvaginalite hémorragique donne, en effet, une tuméfaction dure, volumineuse, lourde. Sa consistance est presque toujours lisse, mais le cancer est quelquefois aussi lisse.

Le testicule, dans l'hématocèle, est noyé dans la masse et ne peut être facilement limité, sa sensibilité étant toujours diminuée. Elle forme une coque, le pincement de la vaginale est impossible et Duplay a pu dire que l'hématocèle résiste par sa coque, tandis que le cancer résiste par sa masse. On peut rechercher le pincement de l'épididyme : celui-ci étant noyé dans la masse ne sera pas senti. Malgré tous ces signes, ce diagnostic est souvent presque impossible : le cancer étant plus fréquent, on pensera à lui, de préférence, en cas de doute.

Affections de l'épidyme. — On éliminera facilement ces lésions car on pourra facilement reconnaître que le testicule n'est pas en cause. Les kystes de l'épididyme siègent au niveau de la tête de l'organe. L'épididyme blennorragique est pris en masse et coiffe en cimier de casque, le testicule intact. Quant à la tuberculose, elle forme des noyaux plus ou moins nombreux, avec quelquefois participation d'un testicule, mais celui-ci ne sera jamais très gros, sauf dans la forme exceptionnelle qu'est la tuberculose massive de la glande.

2° ON EST EN PRÉSENCE D'UN GROS TESTICULE. — La seule affection à éliminer est la syphilis du testicule. On a pu dire qu'un testicule qui augmente de volume et de consistance, sans manifestations aiguës ne peut être que cancéreux ou syphilitique.

La syphilis tertiaire peut donner soit une gomme, soit un syphilome diffus.

La gomme simulera un noyau cancéreux au début. Autour de la gomme se développent des réactions de voisinage : *vaginale*, dans laquelle se fait une légère exsudation ; *scrotum* qui s'épaissit légèrement à son niveau; *cordon*, qui s'infiltre et s'épaissit à sa base; *albuginée*, surtout, qui présente les lésions classiques de grains de plomb et de plaques de blindage. Seuls les grains de plomb, surtout s'ils existent simultanément dans les deux testicules auront une valeur diagnostique, tous les autres signes pouvant appartenir aux deux affections.

Le syphilome hypertrophique ressemble encore plus au cancer qui a déjà atteint un certain développement : on peut encore retrouver là les grains de plomb et les plaques de blindage.

La réaction de Bordet-Wassermann ne peut suffire à trancher le diagnostic, le cancer survenant assez souvent chez d'anciens syphilitiques. Chevassu préfère l'épreuve du traitement intensif. Si, après quinze jours, il n'y a pas d'amélioration nette, il intervient : exploration et castration si, après ouverture du scrotum, le cancer paraît évident.

c. **De la variété.** — Très difficile, presque impossible.

Avant trente ans, plutôt tumeur mixte; après trente ans, plutôt séminome.

d. **Des propagations.** — On recherchera l'importance des adénopathies et l'existence de métastases.

TRAITEMENT. — Doit être précoce et doit enlever, à la fois, cancer et ganglions; grosse intervention comportant mortalité immédiate assez élevée.

On a proposé de ne faire que castration et d'agir sur les ganglions par radiations : rayons ou radium.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 41, p. 663, et n° 43, p. 694.

N° 46. — SAMEDI 9 JUIN 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 9 JUIN 1923. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 juin. — MM. Donzelot, 19,54; A. Weill, 18; Marcel Bloch, 19,81; Jacquet, 17,36.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Veau, Hartmann, Heitz-Boyer, Desmarest, Michon, Roux-Berger, Dalché.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Sébileau, Broca, Alglave, Launay, Chevassu, Desmarest, P.-E. Weil.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX — M. le docteur Secousse, médecin-adjoint, est affecté à l'Hospice général (isolement et incurables).

M. le docteur Boisserie-Lacroix, médecin-adjoint, est affecté à l'hôpital général (vieillards et convalescents).

M. le docteur Augistrou, médecin-adjoint à l'hospice général, passe, en la même qualité, à l'hôpital Saint-André.

M. le docteur Damade, médecin-adjoint à l'hospice général, est affecté à l'hôpital-hospice des enfants.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — **Médecine.** — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 4 juin. — M. Gardère : « Pneumothorax tuberculeux. »

M. Carrieu : « Les hémoptysies non tuberculeuses. »

Séance du 5 juin. — M. Legrand : « Hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes. »

M. Chevallier : « Les narcolepsies. »

Mlle Condat : « Paralysies ascendantes aiguës. »

Séance du 6 juin. — M. H. Bénard : « Parotidites infectieuses. »

M. Brulé : « Complications pleuro-pulmonaires de la grippe. »

M. Gueit : « Diplégie cérébrale spasmodique infantile. »

Chirurgie. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 4 juin. — M. Simon : « Abcès sous-phréniques. »

M. Wertheimer : « Epilepsie jacksonienne traumatique. »

M. Boularan : « Formes cliniques et traitement du tétanos traumatique. »

Séance du 5 juin. — M. Brocq : « Diagnostic et traitement des sténoses du pylore chez l'adulte. »

Notes de l'épreuve orale : MM. Mondor, 30; Sauty, 29; Brocq, Dunet et Cadenat, 28; Jeanneney, Leveuf et Moure, 27; Delannoy, Girode, Miginiac, Rochet et Simon, 26; Chalier et Perrin, 25; Hamant et Swynghedauw, 24; Lefebvre et Michon, 23; Heully et Lorin, 22; Boularan et Wertheimer, 21; Leroy, 20; Ferry, Hartmann et Rocher, 19; d'Halluin, 18.

Les candidats dont les noms suivent sont admis à la dernière épreuve :

Paris. — MM. Mondor, 59; Cadenat, 57; Brocq, 56; Moure, 55; Leveuf, 54; Girode, 52.

Lille. — MM. Jeanneney, 53; Delannoy, 50; Swynghedauw, 47; Hartmann, 42.

Lyon. — MM. Dunet et Sauty, 57; Chalier, 53; Perrin, 50; Rocher, 48; Wertheimer, 47.

Nancy. — MM. Hamant, 50; Heully, 45.

Strasbourg. — MM. Simon, 52; Ferry, 45.

Toulouse. — MM. Miginiac, 54; Lefebvre, 47.

Anatomie et histologie. — *Anatomie.* — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 31 mai. — M. Florence : « Arrière-cavité des épiploons. »

Notes : MM. Villemin et Olivier, 21; Cordier, 18; Mutel, 17; Clermont, 15; Dubecq et Florence, 14.

Histologie. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 31 mai. — M. Granel : « Les anastomoses cellulaires et l'état syncytial. »

Séance du 1er juin. — M. Turchini : « La substance collogène. Sa morphologie. »

M. Noël : « Les processus histologiques. La kératinisation. »

Séance du 2 juin. — M. Mawas : « Constitution histologiqne des glandes endocrines. »

M. Faure : « Les changements structuraux du neurone liés à son fonctionnement. »

Séance du 4 juin. — M. Watren : « La base cellulaire de l'hérédité. »

M. Verne : « Les enclaves graisseuses de la cellule. »

Séance du 5 juin. — M. Lacoste : « Morphologie générale des glandes interstitielles. »

M. Romieu : « Les endothéliums vasculaires. »

Notes : MM. Verne, 26; Turchini, 23; Noël, 22; Romieu, 20; Lacoste et Watrin, 19; Faure, 15; Granel, 10; Mawas, 8.

Obstétrique. — Le jury est composé de M. Brindeau, président; MM. Jeannin, Schikele, Rouvier, Commandeur.

Exposé de titres. — MM. Ecalle, Levant, Rhenter, Vaudescal, 29; Fournier, Lantuéjoul, Paquet, Vignes, 28; Laffont, 27; Pouget, 26; Eparvier, 25; Favreau, 24; Roume, 23.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 2 juin. — M. Ecalle : « Indications et contre-indications de la pubiotomie. »

M. Favreau : « De la dystocie par excès de volume physiologique du fœtus. »

Séance du 4 juin. — M. Levant : « De l'appendicite chez la femme enceinte ou récemment accouchée. »

M. Pouget : « De la gonococcie au cours de la grossesse, du travail et des suites de couches. »

Séance du 5 juin. — M. Paquet : « Diagnostic et traitement de la pyélo-néphrite gravidique. »

M. Eparvier : « Diagnostic et traitement de l'inversion utérine puerpérale aiguë. »

Séance du 6 juin. — M. Rhenter : « De la grossesse et de l'accouchement chez les femmes atteintes de luxation iléo-fémorale congénitale. »

M. Vaudescal : « Conduite à tenir en cas de kyste de l'ovaire durant la grossesse et le travail de l'accouchement (suites de couches non comprises). »

LA VIE DU MÉDECIN; L'EXERCICE DE LA MÉDECINE AUX COLONIES, tel doit être le sujet d'une conférence que M. le Dr Joyeux, professeur agrégé de parasitologie, fera le vendredi 8 juin, à 20 h., 30, salle des Fêtes de l'Association générale des étudiants de Paris, 13 et 15, rue de la Bûcherie, sous la présidence de M. le Dr Even, député des Côtes-du-Nord.

Nul doute que les étudiants en médecine ne se rendent nombreux à cette intéressante conférence qui, ajoutons-le, pour être complets, sera illustrée par une série de films cinématographiques sur l'Indo-Chine, Madagascar, et l'Afrique occidentale française.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — Les « Journées médicales de 1923 », auxquelles leurs majestés le Roi et la Reine viennent d'accorder leur haut patronage, auront lieu du 24 au 27 juin. *Bruxelles médical* en assure comme précédemment l'organisation; le Comité d'honneur comprend S. E. M. l'Ambassadeur de la République française, S. E. M. le Ministre de Suisse, M. le Chargé d'affaires du Grand Duché de Luxembourg, les ministres de l'Intérieur et de l'Hygiène, des Sciences et des Arts, des Affaires étrangères, de la Défense nationale, le bourgmestre de Bruxelles, le gouverneur du Brabant, MM. les professeurs Bordet, Depage, Héger, Vandervelde, van Ermengem, Jean et René Verhoogen, Vince; M. Velghe, directeur général de l'Hygiène, et le lieutenant général Wilmaers, inspecteur général du Service de santé de l'armée.

Ces Journées, qui tiennent le juste milieu entre les Congrès, trop spécialisés, et les cours de perfectionnement, trop absorbants pour le praticien, connaîtront cette année encore le juste succès qu'elles remportèrent en 1921 et 1922. Grâce à la collaboration dévouée des personnalités les plus marquantes du corps enseignant universitaire, des chefs de service et de leurs assistants des hôpitaux, instituts et polycliniques de la capitale, le Comité a pu mettre sur pied un programme scientifique du plus haut intérêt qui permettra aux praticiens de se mettre au courant, en quatre jours, de tout ce qui a été fait de nouveau en matière de pratique et de technique médicales et chirurgicales. Toutes les spécialités seront envisagées au cours de cette session : l'anatomie pathologique, la cardiologie, la curiethérapie, la gynécologie, l'hygiène, la médecine infantile, la neurologie, l'obstétrique, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pathologie générale, la radiologie, les recherches biologiques, la syphiligraphie, la thérapeutique, l'urologie, les voies digestives, les voies respiratoires. Une large part sera faite à l'expansion scientifique par le cinéma.

Les grandes conférences et les communications seront nombreuses. De par la collaboration française, on peut dire que les Journées de 1923 seront une nouvelle et éclatante manifestation de l'amitié franco-belge. A côté de MM. de Beule (de Gand), Dustin et Rulot (de Bruxelles), il faut signaler les conférences de MM. Balthazard et Levaditi (de Paris), Forgue (de Montpellier), Bergonié (de Bordeaux), Pittard (de Genève), Moulonguet (de Paris), Pont (de Lyon), Klein (de Strasbourg), Caumartin (de Lille).

La matinée de la quatrième Journée sera consacrée à la visite des installations scientifiques et sanitaires de la ville d'Anvers. On en verra le programme détaillé dans le carnet du congressiste envoyé à tous les adhérents vers le 15 juin. A 12 h. 1/2, les membres des Journées s'embarqueront à bord d'une des spacieuses malles de l'Etat venue spécialement d'Ostende et descendront l'Escaut jusqu'à Flessingue pour gagner ensuite Ostende en longeant la côte belge. Ce sera un voyage magnifique, pour les Belges comme pour les étrangers, et qui, fait dans des conditions très spéciales de confort, clôturera de façon splendide les « Journées médicales de 1923 ».

Le programme des festivités comprend notamment une soirée artistique suivie de raout et une représentation de gala au théâtre Royal de la Monnaie.

Un programme spécial est réservé aux dames des congressistes, à Bruxelles comme à Anvers.

Les adhésions accompagnées du montant de la cotisation (25 francs; 15 francs pour les abonnés à *Bruxelles médical*; 40 francs pour l'excursion, trains et paquebots) doivent être envoyées au secrétaire général, le docteur Beckers, 36, rue Archimède, à Bruxelles.

LIVRES NOUVEAUX

Mœurs intimes du passé (7e série). *Enfances Royales* (1), par le docteur CABANÈS.

Dans cette 7e série des *Mœurs intimes du passé*, le docteur Cabanès, avec sa coutumière documentation et sa très précise érudition, expose quelles précautions on prenait avant la venue au monde d'un rejeton royal; quel cérémonial était observé quand il faisait son entrée dans le monde; de quels soins on entourait le nouveau-né princier, etc. Il nous fait connaître en outre avec un luxe de détails aussi savoureux qu'inédits, la manière dont on élevait un Fils de France, le genre d'éducation morale et *sportive* qu'il recevait, et c'est pour le lecteur autant de révélations.

Comme toujours, l'ouvrage est abondamment illustré, et l'image est adéquate au texte avec lequel elle se marie très agréablement.

L. G.

(1) Un volume in-16. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Albin Michel.

VIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 24-26 mai 1923)

Le Congrès de médecine légale qui s'est tenu à Paris, les 24, 25 et 26 mai 1923, sous la présidence de M. le professeur Pierre Parisot (de Nancy), a été particulièrement brillant, comme on en peut juger par l'importance des questions mises à l'ordre du jour, et aussi par les nombreuses communications qui ont suivi la discussion des rapports. Les membres du Congrès, plus nombreux que les années précédentes, avaient tenu à assister à l'inauguration officielle de l'Institut médico-légal. M. le professeur Balthazard avait eu l'heureuse idée, en effet, de faire coïncider l'inauguration de l'Institut médico-légal avec l'ouverture du Congrès. Le plein succès de cette cérémonie, sous la présidence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène, est la juste récompense des efforts des organisateurs du Congrès.

Notre but, ici, n'est pas de résumer, séance par séance, les importantes discussions qu'ont soulevées les différentes communications. Nous désirons seulement analyser, très brièvement, les rapports les plus intéressants, ceux qui intéressent non seulement le médecin-expert, mais aussi le médecin-praticien, qu'on se place soit au point de vue purement médico-légal, soit encore au point de vue de l'hygiène sociale.

Réglementation internationale des stupéfiants, notamment de la cocaïne. — MM. Courtois-Suffit et René Giroux rappellent l'extension de la cocaïnomanie et exposent dans leur rapport, l'état actuel de la législation destinée à lutter contre l'intoxication par la « coco », aussi bien en France qu'à l'étranger. Ils montrent les heureuses conséquences qui résulteraient d'une réglementation internationale de la vente des stupéfiants.

D'une façon générale, la législation étrangère est moins sévère que la loi française. En Allemagne et en Italie notamment, où le vice gagne tous les milieux et même la classe ouvrière, une ordonnance du 20 juillet 1920, prévoit, en cas de vente illicite des stupéfiants, un emprisonnement allant jusqu'à six mois et une amende pouvant atteindre 10.000 marks au maximum.

En Suisse, pour le canton de Genève, par exemple, en cas de premier délit, la loi prévoit une amende de 50 à 300 fr. et en cas de récidive, une amende pouvant atteindre 600 fr. Le maximum des arrêts de police est de trente jours.

En Angleterre, jusqu'à ces derniers temps, la loi du 16 août 1920 prévoyait, pour les trafiquants de stupéfiants, une amende de 200 livres et un emprisonnement avec ou sans travaux forcés, d'une durée maxima de six mois. En cas de récidive, l'amende était portée à 500 livres et l'emprisonnement à deux ans. Un amendement voté par la Chambre des communes aurait porté l'amende à 1.000 francs et la peine des travaux forcés à dix ans.

De même, en Belgique, la loi est moins sévère que la loi française, bien qu'elle permette de doubler les pénalités en cas de récidive (maximum deux ans de prison et 10.000 francs d'amende).

Les auteurs analysent la loi française du 13 juillet 1922 et montrent que la seule arme efficace contre le trafic et l'usage des stupéfiants est la création d'une Commission consultative des toxiques.

Ils insistent sur le rôle important joué par la Société des nations dans la lutte contre les intoxications morbides. Ils réclament une surveillance particulière de la production des toxiques en Allemagne et de les restreindre aux besoins purement médicaux. Nul doute que par un contrôle sévère du poison dans les usines qui le fabriquent et par une surveillance des frontières, le nombre des intoxiqués diminue vite.

— A la suite de ce rapport, une longue discussion s'est ouverte et parmi les nombreux congressistes qui ont parlé des modalités du trafic, nous retiendrons l'importante intervention de M. Vervaeck (de Bruxelles) et de M. Balthazard.

M. Vervaeck tient, tout d'abord, à marquer son complet accord sur les principes et les conclusions du rapport de MM. Courtois-Suffit et René Giroux. Pour cet auteur, il serait utile au point de vue répressif d'organiser des relations internationales suivies entre les polices criminelles. Actuellement, elles sont entravées par des formalités administratives et diplomatiques.

Comme les rapporteurs, M. Vervaeck est acquis à toutes les mesures pénales qui viendront renforcer la répression du trafic et la contrebande toxique, notamment l'interdiction de séjour et l'expulsion des étrangers, la suppression du sursis, l'élévation de l'amende à un chiffre proportionné aux énormes bénéfices des trafiquants.

Pour la même raison, M. Vervaeck est adversaire en principe, quand il s'agit de condamnés toxicomanes ou trafiquants, de toute proposition de grâce ou de libération conditionnelle. Un emprisonnement, dont la durée est inférieure à un an, est inutile. Il n'y a pas de guérison possible sans une prolongée de désintoxication; il est nécessaire de placer les toxicomanes condamnés dans une colonie psychiatrique. Il faut surtout, à leur libération, éloigner les cocaïnomanes des centres urbains où ils resteront longtemps exposés aux tentations et suggestions. L'auteur insiste : 1° sur la surveillance rigoureuse des pharmacies administratives et privées ; 2° sur le contrôle discret, mais efficace par des organismes médicaux professionnels des prescriptions, qui révélera, parfois aussi, la complaisance du médecin qui, aux Etats-Unis et en Italie, s'est révélée dangereuse ; 3° sur l'extension de la loi à toutes les spécialités narcotiques qui peuvent, dans certains pays, s'obtenir sans ordonnance médicale; 4° sur l'action éducative.

L'auteur termine sa très intéressante communication en reconnaissant que, seule, une réglementation internationale de la production et de la vente des stupéfiants peut arrêter la dissémination des toxicomanies. La propagande éducative permettra, enfin, de prémunir, contre le grave danger qui les menace, les adolescents et les intellectuels qui sont particulièrement prédisposés à la cocaïnomanie.

M. Balthazard s'associe aux conclusions des rapporteurs et attire l'attention sur les rapports de l'homosexualité et de la cocaïnomanie.

— A la suite de la discussion du rapport de MM. Courtois-Suffit et R. Giroux, *le Congrès a émis le vœu suivant* :

« Devant l'extension croissante du trafic de la cocaïne et autres stupéfiants, et les dangers, de plus en plus menaçants de la cocaïnomanie, le Congrès de médecine légale tenu à Paris, le 25 mai 1923 émet les vœux :

1° Que les poursuites contre les trafiquants soient énergiques et que la répression soit particulièrement sévère.

2° Qu'une réglementation internationale intervienne pour empêcher l'importation et la dissémination clandestine des stupéfiants.

3° Qu'il est nécessaire de compléter l'action répressive par des mesures éducatives. Il est utile, dans cet ordre d'idées d'organiser une propagande sobre et prudente de conférences, dans les milieux médicaux et pédagogiques, ainsi qu'une enquête médicale dans les différents pays sur la gravité du péril toxique. »

Etude critique de la loi sur les maladies professionnelles. — MM. Balthazard et Piédelièvre, dans un rapport très documenté et particulièrement instructif, exposent la loi sur les maladies professionnelles. Ils insistent surtout sur le calcul des indemnités et leur répartition entre les divers patrons, sur l'interdiction des ristournes, sur le but de l'expertise médicale, sur la procédure. Se basant sur 34 cas de maladies professionnelles, parmi lesquelles 33 avaient été rapportés au saturnisme, un seul à l'hydrargyrisme, les auteurs n'en ont admis, par application de la loi, que 21 : coliques de plomb (11), myalgies-arthralgies (2), paralysies des extenseurs (3), néphrite (4), goutte saturnine (1). A propos de la colique de plomb, MM. Balthazard et Piédelièvre insistent sur les formes frustes et les formes à rechutes.

Les auteurs font une critique de la loi que nous croyons utile de résumer. La notion de présomption d'origine, disent-ils, choque l'opinion médicale, comme elle l'a heurtée

dans la loi des pensions. Cette notion aboutit, en effet, à indemniser systématiquement la néphrite, par exemple, chez les saturnins, même dans les cas où cette néphrite n'a pas, pour cause unique, l'intoxication saturnine, même lorsqu'elle reconnaît nettement une autre cause.

Il paraît impossible, cependant, d'indemniser les ouvriers si on les oblige, comme en Suisse, à démontrer que leur maladie a, pour cause unique, l'intoxication professionnelle.

Une critique, mieux fondée, est faite par les ouvriers qui constatent que deux maladies professionnelles sont indemnisées parmi les quarante susceptibles de l'être. Mais, comme l'ont fait remarquer les rapporteurs, le législateur prudent a voulu procéder par étapes. L'application de la loi du 25 octobre 1919 n'a nullement donné lieu aux abus que l'on redoutait et lorsque les médecins-traitants et les médecins-experts connaîtront mieux la loi, on pourra étendre le domaine des maladies professionnelles.

Les rapporteurs considèrent aussi que la liste des maladies saturnines pourrait être étendue plus rapidement, de façon à inclure l'encéphalopathie saturnine, l'anémie saturnine, l'amaurose saturnine. Il conviendrait également d'assujettir de nouvelles industries, telles que la métallurgie du zinc, toujours plombifère, le trempage des limes, etc.

MM. Balthazard et Piédelièvre concluent leur rapport en montrant que dans la pratique la loi a donné toute satisfaction, car, les affections n'ayant rien à voir avec le saturnisme sont, en général, facilement écartées. Les maladies indemnisées sont nettement professionnelles ou, tout au moins, l'intoxication professionnelle a été la cause de leur aggravation et la vraie critique consiste dans l'impossibilité d'indemniser des manifestations graves et indubitables de l'intoxication saturnine comme l'encéphalopathie qui, dans un cas rapporté par les auteurs, par exemple, a entraîné la mort.

Diagnostic individuel des taches de sang. — M. Leone Lattes (de Modène), dans un long travail très intéressant, étudie les sources d'erreur de la réaction individuelle du sang. Il faut tout d'abord éliminer l'hétéro-agglutination, puis savoir distinguer une auto-agglutination d'une pseudo-agglutination.

Les deux phénomènes sont dus à une cause identique. Il s'agit d'un mode de réunion des globules rouges qui peut simuler la vraie agglutination, car, tout sérum peut, en général, provoquer deux sortes d'agglomération : l'une spécifique liée à la fixation d'une agglutinine sur les globules ; l'autre non-spécifique produite uniformément par une action physico-chimique.

L'étude de la pseudo-agglutination a, pour base, le phénomène connu de l'empilement des globules. Aussi, l'auteur s'est efforcé de préciser les conditions qui favorisent ou celles qui empêchent la pseudo-agglutination.

La différence des titres de la vraie et de la pseudo-agglutination a conduit le rapporteur à réclamer des dissolutions titrées des taches comprises entre 1 à 3 et 1 à 4 dans le but de conserver aux phénomènes d'iso-agglutination une intensité suffisante. M. Lattes décrit ensuite les différentes méthodes qui empêchent toute possibilité de pseudo-agglutination.

On peut ainsi, en général, assigner les taches de sang humain à leur groupe, ce qui conduit souvent à un diagnostic individuel.

Traumatismes de la colonne vertébrale et accidents du travail. — MM. E. Martin et P. Mazel (de Lyon) donnent un exposé des plus complets des traumatismes de la colonne vertébrale. Après avoir décrit les données étiologiques et insisté sur les lésions totales et partielles, les rapporteurs décrivent les types cliniques les plus habituels et suivant le siège cervical ou lombaire distinguent des formes aiguës et chroniques. En ce qui concerne la région dorsale, les auteurs insistent sur deux affections traumatiques à caractères spéciaux : la cyphose hérédo-traumatique et la maladie de Kummel. Après avoir étudié la simulation, l'exagération et l'hystéro-traumatisme, MM. Martin et Mazel exposent l'appréciation médico-légale du dommage causé. Les conclusions laissent entrevoir l'importance et l'intérêt du sujet traité.

Les lésions traumatiques du rachis, les plus intéressantes pour l'expert sont les lésions partielles, notamment les fractures sans retentissement médullaire ou radiculaire immédiat. Plus fréquentes qu'on ne l'admet habituellement, ces lésions peuvent demeurer initialement méconnues et n'être décelées que par des manifestations tardives : douleurs, et gibbosité.

L'effort *violent* suffit à produire certaines d'entre elles.

Il est rare que les formes partielles se traduisent par des signes cliniques caractéristiques. Elles engagent surtout l'expert à faire pratiquer la radiographie, mais certaines lésions traumatiques (entorses) échappent aux rayons X et l'expert n'est plus guidé que par les anamnestiques et l'examen clinique complet.

La simulation est exceptionnelle, la fausse attribution fréquente.

L'exagération est presque la règle. L'hystéro-traumatisme n'est à l'ordinaire que la prolongation dans le temps, de troubles initialement attribuables à une lésion traumatique.

Lorsque la guérison est incomplète, les lésions partielles du rachis n'entraînent qu'une incapacité permanente d'un taux peu élevé.

Des complications peuvent se produire dans les délais de révision.

L'influence du traumatisme sur le développement ou l'aggravation des affections médicales, des déviations ou des anomalies du rachis pose des problèmes souvent insolubles au point de vue scientifique.

En pratique, le point de vue scientifique doit être subordonné à la jurisprudence habituellement admise en matière d'état antérieur.

Fractures et luxations de la colonne vertébrale. — M. André Léri projette un certain nombre de radiographies qui montrent que des fractures ou des luxations, même très importantes, d'une portion quelconque de la colonne vertébrale (lombaire, dorsale ou cervicale) peuvent être la conséquence de traumatismes en apparence très minimes et ne se révéler presque par aucun symptôme. Ces fractures ou luxations latentes ou presque latentes ne peuvent être décelées que par une bonne radiographie. Leur méconnaissance entraînerait l'expert à de grosses erreurs d'interprétation.

Les paraplégies traumatiques tardives. — M. André Léri attire l'attention sur les *paraplégies* qui, comme les déformations ou les douleurs de la cyphose hérédo-traumatique ou de la maladie de Kummel, peuvent ne survenir que *tardivement*, plusieurs mois après un traumatisme rachidien.

Ces paraplégies semblent être dues à la formation soit de cals exubérants de fractures minimes, soit de néoossifications consécutives à des déchirures de ligaments et à des arrachements de parcelles périostiques ou osseuses. Semblables néoformations osseuses, quand elles siègent dans le canal vertébral, sont susceptibles de déterminer des compressions médullo-radiculaires, et par suite des paraplégies.

Anatomiquement, l'auteur a vu de telles productions ostéophytiques intrarachidiennes, mode de réparation tardif de déchirures ligamenteuses, et il présente la pièce. *Cliniquement*, M. Léri a observé deux exemples de ces paraplégies tardives, l'une consécutive à un traumatisme dorsal, l'autre à un traumatisme cervical : la radiographie, quand elle est très soigneusement faite, est apte à déceler les néoformations causales et à établir ainsi la relation de cause à effet entre la paraplégie et le traumatisme plus ou moins lointain.

La notion des paraplégies traumatiques tardives est d'autant plus importante à connaître pour le médecin expert qu'elles sont peut-être moins rares qu'on ne le croit; mais elles ont besoin d'être systématiquement recherchées pour pouvoir être rapportées à leur origine réelle. Leur méconnaissance entraînerait des erreurs d'appréciation inévitables dont les accidentés de travail pourraient être les victimes.

Fracture de la colonne vertébrale cervicale par extension forcée. — MM. Dervieux et Piédelièvre résument l'observation d'une femme de soixante-dix ans dont l'intérêt repose sur le mécanisme qui a produit la fracture et qui a été inverse de ce qu'il est habituellement. Le plus souvent en effet l'arrachement se fait au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires par hyperflexion ven-

trale. Dans cette observation au contraire, il s'est agi d'un mouvement exagéré de flexion dorsale c'est-à-dire d'*extension*. C'est là un mécanisme rare.

L'automobile meurtrière. — MM. Parisot et Morin (de Nancy) insistent sur l'extension des accidents d'automobile et sur la question de responsabilité civile et pénale que soulèvent ces accidents. La question est souvent délicate pour le médecin-expert et dans ce genre d'expertise, les auteurs considèrent que la levée des lieux, la levée de corps, l'autopsie, sont nécessaires, mais qu'il ne faut pas non plus négliger l'examen du véhicule-automobile.

Sans se substituer à l'ingénieur, le médecin pourra se rendre compte du fonctionnement de divers appareils (phares, éclairage avertisseur); il pourra examiner les dégâts de l'automobile, bris de vitres, phares déformés, radiateur, gardeboue, etc., ce sont des constatations qui dans les observations des auteurs ont permis d'expliquer certaines lésions du cadavre.

Enfin il pourra dans le cas d'automobile abandonnée, rechercher les empreintes visibles ou invisibles, caractériser les taches suspectes de sang, de matière cérébrale, identifier des poils, etc. Pour que tous ces recherches soient fructueuses, il faut faire appel à un médecin spécialisé et en temps opportun.

Un examen médical immédiat de chauffeur s'impose pour mettre en évidence un degré d'ébriété par exemple et plus tard un examen complet à toutes fins utiles.

MM. Parisot et Morin concluent leur rapport en mentionnant les mesures suivantes :

1° Mise en fourrière immédiate de l'automobile inculpée et photographie de véhicule;

2° Nécessité immédiate d'une levée de lieu, d'une levée de corps et d'une autopsie par un médecin spécialisé.

Deux cas d'hémorragie cérébrale traumatique. — MM. P. Parisot et Morin (de Nancy) rapportent deux cas d'hémorragie cérébrale traumatique particulièrement intéressants.

Dans le premier cas, il s'agit d'un individu jeune, robuste, âgé de trente-cinq ans qui a été victime d'un traumatisme évident, violent au niveau de la bosse frontale gauche et de la pommette correspondante, produit par une chute dans un escalier. L'hémorragie s'est faite immédiatement dans les noyaux centraux de l'hémisphère cérébral droit, soit en un point diamétralement opposé à l'agent causal. Les auteurs n'ont trouvé aucune modification pathologique qui puisse faire penser que cet homme était prédisposé à un processus hémorragique et concluent qu'il y avait un rapport très net de cause à effet entre le traumatisme et l'hémorragie cérébrale traumatique immédiate.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une hémorragie cérébrale, dite « traumatique tardive » qui s'est produite au niveau du corps strié chez un homme de quarante-trois ans dont l'aorte présente des lésions athéromateuses. Il existe en outre des lésions rénales, une hypertrophie ventriculaire gauche, une augmentation de volume du foie. Les artères cérébrales ne paraissent pas malades. D'après les commémoratifs il y a eu perte de connaissance une heure, indice certain d'une commotion cérébrale.

L'autopsie révèle en un point diamétralement opposé au lieu du traumatisme, une hémorragie centrale et sous-corticale. Depuis le traumatisme jusqu'à la mort, le blessé a surtout accusé de la céphalée sans troubles de la marche et de la parole.

La localisation de traumatisme sur l'extrémité céphalique est certaine. Il y eut commotion cérébrale immédiate. La période intercalaire de sept jours durant laquelle le blessé marche, se repose et s'alite de temps à autre, s'accompagne de mort brusque.

Bien que le blessé soit par les lésions sus-nommés un prédisposé à l'hémorragie cérébrale, il y a entre l'accident et l'hémorragie une relation de cause à effet.

Ces observations viennent à l'appui de l'important rapport de MM. Martin et Ribierre sur « les hémorragies cérébrales traumatiques » (1912) et de l'observation de MM. Dervieux et Piédelièvre. (*Annales de médecine légale*, septembre 1922.)

L'expertise médico-légale de crédibilité. — M. Louis Vervaeck insiste dans son importante communication sur la fréquence toujours croissante des expertises mentales et plus spécialement des expertises de crédibilité. Il montre que certains faits criminologiques semblent surtout avoir retenu l'attention des Juristes : l'influence parfois prépondérante des tares héréditaires, l'intervention de facteurs morbides dans certaines formes de criminalité; les limites fort imprécises du domaine pathologique en matière de délinquance. Il insiste sur les répercussions intellectuelles et nerveuses possibles de tout un groupe de processus pathologiques, infectieux ou chronique, aboutissant en dernière analyse à créer une intoxication paroxystique des centres cérébraux. Ne peut-on dans certains cas soupçonner ou incriminer à l'origine de délits ou de crimes peu explicables, l'intervention de la syphilis, du diabète, de la tuberculose, des perturbations endocriniennes, enfin de quelques affections chroniques déterminant à la fois des troubles nutritifs et des réactions autotoxiques à répercussions mentales?

A propos de dix-neuf expertises personnelles, l'auteur a constaté que fréquemment le magistrat instructeur a des raisons sérieuses de suspecter la véracité des allégations ou des accusations formulées par les prévenus, par certains témoins et parfois aussi par les victimes et qu'il demande alors au médecin légiste de le fixer sur le degré de créance à accorder à leurs dires.

L'expertise médico-légale de crédibilité doit être envisagée à des points de vue fort différents. Qu'il s'agisse d'un prévenu, de la victime, d'un dénonciateur ou même d'un témoin, elle aura pour objectif de préciser la normalité ou le caractère morbide des déclarations qu'ils ont faites au cours de l'instruction; la même question se posera quelquefois au sujet de la rétractation d'accusations ou d'aveux. Les investigations de l'expert ne devront pas se borner au domaine, vaste déjà, des altérations du témoignage, comme on peut l'observer dans la démence, l'épilepsie, l'hystérie et la débilité mentale à tous les degrés, mais s'étendre souvent aux éléments d'ordre physiologique qui sont susceptibles de l'influencer : âge, sexe, perturbations passagères, émotives ou passionnelles, du fonctionnement intellectuel.

L'expertise de crédibilité ne peut être acceptée que comme le complément de l'observation psychiatrique approfondie de celui dont les dires sont suspectes. Elle doit aussi se borner strictement à l'aide des constatations psychologiques et médico-mentales, à déterminer le degré de créance que l'on doit accorder aux déclarations d'un sujet dont la normalité d'esprit est douteuse sans s'aventurer à affirmer la réalité ou l'exactitude de celle-ci. Maintenue dans de telles limites, l'expertise de crédibilité pourra largement bénéficier de l'apport scientifique des travaux modernes de psychologie expérimentale, notamment dans le domaine de la valeur psychologique du témoignage.

Avortement simple et auto-dénonciation d'infanticide par une jeune fille débile. — M. Sorel (de Toulouse) rapporte cette observation à l'appui de la question de l'expertise de crédibilité. Il s'agit d'une jeune bonne qui s'accusait d'avoir étouffé son nouveau-né de quatre mois, bien qu'il ne portait aucun signe de suffocation. Nul doute que l'enfant n'avait pas vécu. L'enquête démontra que la mère avait été hospitalisée pour débilité psychique et signes de démence précoce; elle présenta d'ailleurs quelques réactions violentes à la maison d'accouchemnnt et dut être internée dans un asile. Comme on le voit il ne faut pas accepter sans contrôle, l'auto-accusation d'une inculpée.

Quelques considérations médico-légales à propos de la décapitation. — M. E. Sorel (de Toulouse) attire l'attention à propos de la décapitation de deux soldats : 1° sur la section du cou qui intéresse la IIIe vertèbre cervicale en plein corps vertébral suivant un trajet oblique de haut en bas; le larynx est sectionné au sommet du cartilage thyroïde, la ligne de décollation vient effleurer la région sous-mentonnière. Il n'y a pas de luxation vertébrale; 2° sur l'aspect de la face répondant à la description classique; 3° sur la saignée à blanc non seulement de la face mais de tous les viscères; 4° sur la rigidité cadavérique qui a débuté dans l'heure qui a suivi l'exé-

cution; 5° sur la docinasie hépatique qui s'est montrée positive.

La loi sur les accidents agricoles et l'intoxication arsenicale. — M. GAUSSEL (de Montpellier) conclut de son importante communication que la loi sur les accidents agricoles du 15 décembre 1922 devrait prévoir et couvrir les risques d'accidents dus à l'emploi des arsenicaux en agriculture. La tâche du médecin-expert consisterait à établir nettement l'origine professionnelle des accidents observés chez les ouvriers et à éviter d'attribuer au travail agricole ce qui serait le fait d'une intoxication accidentelle ou même criminelle.

Etude sur la rigidité cadavérique. — M. J. LECLERQ (de Lille), poursuivant ses travaux sur la décomposition cadavérique, considère que l'apparition de la rigidité cadavérique est commandée par l'acidification des muscles, et d'une façon générale par l'accumulation dans les cellules musculaires, du fait de l'arrêt de la circulation, des produits organiques constitués par la désintégration incomplète, sous l'influence de diastases locales, des substances alimentaires qui s'y trouvent au moment de la mort. Parmi ces substances, l'acide lactique joue le rôle de beaucoup prépondérant.

Des facteurs secondaires peuvent intervenir aussi pour hâter l'apparition de la rigidité cadavérique en favorisant la formation, l'accumulation et la concentration dans le muscle de ces produits de désintégration avant ou après la mort. Ce sont, en particulier, la fatigue musculaire, la tétanisation du muscle, la chaleur, l'excitation du système nerveux, la déshydratation. Au contraire, l'oxygénation des tissus, leur hydratation, l'isolement précoce du muscle du système nerveux central entravent l'apparition du phénomène. Enfin, la disparition de la rigidité est liée à une altération des fibres musculaires sous l'influence des phénomènes autolytiques qui se manifestent au début de la décomposition cadavérique. La rigidité cadavérique apparaît ainsi comme l'ultime conséquence des phénomènes vitaux dans le muscle. Elle constitue le chaînon qui relie les dernières réactions vitales de la fibre musculaire au premier stade de la décomposition de la matière.

Les lésions histologiques dans les asphyxies mécaniques. — MM. PELLISSIER, LECLERCQ et CORDONNIER (de Lille) ont étudié les diverses altérations pulmonaires d'animaux (dix lapins, quatre rats) tués par pendaison. Elles se rapportent exclusivement à des troubles d'origine mécanique.

Les troubles mécaniques vasculaires comprennent : la congestion intense des vaisseaux et des capillaires des parois alvéolaires, la transsudation due à l'afflux du sérum sanguin à l'intérieur des cavités alvéolaires : œdème aigu, asphyxique, sans leucocytes, sans fibrine; l'anémie qui se rencontre dans les zones emphysémateuses où quelquefois œdémateuses très riches en bulles d'air. Il en résulte une réduction de la capacité pulmonaire que l'on peut évaluer à 50 p. 100 dans certains cas.

Les troubles mécaniques trabéculaires comprennent : l'apneumatosis qui est le plus souvent partiel, et l'emphysème qui s'accompagne de la dilatation des pores et des ruptures de cloisons interalvéolaires.

Ces altérations sont identiques à celles signalées par les auteurs sur des poumons humains d'asphyxie mécanique.

De plus, il existe un rapport inverse entre l'intensité de l'œdème et l'importance de l'emphysème. Les lésions ne sont pas massives mais disséminées, procédant par foyers multiples et contemporains d'étendue variable. Elles présentent toujours ce caractère d'alternance, zone d'œdème, zone d'emphysème, à tel point qu'on pourrait envisager un *nodule asphyxique* constitué par une zone centrale d'œdème et de congestion entourée d'une zone d'emphysème.

Sur l'identification des douilles et des projectiles tirés. — MM. G. DERECHTER et MAGE (de Bruxelles) basent l'identification des douilles sur les dessins imprimés au moment du départ du coup par l'épaulement de la glissière des armes automatiques sur les douilles éjectées.

Pour les projectiles, les auteurs se basent surtout sur les stries laissées par les machines-outils et les polissages imparfaits que subit le canon pour l'élaboration de ses rayures. En terminant, les auteurs rendent hommage aux travaux remarquables du professeur Balthazard qui ont établi et précisé la base de l'identification des munitions tirées.

Mort du nouveau-né par hémorragie méningée ou par suffocation. — MM. P. PARISOT et MORIN (de Nancy), à propos de trois cas d'infanticide par suffocation, sans violences extérieures, ont noté le rapport entre l'asphyxie par suffocation et l'hémorragie méningée et recherché la lésion pulmonaire la plus caractéristique de la suffocation, notamment la valeur de l'emphysème alvéolaire ou sous-pleural. Dans un cas en particulier, l'hémorragie méningée pouvait s'expliquer par la chute de l'enfant sur le sol. Quant aux lésions pulmonaires, elles ne pouvaient, en dehors de tout aveu, permettre de conclure à la suffocation, car les lésions observées accompagnent parfois l'hémorragie méningée produite pendant l'accouchement (2 cas rapportés par Brouardel). Il y a lieu de noter aussi que, dans cette observation, il n'existait pas des lésions manifestes d'emphysème pulmonaire.

Quant aux signes de l'asphyxie mécanique, d'après les trois observations, ils se résument de la façon suivante : les poumons sont en général volumineux, de teinte marbrée, les ecchymoses sous-pleurales, la congestion pulmonaire, la réplétion des gros vaisseaux sont fréquentes, mais dans un cas seulement les auteurs ont noté de l'emphysème pulmonaire et sous-pleural.

L'emphysème pulmonaire aux yeux des auteurs est un signe inconstant bien qu'il soit considéré comme pathognomonique de l'asphyxie mécanique.

Sur l'interprétation médico-légale des relations de la néphrite et du saturnisme professionnel. — MM. VERGER et P. LANDE, à propos d'un cas particulier, concluent de leur étude que, par le jeu de la présomption légale et l'impossibilité pratique de la preuve contraire, les ouvriers qui manipulent du plomb sont complètement couverts contre les risques de néphrite chronique. Ils font observer cependant que le délai légal d'un an, qui aboutit à faire porter toute la responsabilité au dernier employeur, est bien court pour la néphrite dont la période d'évolution silencieuse est souvent beaucoup plus longue. Et il y a une grosse invraisemblance médicale dans le fait d'assigner le même délai légal à une affection chronique comme la néphrite dont le début réel ne peut être exactement précisé, et à des affections subaiguës comme la paralysie ou la myalgie saturnines.

Note sur la caractérisation des traces de savon. — MM. Maurice MULLER et A. PATOIR (de Lille) ont recherché les dilutions limites au delà desquelles on ne peut plus obtenir les réactions caractéristiques des traces de savon. En recherchant si la solution est alcaline, si elle mousse, si elle précipite avec le chlorure de baryum et si le résidu sec calciné et repris par l'eau donne la réaction alcaline des matières organiques végétales calcinées, les auteurs constatent qu'il est facile de caractériser une dilution au quatre millième de savon blanc et au six millième de savon noir et que cela devient difficile au dix millième. Dans la pratique où l'on n'a pas affaire à des quantités si minimes de savon, la méthode est suffisante, à condition toutefois d'opérer sur une solution aussi concentrée que possible.

Les auteurs se demandent si on peut affirmer par cette méthode la présence de savon dans un utérus de femme ayant succombé à des manœuvres abortives ou dans le placenta de femme n'ayant pas succombé.

Dans cette seconde hypothèse, ils ont pu répondre affirmativement.

* * *

Pour clôturer le Congrès une séance extraordinaire de la Société de médecine légale de France s'est tenue le 28 mai au Palais de Justice pour discuter la question mise à l'ordre du jour : Déclaration des décès en France.

RENÉ GIROUX.

LE 75e ANNIVERSAIRE
DE
LA FONDATION DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 26, 27 et 28 mai 1923

Fondée il y a plus d'un demi-siècle, la Société de biologie, dont les présidents se sont jadis appelés Claude Bernard, P. Bert et Marey, et dont le doyen d'âge est le professeur Hayem, nommé en 1869, vient d'avoir ses trois glorieuses. Dans les matinées des 26, 27 et 28 mai, elle a réuni, en effet, l'élite des représentants de ses nombreuses et florissantes filiales et traité des sujets de la plus haute importance doctrinale.

Pour commencer, un discours du professeur Ch. Richet : le maître salue les assistants, rappelle les modestes débuts de la Société et montre que, ce qui a, au début, réuni quelques savants, c'est l'idée de s'intéresser en commun aux sciences biologiques. N'est-ce pas aux confins des sciences que se font les découvertes? Qui ne se rappelle, particulièrement aujourd'hui, le magnifique exemple de Pasteur qui, parti de la minéralogie, a fini par révolutionner la médecine? Fidèle à son programme, la Société de biologie continue à discuter avec passion le problème de la vie.

***

Trois rapports seulement, mais tous trois remarquables et par le choix de la question, et par la manière dont ils ont été traités. Leur analyse détaillée dépassant, de beaucoup, les limites de ce bref compte rendu, indiquons-en, seulement, les grandes lignes, comme les chapitres qui peuvent intéresser le médecin.

M. A. Brachet s'occupe de la **génération et de la fécondation**. Tandis que la génération agame offre, dans l'ensemble des règnes animal et végétal, les plus grandes variétés, la génération sexuée présente une parfaite uniformité dans toute la série animale. Autre différence plus capitale encore. Dans celle-là, équipotentialité originelle des diverses parties du corps de l'organisme, c'est-à-dire possibilité, pour telle partie de l'organisme adulte, de provenir de n'importe quelle partie de l'œuf. Dans celle-ci, différenciations régionales de l'œuf, impliquant des localisations germinales, substratum matériel de ce qui, plus tard, deviendra, soit une région, soit un organe. Prenons, par exemple, un œuf de vertébré inférieur : ses deux moitiés, droite et gauche, sont l'origine respective des futures moitiés de l'organisme adulte : la partie supérieure de sa moitié *gauche* donnera naissance à la moitié *gauche* de la tête, la partie *inférieure* de cette même moitié, au membre *inférieur* gauche. C'est ce que montrent des expériences délicates qui consistent à piquer telle ou telle partie de l'œuf, à entraver le développement de telle partie de l'organisme. Dans la reproduction sexuée, l'œuf est l'élément fondamental et essentiel; seul, il possède les matériaux nécessaires à assurer une ontogénèse. Quant au spermatozoïde fécondant, il peut modifier, sans doute, l'ordonnance des localisations germinales : il ne peut pas les créer. Son rôle est un rôle de mise en marche. Il tire de leur sommeil les potentialités latentes de l'œuf et imprime, aux détails du développement ontogénique, une allure particulière.

M. Zwaardemaker étudie ensuite l'**action physiologique du potassium et du calcium** et développe, en s'appuyant sur des recherches en grande partie personnelles, cette thèse que, dans cette action, les phénomènes radio-actifs jouent un rôle capital.

Le potassium, en effet, doit son caractère essentiel à sa radio-activité, découverte en 1906 par Campbell et Wood; il peut être remplacé, dans les tissus, par tout autre élément radio-actif, à condition que le remplacement s'effectue à doses équivalentes radio-actives. D'un certain degré de radio-activité dépendent surtout l'automatisme de certains organes : cœur, œsophage, intestin, utérus, et les actions de synapse démontrées sur les nerfs vaso-moteurs et sur le nerf vague de certains animaux. Vient-on à supprimer le rayonnement corpusculaire émis par le potassium, les substances sensibles vivantes que l'on soumet à son action entrent en état de moindre fonctionnement : les automatismes, par exemple, deviennent latents par suppression de la radio-activité pour redevenir manifestes lorsque la radio-activité est rétablie à doses convenables.

Quant au calcium, il est, comme on sait, l'agent essentiel de la tonicité. Sans lui, ne se manifestent ni la contraction du cœur déterminée par la lumière, ni celle produite par divers métaux, ni celle produite par certaines substances radio-actives à doses radio-équivalentes. A ce calcium, s'opposent, d'ailleurs, les atomes ou groupes d'atomes suivants : Li, Na, AzH^4, K.

A noter, enfin, que, parmi les nombreuses conditions qui doivent être remplies pour qu'une formation donnée s'effectue régulièrement, il faut citer la proportion fixe de K et de Ca. Cette liaison entre la fonction et cette proportion fixe de K et de Ca (balancement) est due à des propriétés non spécifiques.

Troisième question : **Le problème de l'immunité chez les invertébrés**. M. J. Cantacuzène, qui s'est chargé de la poser, fait remarquer, tout d'abord, combien ce problème est encore mal connu. Sont-ils capables de répondre, par l'élaboration d'anticorps, à l'introduction d'antigènes? on leur a souvent contesté cette propriété. En réalité, il est impossible d'admettre, à ce sujet, une formule générale, et l'on ne doit pas oublier qu'en matière d'immunité, la nature et l'énergie des réactions humorales, et, par conséquent, les méthodes employées, pour les mettre en évidence, doivent varier selon les conditions physico-chimiques du milieu intérieur propre à tel ou tel invertébré. Pour éviter les causes d'erreur, il faut surtout tenir compte de la concentration saline du sang, connaître l'existence, chez nombre d'invertébrés marins, d'anticorps « empêchants », se rappeler que le temps nécessaire à l'apparition, dans les humeurs, des anticorps provoqués par des injections d'antigène, varie beaucoup d'une espèce à l'autre, que certaines réactions *in vitro* se produisent avec lenteur, que l'absence d'agglutination ou de bactériolyse par les humeurs ne veut pas forcément dire que ces propriétés n'existent pas, et savoir que le choix de l'antigène employé est de la plus haute importance.

L'immunité naturelle est constante chez les invertébrés : elle les protège solidement contre toute espèce de bactéries ou de toxines, comme en témoignent nombre de faits expérimentaux.

Quant à l'immunité acquise, elle est non moins certaine, mais nous ne la connaissons pas aussi bien; le temps nécessaire à son établissement varie d'une espèce à l'autre, et, pour sa durée, elle n'est pas encore fixée. Elle se traduit par une intoxication de tous les processus de l'organisme, et, parfois, par l'apparition de propriétés humorales nouvelles.

Comment les invertébrés réagissent-ils à l'introduction de corps étrangers? De deux façons.

Par la réaction phagocytaire, phénomène général et particulièrement facile à mettre en évidence, et les faits établis, à ce sujet, par Metchnikoff, subsistent dans leur intégralité. Mais, tandis que, chez les métazoaires inférieurs, cette réaction est due à toutes les cellules, chez les espèces d'évolution plus avancée, elle est réservée aux éléments d'origine mésodermique ou mésenchymateuse.

Par la production d'anticorps naturels, dont on a démontré l'existence chez un grand nombre d'invertébrés, et dont les plus répandus semblent être les agglutinines.

Jusqu'à présent, on n'a pas réussi à déceler la présence, chez les invertébrés, de complément. Toutefois, chez quelques-uns d'entre eux, semblent exister, au moins, des actions complémentaires.

Par des injections d'antigènes bien choisis, on peut faire apparaître, chez certains invertébrés, des propriétés humorales nouvelles, surtout nettes chez les insectes, et dues à des anticorps thermolabiles. Parfois, ces propriétés ne se manifestent pas dans les humeurs elles-mêmes, mais au voisinage des cellules préalablement lésées; dans ces actions de contact, que l'on observe avec une parfaite netteté chez les siponcles, interviennent sans doute des actions électriques.

***

Les trois rapporteurs ont été très écoutés, très applau-

dis. Comment une assistance de physiologistes et de biologistes éminents n'eût-elle pas apprécié la clarté étincelante de M. Brachet, la splendeur novatrice de M. Zwaardemaker, la hauteur de vues de M. Cantacuzène? M. Ch. Richet les remercie en termes particulièrement heureux, et, en déclarant close cette belle séance, dont le succès fait honneur à celui qui l'a organisée, à M. Aug. Pettit, secrétaire général, l'âme de la Société et grand spécialiste en initiatives heureuses, il rappelle la phrase célèbre de Pasteur : « Je crois invinciblement que la science et la paix triompheront un jour de l'ignorance et de la guerre ! » L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 MAI 1923)

Etude du scorbut produit par un régime complet et biochimiquement équilibré, uniquement dépourvu de facteur C. — M. J. LOPEZ-LOMBA et Mme RANDOIN.

La tension superficielle, le gonflement et la narcose. M. W. KOPACZEWSKI.

Rôle sclérogène des cellules géantes. — M. R. ARGAUD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1923)

Le bacille de Koch et les associations microbiennes dans la fonte suppurative des foyers caséeux pulmonaires. — M. LETULLE, en son nom et au nom de M. Halbron, fait une communication sur ce sujet dont voici le résumé :

L'étude histopathologique des foyers caséeux bacillifères de la tuberculose montre, en particulier, trois détails importants :

1° Quelle que soit l'origine du bloc caséeux, la matière caséeuse ne renferme que des bacilles de Koch, tant qu'elle n'est pas entrée en voie de ramollissement, c'est-à-dire la fonte inflammatoire.

2° L'effondrement inflammatoire (suppuration du bloc caséeux) débute toujours par une prolifération surabondante de bacilles tuberculeux ou par un appel énergique de leucocytes, parmi lesquels prédominent les polynucléaires.

3° Aussitôt qu'en un point quelconque de la masse caséeuse la fonte puriforme apparaît les microbes associés, surtout les diplocoques accourent en abondance ; ils suivent les infiltrations leucocytaires et pullulent en un lieu de pus bacillifère.

On peut, ainsi, trouver parfois de véritables cultures de microbes associés, en pleine masse caséeuse, à une certaine distance des foyers de suppuration. Mais, ces poussées correspondent à des poussées microbiennes agoniques ou même cadavériques.

En résumé, les microbes associés ne paraissent jouer, dans la suppuration des foyers caséeux, qu'un rôle effacé, de second ordre. Ils n'ont rien à faire dans l'extension centrifuge des poussées broncho-pneumoniques en évolution.

Rôle du médecin dans la pénétration pacifique chez l'indigène au Maroc. — M. DESNOS. La part que le Corps médical a prise au merveilleux développement de la colonisation et de l'influence française, au Maroc, est telle, que le maréchal Lyautey, se voyant si bien secondé a pu dire, sans exagération : « En matière de pacification au Maroc, un médecin vaut un bataillon. »

Un organisme directeur dispose de pouvoirs absolus sur la marche des services sanitaires et constitue un véritable ministère de la santé et de l'hygiène publique. De lui, dépendent les hôpitaux et les dispensaires qui se multiplient dans toutes les grandes villes ; mais, la création la plus originale qui, seule, a fonctionné au début et qui est encore indispensable est le groupe sanitaire mobile. Destiné à renforcer les unités réglementaires pendant les opérations militaires, son action ne s'interrompt pas après la pacification. Il se porte dans les différents points où l'on signale des agglomérations de malades ou des foyers d'épidémie. En particulier, quand un cas de peste est signalé, le chef de groupe, appuyé ou non par des forces militaires prend les décisions les plus énergiques, exerce une véritable dictature sanitaire, assure l'encerclement de la région ; il y pénètre lui-même, prend les mesures de prophylaxie et procède, en particulier, à la destruction des rats. Aussi, depuis longtemps, aucun foyer important de peste ou de typhus ne s'est étendu.

A mesure que la pacification se poursuit, le groupe sanitaire s'éloigne ou s'efface pour faire place au médecin d'assistance ou de colonisation. Dans la circonscription, souvent très vaste, qui lui est assignée, il parcourt les villages, surtout les jours de souks ou de marché, distribue des médicaments, de la quinine surtout ; pratique de petites opérations, des injections d'arsénobenzol dont les indigènes connaissent l'efficacité ; quant aux vaccinations jennériennes, elles deviennent obligatoires.

Les résultats sont importants; la variole disparaît, les teignes, presque générales dans les familles, sont traitées méthodiquement, le paludisme est combattu efficacement; enfin, la syphilis, dont 80 p. 100 de la population est atteinte, est déjà en décroissance.

La renommée du médecin, du toubib guérisseur, se répand vite dans le bled et dans la montagne et fortifie ce que le maréchal Lyautey a appelé la politique du sourire. Mais pour en arriver là, il a fallu l'effort héroïque et les exploits que nos médecins ont accomplis au début de la conquête et qu'ils accomplissent encore aujourd'hui.

Nombreux sont les cas où un médecin a eu le courage de s'avancer seul, au péril de ses jours au-devant d'une tribu hostile; bien souvent, se faisant connaître comme toubib et employant l'influence que les guérisons réalisées lui avaient acquise; il a pu obtenir la soumission des tribus dissidentes, là où nos armes ou la diplomatie avaient échoué. Il faut avoir eu ces faits sous les yeux pour comprendre l'abnégation, l'intelligente ténacité, le courage avec lesquels nos confrères ont servi la France, et je suis certain que l'Académie s'associera à l'hommage que je rends ici à leur patriotisme.

M. CAZENEUVE fait ressortir tout l'intérêt de la note de M. Desnos et rappelle que, déjà, le général Galliéni avait insisté sur le rôle important du médecin en matière de colonisation pacifique.

Le grand administrateur, qu'était Galliéni, avait dû comprendre la grande tâche qu'avaient à accomplir les administrateurs coloniaux et le grand intérêt qu'ils avaient à s'appuyer sur le Corps médical.

Traitement du décollement de la rétine. — M. DE LAPERSONNE lit un rapport sur un travail de M. Sourdille, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, ayant trait à « une méthode de traitement du décollement de la rétine ». L'auteur est d'avis que cette affection ne doit pas conserver, pour les médecins et le public, son triste renom d'incurabilité. Il a obtenu de bons résultats en combinant et coordonnant divers procédés. Au moyen d'un fin couteau de Graefe, il fait deux ou trois ponctions dans la sclérotique à la hauteur du décollement, en ayant soin de perforer la rétine décollée : l'humeur vitrée formant sous la conjonctive une boule d'œdème, il injecte quelques gouttes de cyanure de mercure, au millième dans cette partie saillante du vitré. La réaction est assez vive. Sur 35 cas anciens ou récents opérés, il a obtenu 19 guérisons ou améliorations. Quelques cas datent de deux ans, sans récidive.

Etant donné la gravité habituelle de cette affection, on peut dire que ces résultats sont très encourageants.

Les statuts des sages-femmes. — Au cours de cette séance M. BAR, au nom d'une commission spéciale, nommée en 1917, et qui, depuis cette époque a été l'objet de discussions nombreuses prolongées, et animées, a fait un rapport magistral dans lequel il a abordé bien des questions, depuis la pour-

(1) Cette intéressante communication de M. Desnos confirme de tous points, l'analyse qui a été faite dans la *Gazette*, d'un livre sur le Maroc (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 58, p. 930).

suite de l'avortement criminel jusqu'au sort actuel des 10.000 sages-femmes de France qui, bien que plus instruites et plus compétentes pour soigner les femmes en couche et les enfants nouveau-nés, sont moins favorisées que bien des infirmières volontaires.

Ce rapport n'est pas de ceux qu'on puisse résumer en quelques lignes. Comme il est appelé à devenir le point de départ d'une importante discussion, nous y reviendrons.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er JUIN 1923)

La cure de la pleurésie interlobaire et des suppurations pulmonaires par le pneumothorax thérapeutique — MM. J. TROISIER et R. GAYET, à propos d'une observation personnelle de pneumothorax artificiel au cours d'une suppuration pulmonaire et interlobaire cachectisante postpneumonique suivi de guérison rapide, étudient les indications et les contre-indications du Forlanini, dans les pleurésies interlobaires suppurées et les suppurations persistantes du poumon. Ils estiment que le traitement habituel de ces malades, lorsque les lésions sont unilatérales, devrait consister généralement en injections gazeuses dans la grande cavité pleurale qui permettent souvent d'effectuer, grâce à un collapsus parfait du poumon, une véritable expression du pus par les bronches et provoquer par là même la guérison de cas tout particulièrement graves.

Néphrite suraiguë, anurie et mort consécutive à l'ingestion répétée de petites doses de sous-acétate de plomb. — MM. F. RATHERY et R. MICHEL, rapportent une observation d'anurie toxique qui présente un triple intérêt. Au point de vue clinique, toute une série de recherches ont été effectuées concernant plus particulièrement l'azotémie, la glycémie sucre libre et l'hyperprotéidoglycémie.

Les lésions anatomo-pathologiques se présentent suivant un type très particulier : lésions de cytolyse des tubes contournés, lésions d'homogénéisation des tubes droits et de quelques tubes contournés.

Enfin les auteurs discutent l'origine de cette néphrite et ils soulèvent la question de nocivité toute spéciale des petites doses longtemps répétées.

Pneumonie d'un lobe anormal terminée par méningite. — MM. G. PAISSEAU et DUCHON rapportent l'observation d'un cas de pneumonie qui se traduisit au début par une image radiologique de pneumonie centrale due, en réalité, à l'hépatisation d'un lobe pulmonaire anormal. L'erreur d'interprétation radiologique paraît cependant évitable, dans les cas de ce genre, en raison de la limitation anormalement nette et régulière de l'ombre médiastine.

Cette pneumonie se termina, malgré le traitement aérothérapique précoce, par une méningite avec envahissement microbien massif du liquide céphalo-rachidien. Le même phénomène s'étant produit simultanément dans le liquide pleural, cette observation tend à montrer que ces pullulations microbiennes avec réaction cytologique atténuée ou nulle du liquide céphalo-rachidien sont dues moins à des causes locales qu'à un processus d'ordre général, vraisemblablement à une sidération des défenses organiques.

Eczéma et prurit par anaphylaxie à la farine. Désensibilisation. — MM. H. GRENET et R. CLÉMENT. Chez une femme de soixante-trois ans, atteinte depuis l'âge de quarante ans d'un eczéma rebelle à tout traitement, eczéma chronique très prurigineux avec poussées aiguës extrêmement violentes, les auteurs ont pu mettre en évidence la sensibilisation à la farine (amélioration par la suppression du pain, intradermo réactions à la farine, déclanchement d'une crise hémoclasique par l'ingestion de 100 grammes de pain). La malade a été rapidement désensibilisée par quelques injections sous-cutanées de farine diluée dans du sérum physiologique. Les lésions d'eczéma et le prurit ont complètement disparu, bien que le régime alimentaire soit redevenu absolument normal. La guérison se maintenait encore au bout de sept mois, date à laquelle la malade a été perdue de vue. Il est intéressant de connaître et de penser à rechercher ces faits de sensibilisation pour un aliment aussi banal que le pain.

Péricardite tuberculeuse à épanchement volumineux hémorragique. Paracentèse du péricarde. Guérison. — M. AMANDRUT (de Laval) rapporte l'observation d'une péricardite tuberculeusse hémorragique datant de plusieurs mois dont l'évacuation fut effectuée en deux fois. Chaque ponction fut suivie d'une injection péricardite d'hémostyle. L'enfant fut mis au régime déchloruré pendant un mois et demi et absorbe 4 grammes de chlorure de calcium par jour jusqu'à résorption complète de l'épanchement. Héliothérapie pratiquée tout l'été. La guérison se maintient depuis dix mois.

Le réflexe naso-facial. — MM. P. Emile WEIL, LÉVY-FRANCKEL et JUSTER ont étudié le réflexe naso-facial, provoqué par l'excitation de méat supérieur. Dans la pneumonie, les auteurs ont noté une réaction congestive violente, et une mydriase généralement homologue à la lésion pulmonaire; dans les affections chroniques du poumon, la recherche du réflexe exagère l'anisocorie quand elle existe, la met en évidence quand elle est latente. Dans la syphilis nerveuse, le réflexe naso-facial permet de différencier les inégalités pupillaires dues au tabès de celles qui dépendent d'autres causes (aortites ou médiastinites), l'anisocorie n'étant pas modifiée dans le premier cas, et étant au contraire exagérée chez les syphilis nerveuses tabétiques. Dans les paralysies faciales périphériques, le réflexe est supprimé ou diminué. Il est au contraire normal dans les paralysies centrales. Le réflexe naso-facial permet, en résumé, d'interroger le système sympathique local de la face, et, de plus, de connaître le degré d'excitabilité générale de système sympathique de sujet examiné.

Tachycardies et lésions cardiaques au centre spécial de réforme. — M. BRELET (de Nantes) insiste sur les erreurs de diagnostic toujours possibles quels que soient les soins apportés à l'examen et qui donnent lieu soit à des sous-estimations, soit à des surestimations. Les secondes sont infiniment plus nombreuses que les premières. Elles sont d'autant plus fâcheuses qu'elles font donner à de faux cardiaques des pensions définitives.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1923)

A propos d'un cas de kyste hydatique du poumon chez un syphilitique. — MM. DUCAMP, GUEIT, PUECH et VILLA. Dans le cas observé par les auteurs, avec un Wassermann positif dans le sang, les réactions biologiques du kyste hydatique furent négatives. La radioscopie tout d'abord négative malgré l'existence de signes fonctionnels et physiques assez anciens, montra à la base du poumon droit l'existence d'une tumeur arrondie, qui en l'espace de un mois et demi, était passée du volume d'une mandarine à celui d'une grosse orange et cela malgré le traitement antisyphilitique. Le diagnostic de kyste hydatique fut établi par une ponction exploratrice qui permit de retirer un liquide présentant des crochets. Il fut confirmé par l'intervention chirurgicale qui amena la guérison.

Un cas de pneumococcémie avec ictère. — MM. DUCAMP, GUEIT et VILLA. Le tableau clinique était caractérisé par une pneumonie, un ictère dissocié avec gros foie; l'hémoculture décela la présence de pneumocoques dans le sang. Décès au douzième jour. A l'autopsie pneumonie en hépatisation grise, myocardite et lésions de néphrite aigue, rate infectieuse, gros foie pâle. Microscopiquement les lésions du foie prédominent au niveau des espaces portes (infiltration leucocytaire) comme si l'infection s'était faite à la fois par la voie artérielle et par la voie de la veine porte (déglutition des crachats, passage des pneumocoques dans les veines mésentériques et de là dans la veine porte.

Absence congénitale bilatérale du péroné. — MM. MASSABUAU, A. GUIBAL et MARICAN.

Fracture de Shepherd Os trigone. — MM. LAPEYRE et MOURGUE-MOLINES.

Les échanges gazeux et la dépense d'énergie sont-ils accrus dans le diabète pancréatique expérimental? — M. L. HEDON. Les échanges gazeux, mesurés chez plusieurs chiens d'abord normaux, puis dépancréatés avec greffe, enfin totalement dépancréatés et glycosuriques, montrent que la dépense d'énergie est accrue d'environ 30 p. 100 dans le diabète. Dans une seconde série de recherches, faisant suite à celles de sa thèse de doctorat, l'auteur a toujours constaté cette augmentation qui peut exister dans certains cas à l'état dépancréaté avec greffe, dans d'autres seulement après extirpation des greffons.

Prévention de la rougeole par injection de sang frais total citraté de convalescent. — M. LAUZE (d'Aimargues).

Créatinémie et créatininorachie. — MM. CRISTOL et BOUKOVALA.

Absence congénitale du radius. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et MARICAN.

Quelques considérations sur le métabolisme basal. Calcul de la dépense d'énergie par unité de poids et par unité de surface. — M. L. HEDON se basant sur des expériences faites chez un chien normal soumis à un jeûne prolongé et chez des chiens rendus diabétiques par extirpation du pancréas, l'auteur estime que le calcul de la dépense minima par unité de surface ne constitue pas un progrès et peut même faire commettre de fortes erreurs d'appréciation dans les cas où la maladie détermine un amaigrissement prolongé. Le calcul de la dépense d'énergie par unité de poids, malgré le bien-fondé des critiques qui lui ont été adressées, donne semble-t-il, des résultats beaucoup plus satisfaisants.

La « spirochaeta ictéro-hémorragias » chez le rat d'égout de Montpellier. — MM. CARRIEU et SOLLIER.

Au sujet de la transmission de la tuberculose de la mère à l'enfant par hérédité directe. Résultat de quelques recherches. — MM. ROUME et SOLLIER.

La spirochétose ictéro-hémorragique expérimentale du cobaye. — MM. CARRIEU et SOLLIER.

Les troubles de la coagulation après injection de peptone sont-ils en rapport avec une modification des constituants azotés non protéiques du sang? — MM. CRISTOL, L. HEDIB et NIKOLITCH.

CHRONIQUE

LA DÉPOPULATION

UN REMÈDE A CE PÉRIL. L'ASSOCIATION « LES AMIS DES HÔPITAUX D'ENFANTS »

I

L'expérience de la dernière guerre a montré d'une manière saisissante que c'est par l'effort concerté de toute la nation qu'on peut arriver à vaincre un ennemi puissant en matériel, puissant en hommes. Elle a montré particulièrement que les effectifs devaient être nombreux en raison même des moyens de destruction; et, sans que cette observation puisse diminuer en rien le courage et l'héroïsme, l'initiative et l'intelligence de nos soldats, il faut bien reconnaître que, dans la grande guerre, l'arrivée des soldats américains a contribué, dans une large mesure, à faire pencher la balance en notre faveur et à nous permettre de venir à bout de l'Allemand.

1.500.000 Français ont péri pendant les hostilités!

Le péril de la dépopulation est apparu aux yeux de tous.

Aussi la question du repeuplement de la France est-elle plus que jamais pour nous, Français, une question vitale, non

seulement pour la prospérité de notre pays, mais aussi pour sa défense contre un ennemi qui n'a pas accepté sa défaite.

Le péril a été maintes fois signalé. Le Parlement, pour tenter d'y remédier, a accordé certains avantages pécuniaires aux nombreuses familles. Mesures insuffisantes! Car il arrive trop souvent que l'Etat, obligé de faire face à des charges formidables, reprend d'une main ce qu'il a donné de l'autre, en instituant des impôts sans cesse plus élevés qui nous accablent.

Ce n'est d'ailleurs pas une conception heureuse, ni féconde, de toujours tourner les yeux vers l'Etat, comme s'il devait être la bonne fée qui, d'un coup de baguette magique, va transformer un état de choses dangereux. Son principal rôle doit être de surveiller, défendre et aider.

II

C'est principalement à l'initiative privée qu'il faut demander de chercher et trouver le remède à la dépopulation de la France; ce sont les personnes désintéressées, à la foi ardente, qui, envisageant le problème, doivent chercher et trouver une solution. L'initiative privée peut beaucoup.

Nous voudrions attirer l'attention de nos lecteurs sur une manifestation de cette initiative privée. Elle est intéressante, captivante, de nature à être imitée, en raison des résultats féconds qu'elle ne manquera pas de donner. On cherche la possibilité de repeupler la France; il est venu à l'idée de quelques-uns de tenter par tous les moyens dont ils disposaient de conserver la vie au petit enfant. L'idée est simple.

Des médecins d'enfants, chefs de services des hôpitaux de Paris, ont été frappés de la mortalité infantile en France : 140.000 enfants meurent par an. Ils se sont rendu compte qu'on pouvait en sauver 80.000 au moins, en employant des méthodes appropriées d'hygiène et de régime.

Ils se sont réunis ; ils ont échangé leurs vues.

Ils ont fait les constatations suivantes : l'élevage au biberon et la séparation de la mère et de l'enfant sont les principales causes de la mortalité du premier âge; — l'hospitalisation prolongée des enfants est néfaste; il leur faut des soins minutieux et continuels que ne peut donner complètement à l'hôpital l'infirmière la plus dévouée; — le petit convalescent ne trouve pas à l'hôpital les conditions nécessaires à sa guérison rapide; il lui faut la vie à la campagne dans de bonnes conditions de régime et d'hygiène; — les enfants débiles ou convalescents doivent être recueillis dans des organisations où devront leur être assurés les soins nécessaires et où ils seront l'objet d'une surveillance médicale constante.

Ils ont décidé en conséquence qu'il y avait lieu de développer l'allaitement maternel, empêcher le sevrage prématuré en assurant le placement de la mère avec son enfant et en lui fournissant le travail à domicile ; qu'il fallait réduire le plus possible l'hospitalisation des nourrissons en leur assurant la surveillance à domicile d'infirmières compétentes et placer les petits enfants débiles et convalescents dans des organisations existant déjà ou à créer s'il était nécessaire.

Des paroles, on est passé aux actes. Ces médecins se sont groupés et ont groupé diverses personnes, telles que industriels et commerçants, qui sont intéressées au plus haut point à l'augmentation de la population.

Une association est née; elle a pris le nom de « Les amis des hôpitaux d'enfants ». Elle a été déclarée conformément aux dispositions de la loi du 1er juillet 1901.

Aux termes des statuts qui ont été établis, son but est de *venir en aide à tous les enfants qui se trouvent ou ont été en contact avec les hôpitaux de la région parisienne, et plus spécialement :*

D'encourager l'allaitement maternel par tous les moyens, notamment en facilitant le placement des mères avec leur enfant, dans des conditions telles qu'elles pourront exécuter un travail rémunéré;

De placer les nourrissons privés de l'allaitement au sein dans les œuvres qui pourront, sous une surveillance médicale, leur assurer une croissance régulière ;

De placer les enfants convalescents partout où ils pourront trouver, sous une surveillance médicale, de bonnes conditions hygiéniques et morales;

De faire en sorte que les services d'hôpitaux d'enfants soient pourvus, en nombre suffisant, d'assistantes sociales chargées de surveiller à domicile l'application des traitements prescrits par les médecins, après la sortie des enfants de l'hôpital, et de faire profiter les mères et les enfants de toutes les œuvres de puériculture organisées à leur profit.

Ce programme est captivant et de nature à rendre les plus grands services à la France. Il se réalise.

Pour arriver à cette réalisation, il faut des ressources, et elles doivent être abondantes. Car la cheville ouvrière de l'œuvre est, d'une part la création de postes d'assistantes sociales qu'il faut rémunérer dans de bonnes conditions du moment qu'on leur confère une fonction exclusivement pour l'œuvre, et, d'autre part, le placement dans des organisations spéciales existantes ou à créer, ce qui nécessite des dépenses importantes.

Aussi les statuts ont-ils prévu les ressources qui viendront alimenter l'œuvre. Ce sont les cotisations des membres, variables suivant que ceux-ci sont adhérents, titulaires, fondateurs, bienfaiteurs; les produits des libéralités et des rétributions qui pourront être perçues pour le placement des enfants; les subventions de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics.

L'association exerce son action par la publication de bulletins, brochures, documents et mémoires, l'organisation de conférences et de cours, de représentations cinématographiques et de concours, l'installation de musées et d'expositions, l'attribution de bourses, pensions, prix, récompenses et secours, et en général par tous moyens ayant pour objet d'atteindre le but qu'elle se propose. Elle peut aussi aider à la création, au développement et à l'entretien de fondations ne lui appartenant pas, mais poursuivant le même but, en leur allouant, soit des subventions annuelles, soit des subventions en capital.

III

Nous ne doutons pas qu'il nous aura suffi de ce bref exposé pour que nos lecteurs se rendent compte du caractère fécond de l'idée qui a fait naître l'association « Les amis des hôpitaux d'enfants ». Nous avons déjà dit et montré que l'un des aspects du rôle du médecin est d'être social : chercher et trouver la solution du problème qui se pose, d'une manière angoissante, relativement à la dépopulation en France, rentre essentiellement dans le rôle social du médecin.

Le médecin et le chirurgien peuvent beaucoup faire. Sauver des nouveau-nés, des nourrissons, des bébés, donner à nos petits une constitution forte, n'est-ce pas là assurer la prospérité et la sécurité de notre pays?

« Les amis des hôpitaux d'enfants » ont cherché et trouvé un remède. Ils l'appliquent ; ils montrent le chemin. Ce chemin sera certainement suivi.

Ceux de nos lecteurs qui voudront s'intéresser à cette œuvre auront au secrétariat de l'Association, 19, rue de Vienne, toutes les indications qui pourront leur être utiles ; nous pourrons nous-mêmes leur donner les renseignements dont ils auront besoin. Il faut que tous ceux que préoccupe l'avenir d'un pays où les naissances ne comblent plus les vides faits par la mort, fournissent leur concours, soit en faisant quelque libéralité ou en apportant leur cotisation, soit en permettant le développement ou la création des organisations destinées à recueillir les enfants débiles ou convalescents. Nous sommes persuadés que le médecin, le chirurgien dont la profession est toute de dévouement, ne seront pas indifférents à l'exemple d'initiative privée que nous venons de faire connaître. L'appel sera entendu ; et ceux qui auront aidé à la conservation de la vie de nos petits auront mérité la reconnaissance des Français. H. R. D.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 11 juin. — Jury : MM. Broca (Aug.), président ; Delbet, Broca (André) et Couvelaire. — M. VATON (Louis). Etude de l'ostéochondromatose articulaire. — M. MAUMON (Jean). Etude de l'ostéomyélite du calcanéum. — M. ALAIN (Pierre). Fonctionnement de la clinique Baudelocque (année 1921). — M. CANOUET (Paul). Etude critique des méthodes de traitement des vomissements de la gestation. — M. DECOULARÉ-DELAFONTAINE. Etude sur les rayons X.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 47. — MARDI 12 & JEUDI 14 JUIN 1923. 96e ANNÉE. MARDI 12 & JEUDI 14 JUIN 1923. — N° 47.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 6 juin. — MM. Rouillard et Lévy (Pierre-Paul), 19; Jacob, 18; Lévy (Fernand), 16.

Séance du 9 juin. — MM. Flandin, 20; Léchelle, 19; Carrié, 18; Bénard (H.), 19,63; Gautier, 19,54.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — **Médecine.** — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 7 juin. — M. Dumont : « Diagnostic des paraplégies spasmodiques. »

M. Desqueyroux : « Angine diphtérique maligne. »

M. Roques : « La médication digitalique. »

Séance du 8 juin. — M. Bonnin : « Le scorbut infantile. »

M. Joltrain : « Anémies des paludéens. »

M. Lian : « La mort dans la fièvre typhoïde. »

Séance du 9 juin. — M. Riser : « Tachycardies paroxystiques. »

M. Auguste : « Cavernes tuberculeuses. »

Erratum. — Séance du 31 mai, lire : « M. Heully » et non « M. Ginesty ».

Notes des deux premières épreuves :

Paris. — MM. Aubertin, Brulé, Foix, Harvier, Lian, 30 + 30 = 60; Chabrol et Gastinel, 30 + 29 = 59; René Bénard et Paraf, 29 + 29 = 58; Vallery-Radot, 30 + 28 = 58.

Alger. — MM. Porot et Azoulay, 29 + 27 = 56.

Bordeaux. — MM. Bonnin et Damade, 29 + 27 = 56.

Lille. — MM. Doumer, 28 + 28 = 56; Legrand, 26 + 28 = 54.

Lyon. — MM. Chalier, 30 + 30 = 60; Devic, 28 + 29 = 57.

Montpellier. — MM. Giraud, 30 + 29; = 59; Baumel, 28 + 28 = 56; Boudet, 28 + 27 = 55; Carrieu, 27 + 28 = 55; Chevallier et Roques, 27 + 27 = 54.

Toulouse. — MM. Tapie, 30 + 30 = 60; de Verbizier, 29 + 27 = 56; Mlle Condat, 28 + 28 = 56; M. Riser, 26 + 29 = 55.

Anatomie et histologie. — *Anatomie.* — *Epreuve pratique.* — MM. Clermont et Mutel, 20; Cordier, 18; Olivier, 15; Dubecq 10; Villemin, 6.

Total des points : MM. Mutel, 63; Olivier, 62; Clermont, 56; Cordier, 54; Villemin, 53

Sont proposés : MM. Mutel, Olivier, Clermont, Cordier et Villemin.

Histologie. — *Epreuve pratique.* — MM. Verne, 29; Noël, 22; Watrin, 20; Turchini, 19; Lacoste et Romieu, 18; Granel, 16; Faure, 14.

Total des points : MM. Verne, 83; Noël, 69; Turchini, 67; Romieu, 63; Lacoste, 62; Watrin, 58.

Sont proposés : MM. Verne, Noël, Turchini, Romieu, Lacoste, Watrin.

Obstétrique. — *Epreuve pratique.* — MM. Rhenter, 30; Ecalle, 29; Vaudescal, 28; Paquet, 27; Laffont, 26.

Total des points : MM. Rhenter, 89; Ecalle, 86; Vaudescal, 85; Paquet, 82; Laffont, 79.

Sont proposés : MM. Ecalle et Vaudescal (Paris), Rhenter (Lyon), Paquet (Lille), Laffont (Alger).

Pharmacie et histoire naturelle. — Le jury est composé de M. Coutière, président; MM. Bougault, Guiart, Bretin, Labat.

Exposé de titres. — MM. Golse, 27; Leullier, 23; Jauffret, 17.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Leullier : « Sérums thérapeutiques. »

M. Golse : « Belladone. Alcaloïdes mydriatiques des solanées. »

M. Jauffret : « La pepsine. »

Notes : MM. Leullier, 28; Golse, 26; Jauffret, 8.

Epreuve pratique. — MM. Golse, 29; Leullier, 28.

Total des points : MM. Golse, 82; Leullier, 79.

Sont proposés : MM. Golse et Leullier.

Physique et chimie médicales. — *Physique.* — *Epreuve pratique.* — MM. Lamarque, 15; Lamy, 24.

Total des points : MM. Lamarque, 54; Lamy, 49.

Sont proposés : MM. Lamarque et Lamy.

Chimie médicale. — *Epreuve pratique.* — MM. Hervieu et Rangier, 20; Portes, 18; Malosse, 14; Valdiguié, 26.

Total des points : MM. Valdiguié, 76; Hervieu, 70; Portes, 63; Rangier, 60; Malosse, 50.

Sont proposés : MM. Valdiguié (Toulouse), Hervieu (Bordeaux), Portes (Alger).

MARINE. — Le médecin général de 2e classe Bonain est désigné pour remplir les fonctions de directeur du Service de santé à Toulon.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — M. le docteur Desgrez, professeur à la Faculté de médecine, est nommé membre du Conseil supérieur du tourisme, en remplacement du docteur Bardet, décédé.

A PROPOS DES FÊTES DE PASTEUR. — Au milieu des hommages qui venaient de tous les points du monde saluer la mémoire de Pasteur, on a particulièrement remarqué celui de l'île Maurice, ancienne île de France.

Le docteur A.-J. Rivière, délégué à la cérémonie du centenaire par la municipalité de Port-Louis et par la Société médicale de l'île Maurice, a déposé à l'entrée de la crypte où reposent Pasteur et Mme Pasteur deux magnifiques palmes de bronze qui montrent avec quelle fidélité l'ancienne île de France conserve le souvenir des bienfaits qu'elle doit aux découvertes pastoriennes.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DE V. MAGNAN

Cette inauguration a eu lieu mercredi, à l'asile Sainte-Anne, sous la présidence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène.

Magnan fut une grande figure médicale qui honora grandement la science française par ses travaux, par son caractère, par son dévouement inlassable pour ses malades. Son grand mérite fut d'avoir été le promoteur de la lutte contre l'alcoolisme. D'une grande modestie, il n'a jamais recherché les honneurs dont il était digne.

Ce n'est que justice de lui avoir élevé ce monument à l'entrée du service des consultations qu'il assura pendant quarante-cinq ans avec le succès que l'on sait, où il vécut toute sa vie médicale, si bien qu'on l'a appelé le bénédictin de Sainte-Anne. Ce beau service de l'Admission porte maintenant le nom de Magnan.

Il a été loué comme il le méritait par MM. Briand, Toulouse, Anthéaume, Hanriot, Robaglia, président du Conseil général, Juillard, préfet de la Seine, et M. Strauss.

M. Briand, s'adressant tout d'abord à M. le ministre de l'Hygiène lui a exprimé des sentiments de reconnaissance auxquels nous nous associons de tout cœur pour les marques incessantes d'estime et de dévouement qu'il donne au corps médical.

« Par surcroît, lui dit-il, à la lourde charge de fonctions ministérielles particulièrement absorbantes, vous avez été appelé à représenter le Gouvernement dans la plupart des manifestations qui ont eu lieu à Paris, dans le Jura et en Alsace, pour fêter le centenaire de la naissance de Pasteur. A votre retour de Strasbourg où, à côté du Président de la République vous inauguriez l'exposition d'Hygiène, à la réussite de laquelle vous avez si efficacement contribué, vous êtes venu dans cette maison, chère à beaucoup d'entre nous, avec le désir d'apporter à Valentin Magnan le témoignage de votre haute estime pour le savant et pour l'homme de bien que fut ce grand maître de la Psychiatrie française. Nous comptions sur vous, parce que, comme lui, vous éprouvez une pitié à la fois profonde et agissante pour toute souffrance humaine. Nous trouvons une nouvelle preuve de votre commisération réalisatrice dans une loi sur le Régime des aliénés qui sera bientôt la loi « Paul Strauss. »

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de la cérémonie qui nous réunit. »

M. Briand nous fait ensuite l'historique du projet d'élévation de ce monument qui a été facilité par M. Clemenceau, ancien collègue de Magnan à Bicêtre.

M. Briand se loue de l'appui qu'a trouvé le Comité d'organisation auprès des pouvoirs publics, en particulier du Conseil général, des sociétés savantes, des élèves et amis du maître.

Le monument, très expressif dans sa simplicité, représente Magnan auprès du lit d'une anxieuse, penchant vers l'agitée son bon et doux visage. Il est dû au ciseau de M. le professeur Paul Richer, le sculpteur officiel, pour ainsi dire, du corps médical qui ne peut que s'en féliciter.

Les différents orateurs qui ont pris la parole ont vanté tour à tour la belle vie de ce travailleur acharné, de ce modeste savant, de cet éminent clinicien, de ce bienfaiteur qui a apporté tant de progrès à la psychiatrie, qui a supprimé la cellule et la camisole de force, et dont l'enseignement, dans cet asile de Sainte-Anne, a eu tant d'éclat.

M. Strauss a terminé la série de ces discours par un vibrant éloge du maître, continuateur de Pinel, l'un des premiers à l'avant-garde de la psychiatrie française, l'un des principaux initiateurs de la lutte contre l'alcoolisme et l'absinthisme qui a été, pour ses élèves, un modèle, un exemple devant lequel le Gouvernement de la République s'incline respectueusement.

La cérémonie, dans sa simplicité fut très touchante. On sentait que l'admiration pour le maître était sincère et que l'éloge était mérité. A. BROCHIN.

NOTES DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (v à x gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

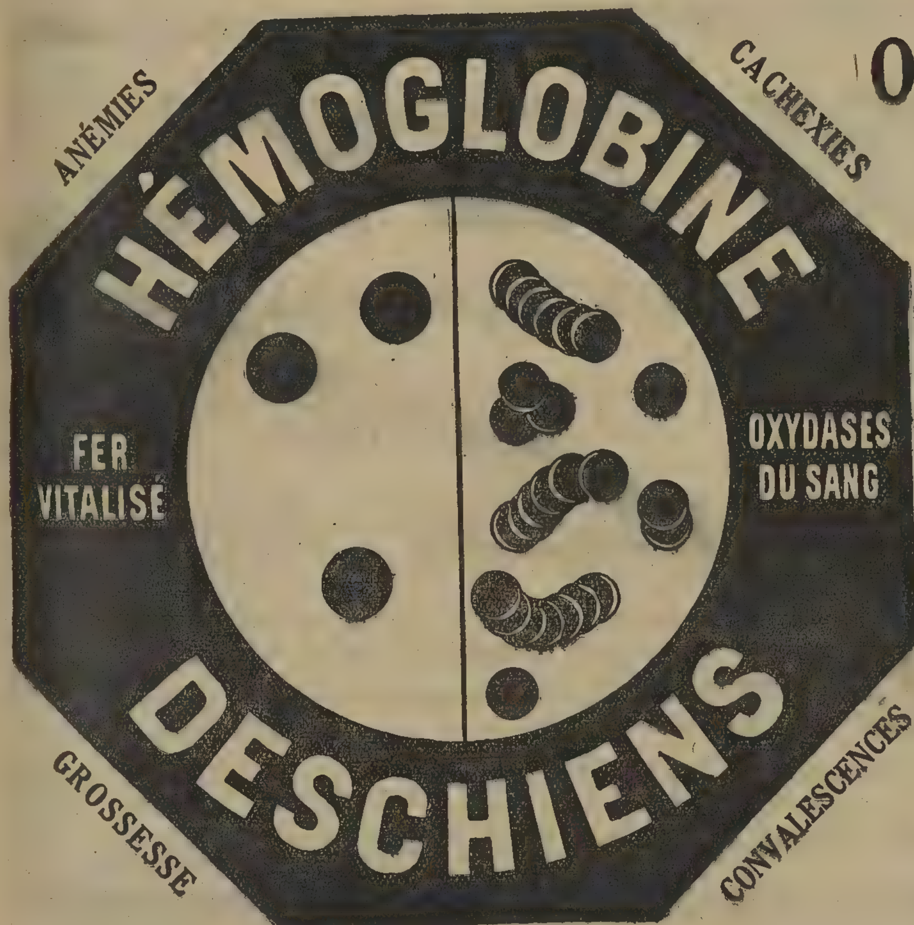
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 12 juin. — Jury : MM. Jeanselme, président; Bezançon, Claude et Basset. — M. Thin (F.). L'oléothorax. — M. Poincloux (Paul). L'herpès (rapports avec l'encéphalite léthargique). — M. Touraine-Desvaux. Etude des épidermomycoses. — M. Reboul-Lachaux. Le réflexe solaire.

Jeudi 14 juin. — Jury : MM. Achard, président; Cunéo, Carnot et Lecène. — M. Lautman (André). Etude de l'amibiase pulmonaire. — M. de Sallier-Dupin (Henri). Etude du traitement des radiculites par les rayons X. — M. Grognard (A.). Les ulcères trophiques des moignons. — M. Dehors (Jules). Etude des paralysies du moteur oculaire externe.

Jury : MM. Ménétrier, président; Widal, Brumpt et Richaud. — M. Renaud (Denis). Etude des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite. — M. Gaye (Edmond). Essai sur la syphilis rurale et sa fréquence. — M. Devouge (Robert). De l'atrophie hérédosyphilitique du nourrisson. — M. Sufrin (Jean). Etat actuel de nos connaissances sur l'isolement des parasites de l'homme. — M. Tsocanakis (Georges). De l'action thérapeutique du bomhydrate de cicutine.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER
VITALISÉ
OXYDASES
DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

I. MALADIES DES NOURRISSONS

Recherches sur la sténose pylorique des nourrissons. (L. PARSONS et G. BARLING. *The Lancet*, vol. CCIV, 13 janv. 1923, n° 5185.) — Ce travail comprend une analyse de 94 cas de cette affection, dont 36 ont été traités par des moyens médicamenteux, 8 par gastro-entérostomie après échec du traitement médical et 50 par l'opération de Rammstedt. (Il est à noter que les cliniciens anglo-saxons s'obstinent à omettre le nom de Fredet qui a, le premier, proposé la pyloroplastie.) Les résultats du traitement médical, seul, sont très peu satisfaisants. La guérison de la sténose par l'opération de Rammstedt, précédée et suivie d'un régime médical sérieux, constitue le meilleur moyen pour réduire la mortalité élevée de l'affection.

Les auteurs estiment que, grâce à un diagnostic précoce et par le traitement qu'ils proposent, 80 p. 100 des cas guérissent, à condition que l'état de nutrition ne soit pas par trop déplorable.

L'examen fonctionnel de l'estomac montre une acidité *libre* et une acidité totale élevées dans le liquide de stase, un retard d'évacuation de l'estomac, et l'absence de régurgitation duodénale. Une analyse chimique des selles infirme l'hypothèse que ces malades souffrent d'insuffisance pancréatique.

Les auteurs s'opposent à la théorie de l'hyperadrénalisme comme cause de l'hypertrophie de la musculaire pylorique.

G. BLECHMANN.

La toux bitonale dans la tuberculose des ganglions trachéobronchiques chez l'enfant du premier âge. (A. B. MARFAN. *Le Nourrisson*, mai 1923, n° 3.) — La toux bitonale est un symptôme très utile à connaître pour le diagnostic et même pour le pronostic de l'adénopathie trachéo-bronchique.

La toux ordinaire est formée par un seul bruit. La toux bitonale est composée de deux bruits distincts, dissonnants, se produisant en même temps; l'un est un peu grave et comme voilé; l'autre est plus élevé et a quelque chose, à la fois, de chantant et de cassé; on dirait qu'ils sont émis simultanément par deux larynx différents. Cette toux peut être prise pour une vulgaire toux rauque, par un observateur non prévenu; une oreille avertie discernera tout de suite qu'elle est formée de deux bruits distincts. La toux bitonale est rarement quinteuse, elle ne se prolonge pas; elle procède par deux ou trois coups au plus.

Fait important à noter : le cri du nourrisson qui fait entendre la toux bitonale ne présente pas le même caractère et ne se distingue pas du cri normal.

Une fois qu'elle est apparue, la toux bitonale peut persister jusqu'à la mort; elle peut être transitoire et disparaître au bout de quelques jours; elle peut être intermittente, s'entendre pendant quelques jours, puis disparaître et être perçue à nouveau.

Elle paraît propre au premier âge; elle s'observe au-dessous de deux ans, surtout avant un an; M. Marfan l'a perçue chez un enfant d'un mois et demi. Elle paraît d'autant plus fréquente que l'enfant est plus jeune.

Chez l'enfant du premier âge, la toux bitonale est toujours le symptôme d'une tuberculose des ganglions bronchiques, c'est ce que prouve la cutiréaction à la tuberculine, toujours positive chez les sujets qui la font entendre; c'est ce que démontrent aussi les examens radioscopiques et les autopsies, quand on peut les pratiquer. Elle a donc une valeur considérable pour le diagnostic; quand elle est nettement perçue, elle permet d'affirmer qu'il existe une tuberculose des ganglions bronchiques. G. BLECHMANN.

Le coup de chaleur chez les nourrissons. Réfrigération des crèches par des blocs de glace. (E. WEILL et BERTOYE. *Le Nourrisson*, mai 1923, n° 3.) — Il est d'observation courante que la période estivale coïncide avec une augmentation considérable de la mortalité infantile, et tout particulièrement de celle des nourrissons. Elle doit être attribuée certainement aux troubles digestifs graves (vomissements, diarrhée, choléra infantile) dont la recrudescence est contemporaine des mois chauds. Ils ont pour cause des fautes alimentaires et l'altération du lait, très fréquente à cette période de l'année. Dans d'autres cas, dont le nombre est diversement apprécié par les auteurs, on doit incriminer l'action directe de la chaleur sur un organisme mal préparé à se défendre contre ses funestes effets. C'est l'action directe des rayons solaires qui produit l'insolation proprement dite, très grave chez le nourrisson, mais heureusement très rare. En dehors d'eux, et plus souvent, agit la seule élévation de la température extérieure : elle est responsable du « coup de chaleur », dont la fréquence et la gravité ne sont pas discutables, surtout pendant certains étés plus particulièrement chauds.

Au cours de l'été 1922, obligés d'adapter rapidement les locaux de leur crèche à la défense contre la chaleur, MM. E. Weill et Bertoye ont eu recours aux moyens suivants, qui leur ont donné entière satisfaction. Alors que souvent les températures extérieures ont dépassé 30 degrés à l'ombre, la température à la crèche n'a jamais atteint plus de 27 degrés et seulement passagèrement, alors que la moyenne s'est maintenue de 20 à 22 degrés pendant tout le cours de l'été.

Pour cela, au milieu du couloir sur lequel s'ouvrent tous les boxes, dont les portes demeurèrent ouvertes, on disposa trois caisses de zinc, d'une contenance de $2^{m3}500$ environ. Leur fond était percé d'un orifice arrondi, recouvert de treillage métallique, par lequel l'écoulement de l'eau était assuré dans un récipient placé au-dessous. A l'intérieur de chacune furent déposés trois blocs de glace d'un poids respectif de 10 kilogrammes. On prenait la précaution de les envelopper d'une pièce de laine, afin d'en éviter la fusion très rapide. Ainsi aménagé, ce dispositif suffisait pour vingt-quatre heures, et le matin, lors de la nouvelle arrivée de la glace, il en restait toujours de la provision déposée la veille. Au-dessus de la caisse et légèrement incliné sur son ouverture était disposé un ventilateur électrique, d'un type courant, qui assurait d'une façon continue le renouvellement de la couche d'air en contact avec les blocs de glace.

« Au cours de l'été, nous n'avons pas eu à déplorer la mort d'un seul nourrisson par coup de chaleur. »

G. BLECHMANN.

L'eczéma des nourrissons peut être provoqué par l'ingestion d'un lait de femme contenant, d'une manière permanente, un excès considérable de beurre. (A.-B. MARFAN et TURQUETY. *Le Nourrisson*, janv. 1923, n° 1.) — Des nourrissons deviennent eczémateux, sans avoir tété un lait trop gras; d'autres peuvent ingérer un lait trop gras sans devenir eczémateux. Et cela montre que l'étiologie de l'eczéma est complexe et que beaucoup de points n'en sont point éclaircis. On doit donc s'attacher à recueillir les faits qui sont capables d'y apporter quelque lumière. Celui rapporté par MM. Marfan et Turquety paraît très instructif; on peut le résumer ainsi : une nourrice séjourne, près de vingt mois, à l'hospice des Enfants-Assistés; pendant une certaine période de sa lactation, de septembre 1921 à mai 1922, c'est-à-dire du dixième au dix-septième mois après son accouchement, son lait a renfermé un très grand excès de beurre (minimum : 41 grammes par litre; maximum : 78 grammes); or, les

trois enfants qu'elle a nourris durant cette phase, pendant un temps suffisamment long, ont présenté un eczéma intense et étendu, qui a guéri ou s'est amélioré considérablement quinze à vingt jours après que, l'allaitement au sein ayant été suspendu, ils eurent été nourris avec du lait de vache écrémé. Après que la teneur en beurre, de son lait, fut devenue normale, elle a nourri un enfant pendant un mois et demi; celui-ci n'a pas présenté d'eczéma. G. BLECHMANN.

Eczéma des nourrissons et examen des selles. (Charles J. WHITE. *Arch. of dermat. and syphil.*, january 1923, vol. VII, p. 50-60.) — D'après la statistique de White, les nourrissons masculins l'emportent, dans la proportion de trois pour un.

Tous les nourrissons sont nourris au sein, les deux tiers pendant six mois au moins. Dans plusieurs cas, l'eczéma a fait son apparition peu de temps après la cessation de l'allaitement maternel.

Ces enfants ne sont pas venus au monde avec de l'eczéma et l'affection paraît survenir à tout âge, mais il y a relativement peu de cas au-dessous d'un mois, et chez presque un quart des malades, elle n'a pas fait son apparition avant six mois.

La face est le lieu d'élection de la maladie dans 100 p. 100 des cas, puis vient le crâne. Il est surprenant de noter la rareté comparative, avec laquelle la région en contact avec les langes est attaquée.

L'éruption est essentiellement humide, l'érythème simple ou papuleux survenant aussi dans la plus grosse proportion des cas. Il y a des formes sèches, mais dans moins d'un tiers des cas.

Des selles anormales accompagnent apparemment tout cas opiniâtre d'eczéma infantile. L'excès de graisse existe dans 60 p. 100 des cas; l'excès d'amidon dans 40 p. 100; l'excès de sucre dans 20 p. 100 et l'excès de protéine dans 10 p. 100.

Avec le changement de régime *adéquat*, l'auteur aurait obtenu un succès remarquable dans la grande majorité des cas.

L'eczéma des nourrissons survient, le plus souvent, pendant les mois d'hiver et pour le traitement de cette maladie, l'auteur donne à la mère ou à la nurse les instructions suivantes :

L'enfant ne doit pas sortir, mais on doit le garder dans une chambre exposée au midi ou au couchant. La chaleur doit y entrer, la fenêtre doit être ouverte jour et nuit, et un écran sera placé de façon à ce que ni le vent ni le soleil ne puisse atteindre le bébé.

Lorsqu'on veut alimenter ou baigner l'enfant, ou le changer de vêtements, on doit le transporter dans une chambre voisine et le ramener le plus tôt possible ensuite. Les langes humides ou souillés doivent être changés immédiatement.

Veiller à ce que l'enfant ne soit pas trop chaudement vêtu. Trop de chaleur congestionne la peau et augmente, par conséquent, la démangeaison, l'un des principaux obstacles pour une guérison rapide.

Eviter l'usage des langes en caoutchouc.

On n'emploiera ni savon ni eau sur la peau eczémateuse.

On ne changera pas le régime au premier examen. On fait appliquer la nuit et le matin, la pâte suivante sur la peau malade, en veillant à ce que la pâte soit noire et non pas vert olive : goudron brut et oxyde de zinc : *ãã* : deux parties; amidon de froment et pétrole : *ãã* : seize parties. Etendre la pâte avec un bâtonnet garni et ne jamais mettre de bandage. Avant chaque application, enlever les restes de l'application précédente avec une gaze stérilisée, imprégnée d'huile d'olive et l'onction fraîche doit être faite immédiatement.

En préparant la pâte, bien mélanger doucement et longuement le goudron et l'oxyde de zinc pour que se fasse une bonne combinaison du sel métallique avec l'huile brute du goudron.

Si le crâne est atteint, on supprimera de l'ordonnance l'amidon de froment. G. BLECHMANN.

Un cas d'ictère prolongé chez un nourrisson. (Bernard MYERS. *The Lancet*, 28 avril 1923, p. 844-845.) — Il s'agit d'un enfant âgé de sept semaines, qui devint jaune, deux jours après sa naissance. L'appétit et le poids ne faiblirent que quelques jours seulement avant la mort. A l'examen, le foie déborde les fausses côtes de 3 à 4 centimètres. La rate ne peut pas être délimitée. Pas de diarrhée. Selles blanchâtres. L'enfant meurt six semaines après son arrivée à l'hôpital sans avoir présenté d'hémorragies de la peau ou des muqueuses. L'examen macroscopique montre une oblitération congénitale du cholédoque, un foie vert foncé présentant, histologiquement, les caractères d'un foie cirrhotique.

L'auteur cite pour mémoire le traitement de Holmes : bile et extraits biliaires. L'intervention chirurgicale n'enregistre que des désastres. L. BABONNEIX et R. BOUCHER.

Les hémorragies des nouveau-nés. (J. N. CRUICKSHANK. *Lancet*, 28 avril 1923, p. 836-839.) — Deux catégories d'hémorragies chez les nouveau-nés : celles qui sont la conséquence d'une diathèse hémorragique et celles qui surviennent à la naissance.

Les premières, rares et faciles à distinguer de l'hémophilie, affectent trois formes différentes. L'une, caractérisée par de petites taches sanguines, spontanées et transitoires, peut reconnaître une nature infectieuse (Townsend). On rattache à cette forme les diverses hémorragies du tube digestif, du cordon ombilical, des surrénales et des autres organes, et les hémoglobinuries signalées par Bigelow. L'autre, plus rare, en notre ère d'asepsie et d'antisepsie, découle de toutes les complications septiques qui peuvent assaillir l'organisme. La troisième comprend les hémorragies d'origine syphilitique.

Les hémorragies de la naissance sont causées surtout par l'asphyxie et par les traumatismes.

Le fœtus dans l'utérus est en état d'apnée. Au moment de la naissance, les proportions d'O et de CO^2 dans le sang fœtal sont telles qu'il y a assez d'O pour subvenir aux besoins de l'organisme pendant le temps qui s'écoule entre la cessation des échanges placentaires et l'entrée en fonctions de l'appareil respiratoire dont le centre ne se trouve pas excité tant que l'enfant n'est pas né. Il est probable, en effet, que la tension de CO^2 requise pour cette excitation est beaucoup plus grande durant la vie fœtale qu'après la naissance. Cependant, le centre respiratoire devient beaucoup plus excitable à mesure que s'allonge la durée de la vie intra-utérine, à cause de l'augmentation du système veineux et de l'oblitération de plus en plus marquée du canal artériel (Schwartz). C'est une asphyxie partielle qui est évidemment augmentée pendant le travail par l'interruption des échanges placentaires. Le centre respiratoire et les terminaisons nerveuses de la peau produisent bientôt de la dyspnée. Donc, avant et pendant la naissance, il y a un certain degré d'asphyxie que peuvent augmenter le décollement prématuré du placenta, un accouchement laborieux, etc.

Deux choses à remarquer : 1° une augmentation modérée de CO^2 excite le centre respiratoire tandis qu'un excès le paralyse; 2° le centre respiratoire peut avoir son activité diminuée par interruption de l'excitation qu'il reçoit des produits sanguins. Ainsi l'arrêt de la circulation cérébrale peut provoquer de la dyspnée et la reprise de la circulation une période d'apnée par défaut d'excitation du centre respiratoire. Ces faits expliquent pourquoi les enfants naissent asphyxiés ou en état d'apnée. L'occlusion des vaisseaux de l'ombilic peut déclancher le même mécanisme. La contraction utérine et la mort de la mère peuvent aussi provoquer des hémorragies. Plus l'asphyxie augmente, plus la congestion devient intense. Sous l'impulsion cardiaque, les petits vaisseaux éclatent, formant des pétéchies et des suintements, parfois de grosses hémorragies viscérales. La contraction utérine et la compression produite par le passage dans le tractus génital de la mère augmentent naturellement ces risques d'hémorragies.

Quant aux hémorragies traumatiques, elles sont constituées par des hémorragies intracraniennes dues surtout au travail pénible de la mère, aux anomalies de présentation et à l'intervention obstétricale. Malgré des opinions contraires, elles sont bien moins fréquentes que les précédentes.

L'auteur a examiné 200 enfants nés à terme et 200 prématurés et donne le pourcentage des diverses hémorragies qu'il a observées dans chacun de ces deux groupes; 20 p. 100 seulement des enfants nés à terme sont indemnes de toute hémorragie contre 35 p. 100 des prématurés. Les diverses localisations hémorragiques furent toujours plus fréquentes chez les

enfants nés à terme, excepté toutefois les hémorragies méningées qui se sont partagées à peu près également. Il en est de même pour les lésions de la tente du cervelet qui sont survenues dans 9,5 p. 100 des cas chez les enfants nés à terme, contre 10,5 p. 100 chez les prématurés. Ces chiffres sont bas comparés à ceux des autres auteurs. C'est parce que l'auteur n'a pas tenu compte des craniotomies qui porteraient respectivement à 30 p. 100 et à 12 p. 100 les proportions citées. Chez les enfants nés à terme, 79 p. 100 des accouchements furent laborieux, 9 p. 100 seulement précipités. Chez les prématurés, 90 p. 100 des cas comptent une intervention obstétricale. De plus, 84 p. 100 des enfants nés à terme et 66 p. 100 des prématurés étaient des mort-nés.

En résumé, il y a deux grandes formes de lésions hémorragiques : celles qui sont extracraniennes (70 p. 100 chez les enfants nés à terme) et celles qui sont intracraniennes.

L'asphyxie postnatale peut aussi jouer un rôle dans ces lésions. Tout dépend du temps pendant lequel l'enfant est privé d'oxygène. Quant aux lésions de la tente du cervelet, elles peuvent reconnaître comme cause l'altération des diamètres de la tête fœtale, le degré d'ossification des os du crâne, la longueur du travail et les présentations anormales.

Si le nombre des mort-nés est moins grand chez les prématurés, il est par contre beaucoup plus élevé dans les cas d'hémorragies méningée et viscérale en même temps. Le taux devient plus égal à celui des enfants nés à terme dans les hémorragies méningées pures.

Comme conclusion générale, il faut retenir de ces statistiques que de nombreux enfants survivent aux hémorragies de la naissance et que, si une affection intercurrente indépendante de ces circonstances ne les fait mourir, ils ont de grandes chances de traverser victorieusement la période dangereuse de l'enfance.

L. BABONNEIX et R. BOUCHER.

II. SYSTÈME NERVEUX

Ventriculoscopie et photographie intraventriculaire dans l'hydrocéphalie. (TEMPLE FAY et F. C. GRANT. *Journ. amer. med. Assoc.*, 17 fév. 1923, vol. LXXX, n° 7, p. 461-463.) — Chez un hydrocéphale, âgé de dix mois, ces auteurs, après avoir introduit une canule dans le ventricule cérébral, pour permettre au liquide de s'écouler, la remplacent par un cystoscope et explorent directement la cavité ventriculaire dilatée. Dans une deuxième intervention, en se servant d'un cystoscope plus gros, ils parviennent à prendre de belles photographies des parois ventriculaires et du plexus choroïde qu'ils reproduisent dans leur article. Dans une troisième opération, ils tentent de fistuliser le corps calleux pour que le liquide puisse gagner les espaces sous-arachnoïdiens; ils doivent abandonner leur projet à cause d'un défaut de fonctionnement de l'appareil. L'enfant, à la suite de ces interventions, n'eut presque pas de réaction.

Les auteurs insistent sur l'importance que peut prendre l'exploration directe des ventricules dans les cas de lésions sous-corticales et dans les cas de tumeur cérébrale. Quant à la fistulisation du corps calleux, elle peut se faire sous le contrôle immédiat de la vue, si le ventricule est dilaté.

L. BABONNEIX et R. BOUCHER.

Paralysies infantiles avec manifestations spasmodiques. (L. BABONNEIX. *Journ. Assoc. Lagoguey*, oct. 1922.) — Pour les classiques, la paralysie infantile est le type des paralysies flasques *avec* hypotonie ou atonie, diminution ou abolition des réflexes tendineux, et *sans* aucun symptôme de spasmodicité, que celle-ci se traduise par de l'exagération de la trépidation, un signe de Babinski.

Rien de plus exact, en général, que cette formule. Mais il faut bien savoir que, dans quelques cas rares, les symptômes d'ordre spasmodique (exagération des réflexes, contractures, réflexes de défense, etc.) peuvent apparaître au cours ou au déclin d'une paralysie infantile par *ailleurs typique*, et qu'ainsi il convient peut-être de décrire à cette affection deux formes principales : une commune et une rare, celle-ci *avec* et celle-ci, *sans* hypertonie pyramidale.

G. BLECHMANN.

Etude de l'état actuel de 297 enfants, atteints de paralysie infantile lors de l'épidémie de Brooklyn, en 1916, et suivis pendant cinq ans. (H.-G. DUNHAM et TH.-J. RILEY. *Journ. Am. Med. Ass.*, 27 janv. 1923, vol. LXXX, n° 4, p. 224-230.) — Il est très intéressant pour le médecin, après une épidémie comme celle de Brooklyn, d'étudier les conséquences de la maladie chez ceux qui en ont été frappés et qui ont survécu. C'est ce que se sont proposé les auteurs. La maladie, décrite par Medin et qui porte le nom de poliomyélite antérieure, semble très fréquente et beaucoup d'enfants, à un moment donné de leur existence, en sont atteints, que chez eux, l'on observe la forme grave, ou, plutôt, la forme abortive, non paralytique. Depuis vingt ans, il y eut plus d'une épidémie aux Etats-Unis; les deux plus fortes furent celles de 1907 et de 1916. En général, la maladie sévit de mai à septembre et la transmission se fait directement par contact avec le patient ou indirectement, par les animaux domestiques, la nourriture, les insectes, les vêtements, etc. On a réussi à l'inoculer au singe, au moyen d'un virus isolé des sécrétions du nez et de la gorge des malades ou même de personnes ayant été en contact direct avec le malade. Dans l'épidémie de 1916, la plupart des malades habitaient surtout au rez de-chaussée, au premier ou au second étage de hautes maisons; les enfants des étages supérieurs étaient, en général, indemnes. Il y aurait peut-être là un argument en faveur de la transmission par les rats. Quoi qu'il en soit, les enfants atteints avaient toujours le nez et la gorge en mauvais état (amygdalite, végétations, etc.). Ceux qui se firent opérer pour éviter la maladie et qui la contractèrent tout de même n'ont eu que des formes légères. Une première attaque confère une immunité, dont on ne connaît pas encore la durée. On n'a cité encore que deux cas, très exceptionnels, de rechute. Il existe sûrement, chez certains enfants et dans certaines familles, une immunité naturelle.

Sur 13.000 cas, 3.300 furent mortels (25 p. 100). Dans la ville de New-York, 80 p. 100 des malades n'avaient pas cinq ans, tandis que dans l'Etat de New-York, cette proportion s'abaisse à 66,6 p. 100. On a pu déterminer que la maladie est contagieuse, huit jours après son stage aigu, qu'elle peut donc être contractée d'une personne malade depuis quinze jours.

La pression du liquide céphalo-rachidien est un peu augmentée; le liquide lui-même est clair, exceptionnellement trouble et teinté de sang. La formule cellulaire est augmentée (100 à 500 par millimètre cube) et les polynucléaires sont dans une proportion de 80 à 90 p. 100. Quand la formule s'est établie, elle devient surtout mononucléaire (75 à 100 p. 100). Les vaisseaux sanguins des méninges, du cerveau et de la moelle sont congestionnés asymétriquement, les vaisseaux lymphatiques leptoméningés, entourés d'une infiltration assez intense. On note aussi de l'œdème et un piqueté hémorragique de la moelle. Les lésions que le virus produit sur les racines, si elles ne deviennent pas d'emblée définitives, ont tendance à régresser avec la disparition de cet œdème et de cette infiltration. Elles se localisent sur les faisceaux sensitifs et moteurs, de préférence sur ces derniers.

La phase aiguë de la maladie peut passer complètement inaperçue et c'est la paralysie qui révèle alors la nature de l'affection. Quand cette phase aiguë existe, elle est caractérisée par de la fièvre, des malaises généraux, des maux de tête, des troubles gastro-intestinaux, du coryza, de la toux, de la pharyngite, de l'amygdalite, de la raideur de la nuque, des secousses musculaires et des convulsions. Il n'y a aucun rapport entre l'acuité de la crise et la gravité de la paralysie. On conçoit facilement qu'en face d'un pareil tableau, le diagnostic soit un peu hésitant au début d'une épidémie. La prophylaxie est un point très important; elle est plutôt difficile à réaliser, étant donné qu'on connaît mal la pathogénie de la paralysie infantile. Les formes légères, abortives, sont les plus dangereuses et jouent le plus grand rôle dans la dissémination du virus.

Le pronostic est, en général, mauvais. La maladie rend les sujets inaptes ou presque et il est franchement impossible à son début de déterminer d'avance quelles en seront les séquelles, et de dire dans quelles conditions de gravité et de localisation elles surviendront. La seule loi possible serait la suivante : plus un enfant est jeune, mieux il s'en tire.

Sur les 297 malades suivis, chez 7, les membres supérieurs, chez 23, les membres inférieurs ont recouvré une intégrité presque complète. La paralysie survient, en

moyenne, trois jours après la phase aiguë qui semble s'être déclarée surtout au mois de juillet. Les malades ont rarement présenté du refroidissement et de la cyanose. Probablement à cause du traitement qu'ils ont suivi, il n'y a jamais eu d'ulcération ni de troubles trophiques de la peau. L'électricité, les exercices musculaires et le massage ont eu de bons résultats pour aider au rétablissement de la circulation et pour stimuler le tonus vasculaire. Les réflexes sont absents. D'une manière générale, l'atrophie augmente plutôt qu'elle ne décroît, mais ce serait une faute d'établir un rapport direct entre cette augmentation de l'atrophie et le rétablissement des mouvements des membres. Un membre atrophié peut avoir un bien meilleur rendement que celui qui ne l'est que légèrement.

Le traitement orthopédique convient surtout aux paralysies stationnaires. L'exercice musculaire des extrémités plongées dans l'eau chaude, qui rend les membres plus légers et par ce fait même facilite les exercices plus longs, est une excellente pratique. Le massage et l'exercice musculaire doivent être dirigés par des personnes compétentes. Quant à l'électricité, ses résultats sont bons, mais son application est plus difficile. 59 malades ont été opérés, sans qu'il soit possible d'établir définitivement une ligne de conduite. Il vaut mieux attendre les résultats éloignés de ces interventions. De toute manière, le traitement doit être précoce. Toutefois, chez les malades qui ont été négligés, il n'est jamais trop tard pour se mettre à l'œuvre. Un traitement approprié, suivi avec attention et surtout avec persévérance, peut donner des résultats surprenants.

L. BABONNEIX et R. BOUCHER.

La troisième année dans la paralysie infantile. (R. W. LOVETT. *The Journ. of the Amer. Med. Ass.*, vol. LXXVII, n° 25, 17 déc. 1921.) — 180 cas de poliomyélite survenus en 1916, sont restés sous la surveillance de la clinique de la Commission Harvard pour la paralysie infantile.

Les malades ont été examinés tous les quatre mois, l'examen portant sur les muscles des bras, des jambes, du dos, du cou et de l'abdomen.

La puissance des différents muscles est classée, suivant leur pouvoir volontaire, comme suit : 1° normal; 2° bon, quand le muscle remplit la fonction complète et fait un peu de résistance; 3° passable, quand l'arc complet du mouvement est accompli mais qu'il faut très peu de résistance pour vaincre le mouvement; 4° pauvre, quand il existe quelque mouvement, mais que le mouvement complet ne peut être accompli contre la pesanteur ; 5° trace, quand il y a contraction musculaire, mais pas de mouvement en réponse à l'effort volontaire; 6° néant, quand il n'y a pas dans le muscle de réponse à la contraction volontaire.

Cette étude systématique montre que la paralysie infantile des extrémités supérieures est plus légère et plus susceptible d'amélioration et de guérison que celle des extrémités inférieures. Aux membres supérieurs, les muscles s'améliorent continuellement pendant quatre ans, la guérison étant plus rapide dans la première année. Après la troisième année, il y a tendance à une légère perte de force musculaire, particulièrement marquée à la jambe, dans les meilleures conditions de traitement intensif appliqué dans les cliniques publiques où l'objet du traitement est surtout d'éviter la difformité et où l'on pratique la rééducation musculaire.

Les causes suivantes tendent à rendre moins favorable la guérison pour le membre inférieur que pour les autres parties du corps, exception faite des muscles abdominaux : 1° tendance de la paralysie à une plus grande gravité dès le début; 2° apparition fréquente de déformations; 3° le fait qu'en soulevant des poids, le plus gros effort est produit par les muscles des membres inférieurs. L'avenir des muscles tibiaux est particulièrement à réserver et l'état plus favorable des péroniers explique la prédominance des déformations en valgus.

Une opération peut temporairement diminuer le pouvoir musculaire, des améliorations de la fonction se produisent avant que l'amélioration de la puissance musculaire puisse être démontrée par un examen technique.

Le secret du traitement consiste à empêcher l'effort des muscles paralysés et la contraction de leurs antagonistes, à éviter la fatigue en marchant, et à conserver la balance musculaire normale entre des groupes opposés, dans la limite du possible.

La difformité, l'effort et la fatigue sont les trois pires ennemis d'un bon résultat final dans la poliomyélite.

G. BLECHMANN.

Complications oculaires de la maladie de Little. (W. CAMPBELL POSEY. *The Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 13 janv. 1923, vol. LXXX, n° 2, p. 80-83.) — Le strabisme est le symptôme oculaire le plus constant. Il existe dans 30 p. 100 des cas qui n'ont pas de complications cérébrales et dans 40 p. 100 de ceux qui en ont. Sa pathogénie a été bien discutée, mais on est d'accord maintenant sur l'origine de ces troubles, dus à une lésion cérébrale plus ou moins étendue et non à un vice de réfraction. Ce strabisme est presque toujours convergent. Par ordre de fréquence, le nystagmus vient ensuite; les paralysies oculaires et l'atrophie du nerf optique sont très rares. L'auteur cite un cas de strabisme convergent et deux cas de nystagmus causés certainement par la maladie de Little.

L. BABONNEIX et R. BOUCHER.

Séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique. (A. COLLIN et J. REQUIN. *Arch. de méd. des enfants*, t. XXVI, n° 5, mai 1923.) — Les enfants, de zéro à sept ans, atteints d'encéphalite aiguë, quand ils ne guérissent pas totalement, présentent surtout de l'arriération mentale pouvant aller jusqu'à l'idiotie complète, avec un minimum de troubles du caractère.

Vers l'âge de sept ans, troubles intellectuels et troubles du caractère se développent de façon également marquée, et le pronostic pour les enfants de cet âge doit être extrêmement réservé; comme les jeunes enfants, ils tendent rapidement à l'arriération mentale, et comme les plus grands enfants, ils présentent des troubles profonds du caractère.

Chez les grands enfants de sept à dix-sept ans environ, l'encéphalite léthargique a laissé après elle de fréquentes anomalies du sommeil (somnolence ou insomnie), des stéréotypies paroxystiques (balancements, cris, soufflements répétés), et surtout des modifications du caractère très spéciales, se ramenant toutes à l'instabilité, l'impulsivité, l'agitation, la violence, la méchanceté.

Les troubles intellectuels, variables en intensité, sont à peu près constants, mais relativement moins graves que les modifications du caractère, à cet âge.

Aussi le pronostic de ces séquelles psychiques est-il sombre, et les troubles du caractère et de l'intelligence, loin de s'amender, évoluent lentement et progressivement, parfois avec un temps d'arrêt, mais sans tendance à la régression. La discordance des symptômes et l'évolution de la maladie obligent à la rapprocher de la démence précoce, dans certaines de ses manifestations.

G. BLECHMANN.

III. INFECTIONS

Vaccin antiscarlatineux. Sa valeur prophylactique et curative. (Mme Mathilde DE BIEHLER. *Arch. de méd. des enf.*, t. XXVI, mars 1923, n° 3.) — Depuis 1913, Mme de Biehler emploie le vaccin antiscarlatineux « chaque fois que l'épidémie se présente et dans toute famille où un scarlatineux se trouve. C'est ainsi qu'elle a vacciné, jusqu'à présent, 1.298 personnes, soit 1.265 enfants et 33 adultes. Aussi, elle peut dire que c'est un des meilleurs moyens dans la lutte contre ce fléau de l'enfance. C'est non seulement un moyen prophylactique, c'est un moyen curatif. »

Nous avons retrouvé l'article consacré à cette méthode par Mme de Biehler (*Arch. de méd. des enf.*, mars 1914, n° 4, p. 193) et nous en extrayons les indications suivantes :

La méthode de la vaccinothérapie scarlatineuse a été indiquée par Gabritschewsky, en 1907; elle consistait dans l'injection d'une culture concentrée à l'aide d'une centrifugeuse pendant dix minutes; il s'agit de la culture de quelques races de streptocoques de différents cas de scarlatine. On tue ces cultures en les chauffant à 60°C., après les avoir additionnées de 0,5 p. 100 de phénol. Le sédiment obtenu après la centrifugation est dilué par le sérum artificiel. On prend une quantité suffisante de sérum pour obtenir un mélange dont 1 centimètre cube renfermerait 5 milligrammes de précipité sec.

Gabritschewsky conseille d'injecter le vaccin sous la peau; 0cc50 aux enfants âgés de deux à dix ans, à sept à dix jours

d'intervalle. On répète l'injection trois fois, à des doses une et demie à deux fois plus fortes. Gabritschewsky injecte le double aux adultes, deux fois moins aux enfants âgés de moins de deux ans. Gabritschewsky conseille d'injecter sous la peau de l'abdomen ; il ne faut pas renouveler le vaccin si, après la première injection, la température s'élève (on peut attendre jusqu'à ce qu'elle revienne à la normale).

On voit, d'après les travaux des auteurs russes qui ont fait de nombreuses vaccinations (50.000 à peu près pendant l'année 1907-1908), des travaux de Gabritschewsky et de ceux des auteurs polonais (professeurs Raczinsky, Mankowski, Czarnik, H. Czarkowski, etc.), qu'il se produit après l'injection une certaine réaction plus ou moins forte (coloration rose de la peau, affaiblissement général, tuméfaction au lieu de l'injection, élévation de la température, céphalalgie, parfois de l'exanthème [Dorofiejeff, Smirnoff, Wladimiroff]).

Czarkowski considère donc que l'immunité conférée par la vaccination est plus longue ; il la trouve plus longue que Gabritschewsky ; il l'estime à deux ans. Gabritschewsky soutient que la vaccination immunise pendant un an ; pour Sunielew, le terme est de beaucoup plus court, soit de deux mois et demi. Ztotogoroff dit que la vaccination immunise pour douze à six mois.

Quant aux suites de la vaccination, Brudzinski a observé dans deux cas, des néphrites, Korybut Daskiewicz, de la pyélite (dans un cas de scarlatine, chez un enfant qui tomba malade malgré la vaccination). G. BLECHMANN.

Moyens employés dans les quartiers de Manhattan et de Bronx, à New York, pour prémunir contre la diphtérie les enfants trop jeunes pour fréquenter les écoles. (Abraham ZINGHER *Journ. amer. med. Assoc.*, 17 fév. 1923, vol. LXXX, n° 7, p. 456-460.) — Après avoir atteint les écoliers, la propagande, instituée dans le but de prémunir les enfants contre la diphtérie, poursuit son œuvre en s'adressant maintenant à ceux qui plus jeunes, ne vont pas encore à l'école. Pour les atteindre à leur tour, plusieurs moyens sont employés. Des circulaires, distribuées aux écoliers, apprennent aux parents la facilité qu'on leur offre de protéger leurs enfants et leur indiquent ce qu'il faut faire pour y parvenir. Ces circulaires sont envoyées par la poste aux parents qui ont des enfants trop jeunes pour aller à l'école et sont déposées, en outre, dans tous les bureaux des Sociétés de bienfaisance, qui les distribuent à leur tour. On utilise aussi tous les moyens de propagande suceptibles d'atteindre et de stimuler les classes populaires : concours, réunions, etc.

Comme la réaction de Schick est presque toujours positive chez des enfants âgés de moins de six ans et qu'au-dessous de cet âge, la mortalité par diphtérie est très élevée ; comme d'un autre côté, les injections pratiquées pour obtenir l'immunité ne donnent que des troubles minimes, on passe outre aux résultats que donne l'épreuve de Schick. Cette dernière n'a de valeur que si elle est nettement négative six mois après les injections (au nombre de trois, séparées chacune, par un intervalle de sept jours). A ce moment, on remplace par un certificat définitif d'immunité, le certificat provisoire, donné lors des injections de sérum. Il est bien rare qu'on soit obligé de faire plus de trois injections pour immuniser un enfant.

Il est intéressant de remarquer avec quelle fréquence la réaction de Schick est positive, avant l'âge de sept ans, et de quelle manière les enfants d'une même famille répondent à cette réaction. Négative chez tous les enfants dans 77 familles, elle est, par contre, positive chez tous les enfants de 103 familles. Dans 204 familles, les résultats sont variés, mais on observe que les tout jeunes enfants (âgés d'au moins six mois) présentent une réaction plus souvent positive que leurs aînés. L'immunité naturelle de certains enfants existe plus précocement dans certaines familles que dans d'autres et les enfants de la classe populaire sont plus rapidement immunisés, probablement à cause des conditions de leur vie, que ceux des classes aisées. Cette immunité peut être héréditaire ou acquise.

Conclusion générale : Si tous les enfants étaient prémunis contre la diphtérie, la fréquence et la mortalité de cette maladie se réduiraient bientôt à néant.

L. BABONNEIX et R. BOUCHER.

L'abus de la quinine dans le paludisme des enfants. (E. ROSAMOND. *Southern med. J.*, avril 1923, vol. XVI, n° 4, p. 252-255.) — L'organisme neuf des enfants réagit violemment aux toxines paludéennes et le frisson de l'adulte est parfois remplacé chez eux par des convulsions. Le parasite est tout aussi facile à déceler, surtout dans l'heure qui précède l'accès ; après, on le trouve surtout dans le sang périphérique. De tout jeunes enfants peuvent contracter le paludisme et l'auteur cite le cas d'un nourrisson de dix-neuf jours.

Le traitement, comme l'aspect clinique, est le même chez l'adulte et chez l'enfant. La quinine doit être administrée en capsules ou en comprimés et si l'enfant est trop jeune, en potion sirupeuse. Avec Bass, l'auteur estime que la dose ne doit pas dépasser en vingt-quatre heures, 0g015 par livre de poids. En général, l'échelle suivante est adoptée : jusqu'à un an, 0g03 ; un an, 0g06 ; deux ans, 0g12 ; trois et quatre ans, 0g20 ; cinq, six et sept ans, 0g25 ; huit, neuf et dix ans, 0g35 ; onze, douze, treize et quatorze ans, 0g50 ; quinze ans et plus, 0g60. On répète ces doses toutes les huit heures et le traitement dure deux mois. Des doses plus fortes sont inutiles et peuvent nuire au malade.

Il faut rejeter systématiquement l'injection intramusculaire de la quinine et l'injection intraveineuse doit être réservée aux cas graves à cause de ses nombreux inconvénients (troubles circulatoires et nerveux parfois assez sévères). De plus, il a été prouvé que la voie intraveineuse entraîne une grande déperdition de quinine dont les neuf dixièmes sont absorbés par les tissus et une accoutumance de l'organisme qui annihile l'action du médicament. Il ne faut pas sidérer l'organisme, mais le saturer petit à petit.

L'abus de la quinine est fréquent dans le sud des Etats-Unis et l'auteur prétend que souvent des intoxications quinidiques sont mises sur le compte d'infections intestinales. Pour appuyer son opinion, il cite 5 cas typiques d'enfants ayant eu des doses quotidiennes de quinine dont l'équivalence en doses d'adultes eût varié entre 4 et 11 grammes. Un de ces enfants est devenu aveugle et un autre, arrivé à l'hôpital dans le collapsus et le coma, ne fut sauvé que difficilement. Vomissements, délire, conulsions, déshydratation, température, leucocytose intense, pus dans les urines, tels sont les principaux symptômes de l'intoxication par la quinine, symptômes dont il faut se méfier chez des enfants paludéens, parce qu'ils peuvent tromper sur la nature de leur cause.

L. BABONNEIX et R. BOUCHER.

IV. APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Les néphrites chez les enfants (John L. SHWER. *Colorade Medecine*, avril 1923, vol. XX, n° 4, p. 100-106.) — Les néphrites, chez les enfants, sont presque exclusivement causées par les maladies infectieuses du premier âge, au nombre desquelles il faut surtout remarquer, même avant la scarlatine, l'amygdalite. Leur division clinique comporte des formes aiguës, subaiguës et chroniques.

Les néphrites aiguës peuvent être hémorragiques ou exsudatives. Les premières sont le résultat de lésions vasculaires rénales. L'enfant, qui ne paraît pas très malade, a des antécédents infectieux. Ses urines contiennent un peu de sang et beaucoup d'albumine. On peut noter parfois la présence de quelques cylindres. La tension sanguine est plutôt normale et l'épreuve de la phtaléine, légèrement positive. Il y a peu d'œdème et l'urée sanguine atteint le taux normal. Durée de la maladie : six à douze semaines. Dans la néphrite aiguë exsudative, le tableau est différent. L'œdème est très marqué, les urines, rares, parfois presque supprimées, contiennent beaucoup d'albumine, du sang, des éléments cellulaires et des cylindres granuleux. La tension est peu élevée. La mort survient souvent dans les convulsions et l'urémie.

Les formes subaiguës possèdent à peu près tous les symptômes atténués des deux formes précédentes. Elles peuvent guérir complètement ou devenir chroniques.

La débilité, la perte d'appétit et de poids caractérisent les néphrites chroniques légères. Elles s'accompagnent, en outre, d'albumine, de cylindres et de quelques cellules sanguines dans les urines. Le diagnostic s'impose surtout avec l'albuminurie orthostatique. Le pronostic est favorable. La deuxième forme de néphrite chronique, la forme sévère, se rencontre chez des enfants pâles et bouffis ; ils sont agités, ne

dorment pas, ont de la céphalée et des œdèmes, vomissent quelquefois. L'urine, fortement acide, est très colorée; son poids spécifique est augmenté. Il y a toujours de grosses quantités d'albumine. Le pronostic est moins bon. Les enfants, qui souffrent de néphrite interstitielle — troisième forme de néphrite chronique — sont peu développés physiquement et intellectuellement. L'élévation de la pression artérielle vient compléter le syndrome déjà existant : vertiges, céphalée, vomissements. Les urines sont abondantes, peu albumineuses, leur poids spécifique diminué. Les épreuves rénales révèlent toujours une diminution de fonction. Pronostic mauvais.

Le traitement consiste à mettre les malades au repos et à leur faire pratiquer une diète appropriée. Dans les néphrites aiguës, éviter le froid et les causes d'infection. Pas de digitaline, pas de caféine, pour ne pas forcer le rein et pour ne pas irriter des cellules déjà malades. Diminuer les matières protéiques. L'auteur, se basant sur la quantité de protéines nécessaires à un enfant (table de Morse), dit qu'on peut établir un régime équivalent en calories au moyen des graisses et des matières sucrées. Il conseille d'ajouter au lait du carbonate de calcium pour éviter le passage par le rein de l'acide phosphorique qu'il contient, et de régler l'usage du sel et de l'eau selon la forme de néphrite et l'état du malade. Dans les œdèmes, il faut éviter de donner de la pilocarpine : la purgation au sulfate de magnésie en est le meilleur dérivatif. Dans les cas chroniques, l'anémie se traite par le fer. Le corps doit être tenu chaud et les pieds secs. Régime : peu de protéines et beaucoup d'eau. L. BABONNEIX et R. BOUCHER.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DU PÉRICARDE ET DU CŒUR

DÉFINITION. — Les plaies pénétrantes de poitrine atteignent le cœur assez fréquemment. Ces plaies présentent un gros intérêt diagnostic, car elles sont justiciables d'un traitement immédiat dont la précocité modifie considérablement le pronostic.

ÉTIOLOGIE. — Plaies pénétrantes de poitrine (pratique civile, pratique de guerre). Instruments piquants : couteau, stylet, poinçon, aiguilles (aiguille de couturière, épingle à chapeau). Projectiles : balles de revolver très souvent (partie civile). Eclats d'obus, de grenade plus rarement. Balle de fusil assez rarement : gros délabrement, mort rapide.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Plaie pariétale.** — SIÈGE. — *a.* Le plus souvent dans la zone de projection du cœur sur la face antérienre du thorax. Dans le quatrième ou cinquième espace intercostal, à gauche du sternum, 8 fois sur 10.

b. Quelquefois hors de cette zone de projection.

Thoracique : en un point quelconque de la paroi thoracique.

Abdominale : le projectile a traversé le diaphragme (plaie thoraco-abdominale).

LÉSION PARIÉTALE. — Soit plaie des parties molles seulement, soit plaie vasculaire : artère mammaire interne, artère intercostale. Soit lésion des cartilages, des côtes, du sternum.

Plaie du péricarde. — Trois cas peuvent se présenter :

a. Agent vulnérant a atteint le péricarde et s'est arrêté : plaie du péricarde sans plaie du cœur.

Eventualité rare : 10 p. 100 des plaies du cœur pour Loison, mais vraisemblablement encore plus rare.

b. Agent vulnérant est resté fiché dans la paroi sans blesser immédiatement le cœur (cas d'une aiguille par exemple). Le cœur, par ses battements, vient se déchirer sur la pointe de cette aiguille et présente peu à peu une plaie qui s'étend en surface et en profondeur.

c. Cas habituel : l'agent vulnérant traverse le péricarde. Plaie linéaire (couteau). Perforation à l'emporte-pièce (projectile) quelquefois très petite et que l'on ne retrouve pas facilement à l'intervention.

Dans tous les cas : épanchement dans le péricarde d'une quantité de sang variable, dépassant rarement 200 centimètres cubes.

Plaies du cœur. — *a.* Possibilité de plaie du cœur sans plaie du péricarde. En réalité, il s'agit de contusions du cœur par projectile qui n'a pas eu la force de traverser le péricarde. Le plus souvent il déterminera un hématome qui pourra causer des troubles fonctionnels graves : arythmie en particulier (Sauvé).

b. Plaie du cœur vraie : ventricules, 90 p. 100 ; oreillettes, 10 p. 100.

SIÈGE. — Classiquement cavité droite plus fréquemment. En réalité, si l'oreillette droite est plus souvent touchée que l'oreillette gauche, le ventricule gauche est aussi souvent atteint que le ventricule droit.

DIMENSION. — Variable, quelques millimètres en général.

PROFONDEUR. — *a.* Plaie superficielle, n'attaquant pas l'endocarde (seulement au niveau du ventricule dont les parois sont épaisses) et plus souvent à gauche qu'à droite. Se voit dans :

— les plaies par armes blanches ;

— les plaies par balle, quelquefois faisant un séton à travers la paroi ventriculaire.

Quelquefois d'abord incomplètes ces plaies se complètent par la rupture de fibres profondes non intéressées par le traumatisme.

Dans tous les cas, hémorragie dans le péricarde qui peut être importante.

Noter spécialement les plaies des vaisseaux coronaires. Deux cas :

Section d'un tronc : mort rapide.

Section d'une branche : hémorragie progressive.

b. Plaie pénétrante : 9 sur 10 des plaies du cœur.

DIRECTION. — Oblique ou transversale à la paroi.

VARIÉTÉS. — Plaie intéressant la paroi jusqu'à l'endocarde mais ne le dépassant pas. Soit plaie par arme blanche, soit plaie par projectile qui peut rester inclus dans la paroi, ou retomber vers la cavité péricardique entraîné par le sang qui afflue ou tomber dans la cavité cardiaque.

Plaie dépassant l'endocarde : provoquant des lésions intracardiaques, piliers, valvules et pouvant traverser la paroi opposée.

Destinée des projectiles inclus : Dans la cavité péricardique et dans la paroi du cœur, ils sont bien supportés en général. Dans la cavité cardiaque : souvent bien supportés, mais ils peuvent devenir l'origine de thrombose intracardiaque, d'embolies, le projectile étant lancé dans la grande circulation et s'arrêtant dans une artère périphérique, de volume variable suivant son calibre.

ÉVOLUTION DE LA PLAIE CARDIAQUE. — 1° Cicatrisation spontanée : possible quelquefois dans la plaie non pénétrante, exceptionnellement dans les plaies pénétrantes. S'étend vers l'endocarde en commençant par face péricardique.

2° Cicatrisation après suture : Dans les deux cas, le myocarde ne se reconstitue plus. Il se fait une cicatrice fibreuse et à ce niveau il y aura une zone de moindre résistance. On comprend le développement d'anévrisme se faisant à cet endroit.

Plaies des organes voisins. — PLÈVRE. — Dans 90 p. 100 des cas la plèvre est blessée. Pour être épargnée il faudrait que l'agent vulnérant passe dans la zone où le péricarde est directement en contact avec la paroi : éventualité rare.

POUMON. — Si la plèvre recouvre par son cul-de sac antérieur la face antérieure du péricarde dans presque toute son étendue, le poumon empiète peu sur l'aire de projection cardiaque.

Aussi la plaie du poumon se verra surtout quand l'agent vulnérant aura atteint le cœur par un trajet oblique.

DIAPHRAGME.

VISCÈRES ABDOMINAUX. — Peuvent être intéressés par projectiles.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 juin. — MM. Leblanc, 19; Paraf, 18,36; Schulmann, 17; Dumont, 17,72; Léon-Kindberg, 19,36; Pruvost, 19,63.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 11 juin. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du corps thyroïde. — Cancer de l'angle gauche du côlon. »

— Concours du prosectorat. — *Anatomie.* — Epreuves orales de sous-admissibilité :

Séance du 12 juin. — Question donnée : « Les nerfs récurrents. »

MM. Reinhold, 27; Tourneix, 23; Huet, 26.

Séance du 13 juin. — Question donnée : « Les vaisseaux et les nerfs obturateurs. »

MM. Braine, 28; Oberlin, 29.

— Commission de classement des assistants d'électro-radiologie. — Tirage au sort des chefs de laboratoires, membres de la Commission :

M. Keller, qui accepte; MM. Bouchacourt et Beaujard, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Sanatorium d'Hendaye.— Une place d'interne en médecine est actuellement vacante au sanatorium d'Hendaye. Les candidats désireux d'occuper l'emploi devront en faire la demande au bureau du Service de santé (n° 15), administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Hygiène, parasitologie et histoire naturelle. — *Exposé de titres.* — MM. de Lavergne, 29; Sigalas, 28; Hirtzmann, 27; Zuber, 26.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Zuber : « Prophylaxie de la diphtérie. »

M. Hirtzmann : « Etiologie et épidémiologie de la fièvre typhoïde. »

M. de Lavergne : « Etat actuel de nos connaissances sur l'épidémiologie de la grippe. »

M. Sigalas : « Prophylaxie du paludisme. »

Notes : MM. de Lavergne, 30; Sigalas, 28; Hirtzmann, 25; Zuber, 24.

Admissibilité à l'épreuve pratique, total des points des deux premières épreuves :

Hygiène : MM. de Lavergne, 59; Hirtzmann, 52.

Parasitologie et histoire naturelle : M. Sigalas, 56.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Jules Legrand a été nommé, après concours, préparateur de bactériologie et d'hygiène à l'Ecole de médecine.

— Un concours pour l'emploi de chef de clinique médicale sera ouvert à l'Ecole, le lundi 16 juillet 1923, à 8 h.

— Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 2 juin 1923, un concours s'ouvrira le 10 décembre 1923, devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes pour l'emploi de chef des travaux pratiques d'histologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE STRASBOURG. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 30 mai 1923, la chaire d'analyse et toxicologie de la Faculté de pharmacie de l'Université de Strasbourg est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Vézard (à Domfront).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Dehorter (de Lille) et Oberlin (Mme) (de Paris).

(Au titre étranger.) — *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Edwards (de Durban), Urbany (de Dudelange).

LE XVIIe V. E. M. (VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS DU JURA ET DES ALPES, 9-22 septembre 1923.) — Le XVIIe V. E. M. aura lieu sous la direction scientifique du professeur Paul Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, et du professeur agrégé Rathery. Il comprendra les stations du Jura, de la Savoie et du Dauphiné et se déroulera du 9 au 22 septembre 1923.

En quatorze jours, il visitera successivement les stations du Jura (La Mouillère, Salins du Jura, Divonne), les facultés suisses de Genève et de Lausanne, Leysin, les stations de Savoie (Evian et Thonon, Chamonix, Saint-Gervais, Annecy, Aix-les-Bains, le Revard, Challes, Allevard, Moutiers-Salins, Brides, Pralognan), les stations du Dauphiné (Uriage, Grenoble et Saint-Pierre-de-Chartreuse, La Motte-les-Bains, La Grave et le Lautaret. La dislocation aura lieu le 22 septembre, à Lyon, après la visite de la ville et de la Faculté de médecine.

Le V. E. M. est exclusivement réservé aux médecins et étudiants en médecine; par exception, ceux-ci pourront être accompagnés de leur femme ou d'une de leurs filles, mais seulement dans la proportion du sixième (soit 16 p. 100) du nombre total des adhérents.

Le prix du voyage, du point de concentration au point de dislocation, est fixé à 720 francs, tous frais compris. Une réduction de 50 p. 100 sera accordée sur les chemins de fer français de la gare frontière ou du lieu de résidence à Besançon, point de concentration, et de Lyon, point de dislocation, au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées dès maintenant au docteur M. Gerst, secrétaire général, 94, boulevard Flandrin, Paris (XVIe). Mais il ne sera statué sur ces demandes par le Comité de direction qu'à la date du 1er juillet 1923, sans priorité d'inscription, afin d'équilibrer les places entre les différentes catégories de participants et entre les différentes nationalités, dans l'esprit de propagande pour les stations françaises qui est la raison d'être des V. E. M.

Le versement de la cotisation ne devra donc être effectué (par chèque barré au docteur Gerst) qu'après avis de l'inscription définitive.

LE CONGRÈS NATIONAL ESPAGNOL DE PÉDIATRIE aura lieu cette année à Saint-Sébastien du 2 au 7 septembre sous le patronage de S. A. R. le Prince des Asturies et sous la présidence de M. le Dr Arquellada. Les principaux spécialistes d'Espagne prendront part à ce Congrès. La Municipalité prépare en l'honneur des Congressistes de nombreuses fêtes. Il sera traité de toutes les questions intéressant la protection infantile.

APPEL EN FAVEUR DES MÉDECINS ET DES INSTITUTIONS MÉDICALES RUSSES. — Le docteur Nansen nous adresse l'appel suivant :

« Les médecins russes et le personnel médical des régions affamées sont actuellement sans ressources et privés des moyens de venir au secours des milliers de malades qui les entourent.

Les hôpitaux et surtout les centres médicaux de villages créés par les efforts de médecins russes ne peuvent plus fonctionner, faute de fonds, de médicaments et d'instruments.

Les régions affamées où la population est épuisée par les privations constituent un foyer d'endémies et d'épidémies dangereux non seulement pour la Russie, mais pour toute l'Europe.

Les maladies infectieuses, les formes diverses du typhus, le paludisme font des ravages terribles.

Il est urgent que des secours soient apportés immédiatement de l'étranger et qu'une lutte énergique soit menée contre les conséquences sanitaires de la famine. Seuls, nos collègues russes ne sont pas en état de faire face au fléau.

Nous faisons appel aux sentiments de solidarité du corps scientifique et médical d'Europe et d'Amérique. Nous espérons que les savants et les médecins du monde entier répondront généreusement à la demande de secours de leurs collègues de Russie. »

Les secours peuvent être envoyés au secrétariat du docteur Fridtjof Nansen, 54, rue du Rhône, Genève (Suisse).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre collègue, le docteur Grellety, médecin consultant à Vichy, qui, depuis longtemps déjà, tenait une place honorable dans la Presse scientifique.

Ses nombreux articles étaient empreints d'un caractère original et personnel. C'était un critique, mais un critique aimable et bienveillant, d'un grand bon sens et d'une parfaite honorabilité. Cet excellent confrère laissera des regrets à tous ceux qui l'ont connu. Nous adressons à sa famille nos bien vives condoléances. A. BROCHIN.

L'AMICALE DES MÉDECINS DE BRETAGNE. — Le quatrième dîner de « l'Amicale des médecins de Bretagne » a eu lieu lundi dernier, 11 juin, dans une des belles salles du Buffet de la gare de Lyon, à Paris et a réuni quarante-deux confrères.

Le prochain dîner aura lieu au même restaurant, le lundi 22 octobre.

L'Amicale des médecins de Bretagne, due à l'initiative du docteur Larcher, a été fondée dans le but d'entretenir de cordiales relations de camaraderie entre les médecins, d'origine bretonne, habitant Paris ou ses environs.

Elle comprend déjà cent vingt membres, bien qu'elle n'ait pas encore une année d'existence.

Pour en faire partie, les conditions requises sont les suivantes :

Etre originaire d'un des cinq départements bretons, ou avoir pris part aux études médicales des Ecoles de Rennes ou de Nantes, soit comme professeur, soit comme étudiant.

Adresser son adhésion au docteur Larcher, secrétaire général, 1, rue du Dôme, 16e arr., tél. Passy 20-03.

Dr J.-M. LE GOFF.

ASILE SAINTE-ANNE. (Professeur : M. CLAUDE.) — COURS. — Le lundi 18 juin, à 10 h., asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe), « Présentation de malades ».

COURS PRATIQUE DE BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — Le docteur Jean Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera son cours sur les maladies de l'œsophage, la trachée, les bronches et broncho-œsophagoscopie, le mardi 19 juin 1923, à 5 heures du soir; cours essentiellement pratique, et les continuera les mardi, jeudi, samedi, à la même heure, à la clinique-maison de santé, 15, rue de Chanaleilles (rue Vaneau).

S'inscrire auprès de la directrice de la clinique, le matin de 10 heures à midi.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

A titre préventif, prescrire deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, deux à trois jours par semaine. Veiller au régime : n'autoriser les viandes qu'à midi, cuites sur le gril et très peu salées.

A titre curatif, deux cachets par jour, cinq à dix jours de suite, de *Théosalvose digitalique*. Arrêt de quatre à cinq jours, puis reprendre cinq à dix jours. Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose spartéinée*. Régime lacté ou lacto-végétarien.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES INÉGALITÉS PUPILLAIRES

PAR MM.

le Dr ALBERT-CRÉMIEUX et HENRI BIANCHI
Interne Interne provisoire
des hôpitaux de Marseille.

Définition. Délimitation du sujet. — L'inégalité pupillaire ou anisocorie (du grec ἄν privatif, ἴσος égal, κόρη pupille) est un symptôme commun à de nombreuses manifestations morbides. Elle peut être simple, pure ou associée. Elle peut être due à des mécanismes variés. Elle peut être difficile à rechercher; mais il faut la rechercher, car c'est un symptôme d'une valeur séméiologique parfois capitale; de sa constatation peuvent découler des indications thérapeutiques de la plus haute importance, dans le cas de syphilis, par exemple.

Nous laisserons volontairement de côté, dans notre étude, les inégalités pupillaires relevant des lésions qui touchent les parties constituantes du globe oculaire : telles sont les anisocories d'origine traumatique; celles qui sont liées à une affection oculaire : cataracte, kératite, glaucome, iritis, corps étrangers de la cornée, rigidité pupillaire; telles sont, également, la plupart des inégalités dites congénitales que nombre d'auteurs considèrent comme physiologiques; telles sont, enfin, les inégalités pupillaires provoquées par l'action de certaines substances mydriatiques (atropine, cocaïne) ou myotiques (pilocarpine, ésérine) instillée dans un seul œil : ce sont les inégalités d'origine locale. Elles ne pourraient entrer que dans un diagnostic différentiel. Bien entendu, tout malade porteur d'une inégalité pupillaire sera soumis à un examen ophtalmologique complet, qui permettra de les éliminer.

Nous étudierons seulement les inégalités pupillaires qui relèvent d'une lésion ou d'un trouble dynamique d'un des nerfs moteurs de l'iris : ce sont les anisocories d'origine nerveuse.

Historique. — Les remarquables expériences de Claude Bernard, dès 1858, de Brown-Séquard, de Pourfour du Petit, de Horner, qui rapporta, en 1869, la première observation clinique de syndrome oculo-sympathique paralytique, mirent en lumière le rôle du sympathique dans l'innervation de la pupille. Depuis, un très grand nombre de travaux expérimentaux, cliniques, séméiologiques, sont venus préciser la signification des modifications oculo-pupillaires, et, en particulier, de l'inégalité des pupilles, au cours de multiples affections. Parmi les auteurs qui ont contribué à éclairer la question, retenons surtout les noms de Mme Déjerine, Gaskell, Langley, Guillaume, Grinchteine et Georgieva, Grynfeltt, pour l'anatomie; pour la physio-pathologie : Roque, Emile Sergent, Chauffard et Lœderich, Lafon, qui se sont surtout attachés à l'étude de l'anisocorie, au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire et des affections thoraciques; Lutz, Souques, André Thomas, Stéphen Chauvet, Runge, de Lapersonne, Cantonnet, Coppez, Poulard, Sarbo, Stewart, Reichmann, Walker, Tournay, Fromaget, Westphall, Marina, Rizzo, Nicolau, Magitot.

Avant d'envisager l'étude pathologique des inégalités pupillaires, il est nécessaire de rappeler, assez complètement, les principales notions d'anatomie et de physiologie normales qui nous permettront d'en interpréter les aspects cliniques.

Rappel de notions anatomo-physiologiques. — Anatomie. — On désigne sous le nom de pupille un orifice circulaire placé au centre de l'iris.

L'iris, formation membraneuse constituant le segment antérieur de la tunique vasculaire de l'œil, nous offre à considérer deux faces (antérieure et postérieure) et deux circonférences (grande et petite).

La *face antérieure*, légèrement convexe, est la limite postérieure de la chambre antérieure de l'œil. Cette face, dont la coloration varie suivant les sujets, présente des stries disposées en rayons. Ces stries qui correspondent aux vaisseaux de l'iris, sont rectilignes quand la pupille est rétrécie, flexueuses quand elle est dilatée.

La *face postérieure*, est légèrement concave. Elle est en rapport, par son centre, avec le cristallin, par sa périphérie avec les procès ciliaires.

La *grande circonférence*, répond à la zone ciliaire et à la ligne scléro-cornéenne.

La *petite circonférence*, ou bord pupillaire, circonscrite par un liseré de coloration foncée, délimité un orifice qui n'est autre que la pupille, orifice qui, à l'état de dilatation mesure 3 ou 4 millimètres de diamètre. Dans la plus grande majorité des cas, la pupille est exactement circulaire. Les cas sont rares, en effet, où elle est normalement elliptique.

Rappelons, en outre, que la pupille est fermée jusqu'au septième mois de la vie intra-utérine par une membrane mince et transparente. C'est la membrane pupillaire ou membrane de Wachendorf.

Structure de l'iris. — En allant d'avant en arrière, on rencontre cinq couches superposées qui sont : 1° L'épithélium antérieur; 2° la basale antérieure; 3° le tissu propre de l'iris; 4° la basale postérieure; 5° l'épithélium postérieur.

Une seule de ces couches est intéressante pour la question qui nous occupe : c'est le tissu propre de l'iris.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la constitution exacte de cette couche. Il est un fait indiscutable, c'est qu'à côté des vaisseaux et des nerfs, le tout baignant dans un stroma conjonctif, on y rencontre des fibres musculaires lisses disposées circulairement autour de l'orifice pupillaire. Ces fibres constituent un anneau de 1 millimètre à 1mm5 de largeur et dont l'épaisseur varie de 0mm1 à 0mm25 à mesure que du bord pupillaire on se rapproche du bord opposé. Par leur contraction, ces fibres rétrécissent la pupille et, de ce fait, constituent un véritable sphincter, le sphincter pupillaire. Mais, à côté de ces fibres circulaires dont l'existence est admise par tous les auteurs, un grand nombre d'anatomistes parmi lesquels Henle, Kölliker, Iwanoff, Merckel ont décrit des fibres radiées, s'étendant de la grande circonférence à la petite. Au point de vue physiologique, ces fibres dilateraient l'orifice pupillaire et constitueraient « le muscle dilatateur de la pupille ». Cette opinion qui ne fut pas admise par Grunhagen et Retterer a été confirmée par les travaux de Gabrielides (1895), puis par ceux, plus récents, de Vialleton (1897) et de Grynfeltt (1899).

Innervation de l'iris. — Les nerfs de l'iris tirent leur origine de deux sources : le moteur oculaire commun et le sympathique. Nous croyons indis-

pensable, dans cette étude des inégalités pupillaires, de rappeler l'origine, le trajet et la terminaison des rameaux provenant de ces deux sources et destinés à l'iris.

Moteur oculaire commun. — Le nerf de la IIIe paire, nerf exclusivement moteur, a son origine dans une colonnette de substance grise, faisant suite au noyau du pathétique, située au-dessous et en dehors de l'aqueduc de Sylvius, immédiatement au-dessus de la bandelette longitudinale postérieure. Ce noyau dérive de la base de la corne antérieure de la moelle. Il a été divisé par Hensen et Völkers, d'après leurs expériences physiologiques, en quatre parties, qui sont, en procédant d'arrière en avant : le centre du petit oblique, le centre du droit inférieur, le centre du droit supérieur et du releveur de la paupière supérieure, le centre du droit interne. Ils ont décrit, en outre, un centre photomoteur, pour les fibres musculaires de l'iris, et un centre accommodateur pour le muscle ciliaire, tous deux situés à la partie antérieure du noyau et à la partie postérieure du troisième ventricule. De ce noyau, les fibres constituant le tronc du nerf oculo-moteur commun, se dirigent obliquement en bas et en dehors, décrivant une courbe à concavité interne. Après avoir traversé la bandelette longitudinale postérieure, le noyau rouge, le locus niger, elles émergent du névraxe sur le côté interne du pédoncule cérébral, entre la protubérance et le tubercule mamillaire (sillon du moteur oculaire commun). Il paraît certain que parmi les fibres radiculaires du nerf de la IIIe paire, il en est quelques-unes qui tirent leur origine du côté opposé. Nous rappellerons encore que le noyau du moteur oculaire commun est en connexion avec l'écorce par le faisceau géniculé, avec la voie sensitive centrale et, par l'intermédiaire de la bandelette longitudinale postérieure, avec les voies auditive et optique. Enfin, un faisceau descendant le met en relation avec le cervelet.

Des fibres, constituant le moteur oculaire commun, il en est un certain nombre qui sont destinées au sphincter de l'iris. Or, il est actuellement admis, que ces fibres ne sont que des fibres du parasympathique cranien, annexées à la IIIe paire cranienne. Ces fibres organiques « prendraient naissance dans un noyau, le noyau pupillaire, qui est situé en avant du noyau de l'oculo-moteur commun, dans le mésencéphale, sous le plancher de l'aqueduc de Sylvius (Guillaume). »

Les fibres destinées à l'iris, suivent le tronc du moteur oculaire commun. Elles chemineraient, pour Schiff, au centre de l'oculo-moteur, et, lorsque celui-ci, après avoir pénétré dans l'orbite, s'est divisé en deux branches terminales, elles suivent la branche inférieure, passent dans le nerf du petit oblique, rameau issu de cette branche. De ce dernier, se détache un filet, contenant les fibres iriennes, qui va se jeter dans la partie postérieure du ganglion ophtalmique. Dans ce ganglion (qui doit être considéré comme appartenant au système sympathique), elles s'interrompent (synapse) en s'articulant avec les cellules de ce ganglion, de ces dernières partent des fibres qui gagnent le sphincter irien par les nerfs ciliaires courts.

Tels sont, schématiquement décrits, les origines, le trajet et la terminaison des filets nerveux destinés au sphincter de l'iris.

Sympathique. — Les fibres sympathiques destinées aux fibres radiées de l'iris, muscle dilatateur de la pupille, sortent de la moelle par les branches antérieures des deux dernières paires cervicales et des trois premières paires dorsales. Toute la région de la moelle donnant naissance aux filets constituant ces racines doit être considérée comme le centre des mouvements de dilatation de la pupille : *c'est le centre cilio-spinal de Büdge*.

Des fibres émanées de ce centre, les unes, celles provenant des deux dernières paires cervicales, descendent vers le premier ganglion thoracique; les autres, celles provenant des trois premières paires dorsales, s'engagent dans les rameaux communicants et de là, dans le cordon du sympathique thoracique. Elles remontent ensuite dans le premier ganglion thoracique. Toutes ces fibres ainsi groupées dans le ganglion étoilé, par le sympathique cervical se rendent au ganglion cervical supérieur. Là, par l'anastomose cervico-gassérienne, elles gagnent le ganglion de Gasser, puis la branche ophtalmique de Willis, pour pénétrer dans le ganglion ophtalmique. Elles aussi s'interrompent dans ce ganglion pour s'articuler avec les cellules ganglionnaires. De ces cellules partent les nerfs ciliaires longs qui vont innerver les fibres radiées de l'iris.

Enfin, des fibres irido-dilatatrices provenant du bulbe et passant par le trijumeau, dont l'existence était classiquement admise, n'existeraient pas pour beaucoup de physiologistes (Gley).

Physiologie. — Nous avons vu que le resserrement de l'iris est dû à la contraction de ses fibres musculaires ; que la dilatation de la pupille est causée par la contraction des fibres radiées. Nous avons indiqué plus haut que ces divers mouvements étaient régis, les uns par le moteur oculaire commun, les autres par le sympathique cervical.

Moteur oculaire commun. — L'excitation du tronc du III produit la constriction de la pupille. Sa section amène une dilatation permanente et cette expérience prouve bien l'action tonique de ce nerf sur le sphincter irien. Mais il faut remarquer que cette dilatation n'est pas complète ; car, si chez l'animal en expérience, on excite le grand sympathique ou si l'on injecte de l'atropine, la mydriase augmente. L'excitation ou la section des nerfs ciliaires courts donne des phénomènes plus marqués que dans les expériences sur le tronc du III. Ceci prouve l'influence permanente ou tonique du ganglion ophtalmique. L'excitation d'un seul nerf ciliaire court amène une constriction partielle du sphincter, ce qui donne de l'irrégularité pupillaire. Si l'on vient à détruire le centre du III, la pupille entre en mydriase et ne réagit plus à la lumière. Normalement, ce centre entre en action sous l'influence des excitations lumineuses de la rétine. Le réflexe pupillaire à la lumière ne se produit plus après section du nerf optique. Ce réflexe, se produisant encore après destruction des hémisphères cérébraux, on a été amené à conclure que les connexions entre les fibres du nerf optique et le noyau du III se font en arrière de l'écorce cérébrale. Cette relation s'établirait par l'intermédiaire des tubercules quadrijumeaux antérieurs. L'éclairement d'un seul œil suffit pour amener la constriction des deux pupilles. Ce phénomène n'existe que chez les animaux chez lesquels la décussation des nerfs optiques est partielle (homme, chien, chat, etc.).

SYMPATHIQUE ET CENTRE CILIO-SPINAL. — L'excitation du bout céphalique du sympathique cervical amène la dilatation de la pupille. Il en est de même de l'excitation des nerfs ciliaires longs. La section du sympathique produit la constriction de la pupille en laissant prédominer l'action tonique du moteur oculaire commun sur le sphincter irien. L'excitation de toute la partie de la moelle cervico-dorsale, désignée sous le nom de centre cilio-spinal de Büdge, produit la dilatation pupillaire. Ce centre est mis en activité, soit suivant le mode réflexe, soit suivant le mode automatique (excitation chimique). Parmi les causes d'origine réflexe, il faut citer l'excitation d'un nerf sensitif quelconque, particulièrement du sciatique, du V et du X, l'excitation de la zone motrice du cerveau ; du corps strié, des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux. Parmi les causes agissant suivant le mode automatique, il faut citer l'excitation de ce centre par le sang asphyxique. La volonté n'agit pas sur le centre cilio-spinal.

Enfin, les recherches de Mme Déjerine-Klumpke ont amené les conclusions suivantes :

1° Phénomènes oculo-pupillaires par arrachement des racines inférieures du plexus brachial et surtout du premier nerf dorsal.

2° Même phénomène par section, au niveau du trou de conjugaison des VIIIe cervicale et Ire dorsale.

3° Il n'y a jamais de troubles oculaires après section des VIe et VIIe cervicales.

4° Aucun trouble oculo-pupillaire n'apparaît après section des racines supérieures et inférieures du plexus brachial, si toutefois cette section est faite à 1 centimètre en dehors des trous de conjugaison.

En résumé, nous voyons que les muscles iriens sont innervés : le sphincter, par le moteur oculaire commun (ou tout au moins par le parasympathique empruntant son trajet et qui lui est annexé); le dilatateur, par le sympathique.

A l'état normal, il y a équilibre de tonus entre les deux nerfs.

A l'état pathologique, l'équilibre est rompu. Mais, il peut l'être : soit par lésion du moteur oculaire commun, soit par lésion du sympathique, soit exceptionnellement par les deux.

Ces lésions peuvent amener : le rétrécissement : *myosis*; la dilatation : *mydriase*.

Et, suivant que l'on aura affaire à une lésion destructrice ou à une lésion excitatrice de l'un ou de l'autre nerf, on aura une inégalité paralytique dans le premier cas, spasmodique dans le second.

De sorte que, en définitive, les inégalités pupillaires peuvent être réalisées par quatre mécanismes :

Myosis paralytique, par paralysie du sympathique.

Myosis spasmodique, par excitation du moteur oculaire commun.

Mydriase paralytique, par paralysie du moteur oculaire commun.

Mydriase spasmodique, par excitation du sympathique.

Étude clinique. — L'hypothèse d'une inégalité pupillaire locale étant écartée par l'examen ophtalmologique, le diagnostic d'une anisocorie nerveuse comporte un certain nombre de questions auxquelles nous allons nous efforcer de répondre successivement :

1° Y a-t-il inégalité pupillaire? C'est le diagnostic positif.

2° Quelle est la pupille anormale ?

3° L'inégalité est-elle pure ou associée ? C'est, si l'on veut, le diagnostic des formes cliniques.

4° Quel en est le mécanisme ? Diagnostic physio-pathologique.

5° Quelle en est la cause ? Diagnostic étiologique.

1° Y a-t-il inégalité pupillaire? — a. *Dans certains cas*, le diagnostic est évident, même sans prendre aucune précaution technique.

b. *Le plus souvent*, pour éviter de grossières erreurs, il faudra examiner le malade dans des conditions de technique rigoureuses :

1. *L'éclairage doit être égal pour les deux pupilles.* — Nombre de sujets, en effet, présentent une inégalité notable, lorsque les deux rétines ne sont pas soumises à une source lumineuse d'égale intensité.

2. *Il faut que les pupilles soient à un degré de dilatation suffisant* pour qu'on puisse observer leurs variations, sous l'influence des causes qui excitent leur réflectivité : il faut donc qu'elles soient au repos.

Sans aller jusqu'à la chambre noire, réservée à des cas très douteux, il suffit : de placer le sujet à contre-jour, dans une pièce peu éclairée; de l'inviter à fixer un objet éloigné et de couleur sombre (Sergent).

3. *Il faut que le sujet regarde droit devant soi.* — On évite ainsi de provoquer l'inégalité qui apparaît souvent dans la direction latérale du regard (Tournay, Sergent) ; dans ce cas, elle peut même s'accompagner d'un certain degré de nystagmus qui gène l'examen.

c. *Parfois, l'inégalité des pupilles est minime*, et malgré toutes les précautions, on hésite à l'affirmer. Elle est de même impossible à apprécier quand les pupilles subissent des oscillations exagérées, sous l'influence de troubles circulatoires par exemple (hippus de Landolfi).

d. *Enfin, l'inégalité peut ne pas être apparente* : il peut être utile de la provoquer, en exagérant des différences de tonus trop minimes pour être visibles sans préparation, par l'instillation dans les deux yeux de quantités égales de certains collyres : c'est l'*épreuve de l'inégalité pupillaire provoquée*, que de Lapersonne a employée dans les affections du système nerveux, mais surtout dans les affections pleuro-pulmonaires et la tuberculose. Cantonnet, Coppez, Poulard, et surtout Emile Sergent en ont précisé et vulgarisé les modalités. Nous l'étudierons avec les anisocories d'origine tuberculeuse, où cette épreuve trouve son application la plus nette.

2° Quelle est la pupille anormale? — *a*. Il est des cas où le diagnostic est facile : ce sont les cas où, à l'inégalité pupillaire, s'ajoutent d'autres symptômes sympathiques : variations de la fente palpébrale, protrusion ou rétraction du globe oculaire, troubles vaso-moteurs de la pommette du même côté ; de même ceux où existent des modifications des réflexes ou de la vision.

b. Mais dans les cas d'inégalité pupillaire simple, seul symptôme, il est souvent difficile de savoir quelle est la pupille anormale : y a-t-il dilatation d'une pupille ou rétrécissement de l'autre?

Ce n'est que par l'examen attentif et la critique serrée des signes fournis par l'exploration du thorax et du système nerveux qu'on peut porter un diagnostic.

c. Il faut encore compter avec des *formes assez particulières* de l'anisocorie :

1. Parfois, l'*inégalité est inconstante*, transitoire (Poulard, Stephen-Chauvet) : c'est le cas dans certaines méningites aiguës, dans l'attaque d'épilepsie, dans la syphilis cérébro-méningée au début (Stephen-Chauvet). Elle se serait aussi montrée dans la neurasthénie.

2. L'inégalité pupillaire peut varier par suite du rétrécissement de la pupille primitivement dilatée; il peut même arriver que la pupille la plus petite devienne la plus large : C'EST LA MYDRIASE A BASCULE, que Frenkel attribue à une excitation directe ou réflexe du sympathique oculaire. On l'a signalée dans la maladie de Basedow, la neurasthénie, l'hystérie. A côté de cette mydriase à bascule spontanée, il existe une mydriase à bascule provoquée : ce phénomène résulte, d'après Piltz, d'une inégalité dans l'excitabilité réflexe des deux pupilles à la lumière, à l'accommodation, à la contraction orbiculaire. Supposons que le malade présente un réflexe à la lumière très bon à droite, très faible à gauche; avec un éclairage modéré, la pupille gauche est plus petite que la droite. Si l'éclairage est intense la droite devient plus petite que la gauche.

d. Enfin *les deux pupilles peuvent être anormales :* c'est ce qui se produit souvent dans la tuberculose pleuro-pulmonaire bilatérale.

On comprend que le diagnostic de la pupille anormale présente parfois de grandes difficultés.

3° **L'anisocorie est-elle pure ou associée?** — Nous avons vu l'importance des symptômes associés dans le diagnostic de la pupille anormale; nous verrons que leur étude est souvent utile pour poser le diagnostic du siège de la lésion, indispensable pour en connaître la cause.

Aussi, chez tout malade porteur d'une inégalité pupillaire devra-t-on d'une part rechercher les troubles concomitants dans la sphère du sympathique; d'autre part, pratiquer un examen oculaire complet :

L'étude des différents réflexes pupillaires (réflexe d'accommodation à la distance; réflexe à la lumière, réflexe consensuel, réflexe aux excitations périphériques); l'examen de la forme de la pupille régulière ou irrégulière, est dans ce cas, totale ou segmentaire, uni ou bilatérale; l'examen général du globe oculaire et de ses mouvements, du degré d'ouverture de la fente palpébrale, enfin la recherche des troubles de la vision doivent compléter l'enquête. (Sergent.)

Bien que les syndromes les plus variables et les plus complexes puissent se rencontrer en clinique, le groupement de ces différents symptômes, leur association à l'anisocorie, ou au contraire leur absence, permettent de classer schématiquement les inégalités pupillaires en trois grandes variétés :

1. Inégalité associée à des troubles des réflexes ou de la vision.

2. Inégalité sans trouble des réflexes ou de la vision, mais associée à d'autres symptômes sympathiques cervicaux.

3. Inégalité pupillaire simple.

1. *Inégalité associée à des troubles des réflexes ou de la vision.* — C'est l'anisocorie associée par exemple à la cécité, ou à l'abolition du réflexe à la lumière (signe d'Argyll-Robertson) : l'anisocorie de la syphilis cérébro-méningée est le type de cette variété : nous y reviendrons à propos du diagnostic étiologique.

2. *Inégalité associée à d'autres symptômes sympathiques cervicaux* mais sans trouble des réflexes ou de la vision.

A. L'expression clinique la plus complète de cette classe d'anisocorie est représentée par les *syndromes oculo-sympathiques complets :*

Syndrome oculo-sympathique complet d'excitation.

Syndrome oculo-sympathique complet de paralysie.

1. *Le syndrome oculo-sympathique complet d'excitation.* — décrit par Brown-Séquard est caractérisé par :

1° La pâleur de la face;

2° La dilation pupillaire unilatérale;

3° La rétraction de la paupière supérieure avec : agrandissement de la fente palpébrale;

Signe de de Graefe : la paupière supérieure n'accompagne pas ou accompagne incomplètement le globe oculaire dans le mouvement d'abaissement;

4° La protrusion du globe oculaire ou exophtalmie.

2. *Le syndrome oculo-sympathique complet de paralysie ou syndrome de Claude Bernard-Horner*, décrit d'abord par Pourfour-Dupetit, réalisé expérimentalement en 1858 par Claude Bernard et observé pour la première fois cliniquement par Horner en 1869, est caractérisé par :

1° Ptosis léger, non paralytique, dû au rétrécissement de la fente palpébrale;

2° Myosis, avec intégrité des réflexes pupillaires;

3° Enophtalmie ou rétraction du globe oculaire;

4° Hypotonie musculaire;

5° Troubles vaso-moteurs (rougeur), thermiques (hyperthermie), sécrétoires (sueurs), et trophiques, de la face et aussi du membre supérieur correspondant.

B. Mais à côté des syndromes oculo-sympathiques complets, existent toute une série de syndromes associés, moins complets, et représentés surtout par :

1° *Le syndrome oculo-pupillaire de Mme Déjerine et Souques.* = Myosis, diminution de la fente palpébrale, rétraction du globe oculaire, sans troubles vaso-moteurs;

2° *Le syndrome pupillo-vaso-moteur de Sergent.* = Assez particulier; où l'on trouve : mydriase + trouble vaso-moteurs, sans syndrome oculo-palpébral.

3. Enfin, l'inégalité pupillaire peut ne s'accompagner ni de troubles des réflexes ou de la vision, ni d'autres symptômes de la série sympathique : l'inégalité est alors seul symptôme : *c'est l'inégalité pupillaire simple de Sergent.*

La connaissance de ces différents syndromes est d'un grand secours pour le *diagnostic du siège* de la lésion :

D'une part, la constatation de troubles des réflexes pourra faire penser à une atteinte du M. O. C.

D'autre part, l'association ou l'absence de certains ou de l'ensemble des troubles sympathiques associés pourront permettre de localiser une lésion thoracique; en effet :

1° Une lésion irritative des filets pupillo-dilatateurs donnera une mydriase simple.

2° Une lésion destructrice des filets pupillo-dilatateurs donnera un myosis simple.

3° Si la lésion détruit les ganglions, on aura le syndrome de Mme Déjerine et Souques : myosis + ré-

trécissement de la fente palpébrale + rétraction du globe oculaire.

4° Si elle atteint le tronc du sympathique par où passent les filets venant des IIIe, IVe, Ve, VIe paires dorsales, aux signes précédents s'ajouteront les troubles vaso-moteurs : c'est le syndrome de Claude Bernard-Horner.

5° Si, très bas située, elle détruit les filets venant des IIIe, IVe, Ve, VIe paires dorsales (filets vaso-moteurs) et excite les filets pupillo-dilatateurs, on observera le syndrome de Sergent : mydriase + troubles vaso-moteurs, sans troubles oculo-palpébraux.

4° **Quel est le mécanisme de l'anisocorie?** — Nous avons vu que l'inégalité pupillaire peut être due :

Soit à une irritation ou à une paralysie de la IIIe paire;

Soit à une irritation ou à une paralysie du sympathique.

A. *L'inégalité par irritation de la IIIe paire* ne se rencontre que dans certaines méningites, méningites aiguës, méningite tuberculeuse, dans certaines hémorragies des centres nerveux ou de leurs enveloppes. Elles se diagnostiquent en général facilement (Stéphen Chauvet).

B. *L'inégalité par paralysie de la IIIe paire.* — 1° Peut ne pas s'accompagner de troubles des réflexes; dans ce cas, elle est souvent difficile à différencier d'une anisocorie d'origine sympathique.

2° Si elle est complète, elle s'accompagne d'abolition du réflexe à la lumière et à l'accommodo-convergence. Outre ce caractère elle se différencie encore des inégalités d'origine sympathique par les signes suivants :

1. La dilatation pupillaire est d'intensité moyenne;
2. L'anisocorie s'exagère à la lumière et s'atténue à l'obscurité (Charles Lafon);
3. Enfin, à l'inégalité s'ajoute souvent l'*irrégularité pupillaire.*

C. *L'inégalité par lésion destructrice ou irritation du sympathique*, présente les caractères suivants :

1° *Intégrité absolue* des réflexes d'accommodation de la pupille (Sergent) : « Ch. Lafon critique cette expression qui prête à confusion, parce qu'elle ne dit pas si elle désigne seulement les réflexes à la lumière et à l'accommodo-convergence (réactions sensorio-motrices) ou bien au contraire, tous les réflexes pupillaires, c'est-à-dire les précédents et ceux qui n'ont aucun lien direct avec la vision (réflexes sensitivo-moteurs) provoqués par l'action centrifuge du sympathique cervical. Ch. Lafon se demande d'autre part s'il peut exister une inégalité pupillaire sans altération absolue des réflexes. » (Stéphen Chauvet). Quoi qu'il en soit, l'intégrité des réflexes à la distance et à la lumière est un symptôme clinique d'une très grande valeur en faveur d'une atteinte du sympathique. Il faut y joindre les faits suivants :

2° *L'inégalité s'exagère dans l'obscurité* et s'atténue ou même disparaît à la lumière : « en effet, l'irritation du sympathique n'influence pas le noyau pupillaire de la IIIe paire, les réflexes à la distance et à la lumière s'exercent normalement, si bien que l'inégalité sera d'autant plus nette que l'excitation lumineuse sera plus faible et que l'accommodation et la convergence ne seront pas ou seront moins sollicitées. » (Stéphen Chauvet.)

3° *L'inégalité peut s'accompagner d'autres troubles sympathiques.*

4° Dans le cas d'irritation du sympathique, on peut observer une mydriase intense, beaucoup plus marquée que dans le cas de paralysie de la IIIe paire.

Nous venons de voir les signes cliniques qui peuvent faire penser tantôt à une atteinte du moteur oculaire commun, tantôt à une atteinte du sympathique. Dans certains cas, il sera utile de préciser ces renseignements par l'épreuve des collyres de Coppez (qui pourra servir également, en cas de doute, au diagnostic de la pupille anormale).

ÉPREUVE DES COLLYRES DE COPPEZ. — Pour cette épreuve on utilise une solution d'ésérine, une solution d'atropine et enfin une solution de cocaïne. On examine les pupilles sept à huit minutes après l'instillation, dans un lieu obscur (Cantonnet).

Dans l'épreuve complète, quatre cas peuvent se présenter :

1° *Mydriase paralytique* (paralysie de la IIIe paire) : l'atropine et la cocaïne l'augmentent; l'ésérine la diminue (si les lésions ne dépassent pas le ganglion ciliaire);

2° *Mydriase spasmodique* (excitation du sympathique) : l'atropine dilate au maximum; la cocaïne ne produit rien; l'ésérine rétrécit un peu;

3° *Myosis spasmodique* (excitation de la IIIe paire) : l'atropine dilate comme normalement; la cocaïne et l'ésérine sont sans action;

4° *Myosis paralytique* (paralysie du sympathique) : l'atropine dilate un peu; la cocaïne également (si les lésions n'ont pas dépassé le ganglion cervical); l'ésérine contracte au maximum.

Tels sont les éléments qui permettent de concevoir le mécanisme d'une inégalité pupillaire selon la *théorie anatomique,* adoptée par la plupart des auteurs. Mais, étant donné qu'on ne constate pas toujours des lésions anatomiques pouvant expliquer l'anisocorie, en particulier dans les anisocories d'origine sympathique, on s'est demandé si d'autres causes ne pouvaient pas intervenir, et l'on a émis deux autres théories :

1° *La théorie réflexe* de Chauffard et Loederich. Pour ces auteurs, la dilatation de la pupille ne serait qu'un cas particulier de la loi de Schiff d'après laquelle « toute excitation sensitive périphérique provoque la dilatation irienne »; et si, dans ce cas particulier, la dilatation pupillaire est unilatérale, c'est en vertu de la loi de l'unilatéralité des réflexes posée par Pflügger.

2° *La théorie toxi-infectieuse,* soutenue par Massalongo : il n'y a ni lésion anatomique, ni trouble réflexe, mais simplement une sorte d'inhibition des centres bulbaires des mouvements de la pupille par un poison mydriatique.

Il semble bien que chacune de ces théories ait une part de vérité et que, suivant les cas, on puisse utiliser l'une ou l'autre pour éclairer les faits.

Il nous faut maintenant répondre à la question la plus importante au point de vue pratique.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JUIN 1923)

Rôle de la rate dans la nutrition. — M. Charles RICHET conclut de nouvelles expériences que la rate joue un rôle important, sinon essentiel, dans l'assimilation des aliments, spécialement des hydrates de carbone.

Les vibrations nerveuses motrices dans la série animale. — M. J. ATHANASIU.

Action de la lumière sur la croissance. — MM. E. VOLLMAN et M. VAGLIANO.

Sur quelques facteurs ostéodystrophiques et leur action suivant les espèces animales. — MM. G. MOURIQUAND et Paul MICHEL.

De l'action des rayons ultraviolets sur les plaies superficielles. — MM. M. MÉNARD et SAIDMAN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1923)

Pseudo-symbiose vibrio-spirochétique (vibriothrix). — MM. G. DELAMARE et ALALOU étudient deux échantillons de vibriothrix, isolés pendant l'été 1922 chez des réfugiés de la Russie méridionale. Ce saprophyte, d'une si curieuse polymorphie, mérite de retenir l'attention à cause des erreurs qu'il peut occasionner dans la recherche des porteurs de vibrions et de spirochètes. Les formes vibrioniennes se distinguent des vibrions cholériques par l'aspect ambré ou rosé de leurs cultures sur pommes de terre, l'absence de propriétés gélatinolytiques, saccharolytiques, la non-production d'indol. Les formes spiralées diffèrent des spirochètes intestinaux par leurs dimensions généralement plus considérables, leur colorabilité plus facile, leurs aptitudes à proliférer sur tous les milieux usuels.

La réduction de la mortalité infantile par la création de « Visiteuses de nourrissons » avec modification de la loi Roussel, article 7. — M. Georges SCHREIBER après avoir montré que parmi les causes de mortalité des enfants du premier âge il convient d'attribuer une place prépondérante à la séparation prématurée des mères et des nourrissons qui impose l'allaitement artificiel dans des conditions habituellement défectueuses, suggère une double mesure légale et sociale, pour apporter un changement appréciable à une situation dont nul ne contredit les dangers.

La mesure légale consisterait à modifier l'article 7 de la loi Roussel de telle manière que toute personne qui place un enfant en nourrice fût tenue d'en faire la déclaration à la mairie quinze jours avant la séparation.

La mesure sociale consisterait à créer dans les villes, des visiteuses de nourrissons qui se rendraient auprès des parents, dès qu'une déclaration de placement d'enfant aurait été déposée à la mairie, pour leur expliquer la gravité de l'acte projeté, pour essayer de connaître avec tout le tact nécessaire les raisons de leur détermination, et pour envisager avec eux les moyens familiaux ou sociaux qui permettraient d'éviter ou tout au moins de reculer la fâcheuse et trop souvent fatale résolution.

L'expérience de l'auteur lui a montré qu'une pareille démarche entreprise avec humanité par une personne intelligente et compétente, au courant des ressources de l'Assistance publique et privée est souvent couronnée de succès.

Action chez l'animal d'un sérum de cheval immunisé avec des extraits de champignons vénéneux. — M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. Le nombre élevé d'intoxications par les champignons ont engagé M. Dujarric de la Rivière à rechercher un sérum actif contre ces accidents toxiques. Il expose les résultats de ses expériences entreprises sur les animaux avec des champignons très vénéneux. En broyant plusieurs variétés d'amanites, on obtient une toxine avec laquelle par injections à un cheval de doses progressivement croissantes, on obtient l'immunisation de l'animal. L'action du sérum de cheval ainsi immunisé a été étudiée chez le lapin et la souris et on a reconnu que ce sérum avait une valeur préventive incontestable. Bien que les recherches chez l'homme n'aient pas encore été entreprises, il est à prévoir que devant une intoxication par les champignons, l'injection d'une certaine dose de sérum ainsi préparé aura une action efficace.

Influences des dysmorphoses facio-cranio-vertébrales sur l'état de santé en général et leur rôle dans les cas de mortalité précoce. — M PIERRE-ROBIN fait remarquer à l'Académie que si le nombre des enfants et des adolescents atteints d'irrégularités des dents, de la face et du crâne, est très grand, celui des adultes porteurs des mêmes déformations et ayant passé la quarantaine, est très petit.

Nous sommes bien obligés, dit M. Pierre-Robin, de reconnaître que les manquants ont disparu emportés par des affections dont l'origine et l'évolution restent dépendantes des dysmorphoses facio-cranio-vertébrales.

Ensuite M. Pierre-Robin attire tout particulièrement l'attention de l'Académie sur l'importance capitale de cette dépendance dont les conséquences sociales sont si grandes et lui montre en même temps que, traitées suffisamment tôt, ces irrégularités peuvent être corrigées et que les individus ainsi guéris, retrouvant leur bonne santé et leur défense organique normale, deviennent susceptibles de procréer des lignées vigoureuses et saines qui, sans le traitement, eussent été déficientes et vouées à la disparition.

M. Pierre-Robin établit le bien-fondé de ses vues par la présentation de photographies tout à fait démonstratives.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 JUIN 1923)

Linite plastique à foyers multiples. — MM. Ch. ACHARD, J. MOUZON et G. MARCHAL. Ce cas concerne une femme de soixante-trois ans, anorexique, très amaigrie, qui avait de l'ascite et de la diarrhée. Le toucher ayant fait reconnaître un néoplasme rectal, dur, à 5 ou 6 centimètres de l'anus, on fit le diagnostic de cancer avec propagation au péritoine. A l'autopsie on trouva une péritonite calleuse et les lésions de la linite plastique dans l'estomac, surtout à la grande courbure et au pylore, dans la partie terminale de l'iléon, dans l'angle hépatique du côlon et dans le rectum.

L'ascite et l'absence de signes de sténose pylorique et d'obstruction intestinale avaient fait méconnaître les localisations autres que celles du rectum.

Les lésions histologiques étaient celles de l'épithélioma à petites cellules avec une réaction conjonctive énorme à tendance fibreuse, débutant par la profondeur des glandes pour envahir la sous-muqueuse et de là la muqueuse et la musculeuse.

Deux particularités histologiques sont à relever : dans la néoplasie on voit dans la cavité d'un lymphatique, autour des cellules épithéliomateuses, des fibrilles conjonctives implantées sur la paroi interne du vaisseau et dans un autre faisceau conjonctif qui pénètre à travers la paroi pour s'épanouir dans l'intérieur du vaisseau. On peut donc se demander si la néoformation conjonctive dans les lymphatiques envahis est d'origine intra ou extravasculaire, les deux processus n'étant pas d'ailleurs incompatibles.

Il est à remarquer que les foyers néoplasiques échelonnés sur le tractus digestif, à la région prépylorique, à la terminaison de l'iléon, à l'angle hépatique du côlon, à la partie supérieure du rectum, siègent en des points où le contenu digestif a tendance à stagner.

Rhumatisme chronique déformant chez une syphilitique. Amélioration manifeste par le traitement arsenical. — MM. CARNOT et BLAMOUTIER, à propos de l'observation de MM. Dufour, Duchon et Durand, rapportent un nouveau cas de polyarthrite déformante chez une femme de trente et un ans, présentant une double lésion aortique avec Wassermann positif dans le sang. La malade fut améliorée par des injec-

tions intraveineuses de novarsenobenzol, puis intramusculaires d'éparseno. Elle était confinée au lit depuis de longs mois; après ce traitement, elle peut de nouveau coudre, manger seule, puis se lever, se promener avec une canne et descendre seule des escaliers.

Réaction cytologique spéciale au cours du cancer de l'estomac. — MM. Félix RAMOND, RAVINA et ZIZINE. L'examen histologique de tout cancer gastrique montre que beaucoup de cellules néoplasiques sont détruites grâce aux processus réactionnels de défense de l'organisme. L'analyse chimique des humeurs confirme la réalité de cette destruction révélant l'existence de quantités anormales d'acides ancinés. Il existe donc des anticorps cancéreux ayant un pouvoir cytolytique vis-à-vis de la cellule néoplasique. Les expériences des auteurs en apportent une nouvelle confirmation; si, en effet, on met en contact une émulsion de cellules gastriques normales, dont dérivent les cellules cancéreuses, avec du sérum sanguin d'un cancéreux gastrique, on assiste à une cytolyse qui varie de 30 à 70 p. 100; la même expérience faite avec du sérum normal ne provoque pas de cytolyse; la réaction se présente comme spécifique.

Etant donné qu'il est assez difficile de se procurer des cellules gastriques humaines, les auteurs ont eu recours, pour leurs autres recherches, à des cellules d'estomac de chien. Le résultat a été analogue, quoique moins accentué, les chiffres de cytolyse variant de 15 à 60 p. 100.

Si, au lieu d'une émulsion cellulaire en milieu isotonique, on opère sur une macération de muqueuse gastrique centrifugée, on note une réaction macroscopique nette. Ce mélange de la macération et du sérum cancéreux reste limpide, alors que celui de la macération et du sérum normal devient trouble.

Ces diverses réactions n'existent pas si l'on emploie le sérum de malades porteurs d'un cancer autre que celui de l'estomac; elles paraissent donc spécifiques et peuvent servir au diagnostic et même au pronostic : une réaction intense indique une lyse abondante, et, par suite, une défense organique plus forte, avec une évolution clinique plus lente.

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine chez les vieillards. — MM. MERKLEN, MINVIELLE et CHAZEL ont recherché si, au cours des dernières années de la vie, cette épreuve ne décèlerait pas un amoindrissement fonctionnel des organes intéressés. Ils se sont adressés à vingt-six sujets, les uns séniles simples, les autres atteints d'affections chroniques sans retentissement cardiaque ou rénal appréciable, âgés de soixante à quatre-vingt-dix ans. L'élimination n'a été normale que deux fois; dans les autres cas, elle était diminuée, et cela dans des conditions telles que cette diminution s'accentuait dans l'ensemble avec l'âge. Ils n'ont plus trouvé de bonnes éliminations après soixante-dix ans, et après quatre-vingts ans elles descendaient parfois à 10 et à 15. Il y a donc réduction de la capacité de la fonction d'élimination sans qu'il soit possible d'incriminer plutôt les reins que le cœur et l'appareil circulatoire. On ne saurait certes nier que cette baisse de la phénolsulfonephtaléine ne relève de l'altération décrite sous le nom de rein sénile. Mais ce fait, incontestable à coup sûr, se complète par l'insuffisance cardio-artérielle concomitante, si courante dans la vieillesse alors même que les signes cliniques n'en sont pas encore perceptibles. Ce qui confirme cette conception c'est que des chiffres très bas de phénolphtaléine éliminée n'en coïncidaient pas moins avec des taux d'urée normaux chez la plupart des malades examinés. De plus, la digitaline augmentait sa quantité de phtaléine rejetée.

Un cas d'hémorragie méningée d'origine spéciale. — MM. Julien HUBER et Jacques DE MASSARY rapportent l'observation d'une malade chez qui, après un début vague, évolue en cinq jours pour se terminer par la mort, un syndrome clinique consistant en contracture douloureuse de la colonne dorsale, avec phénomènes généraux graves.

La ponction lombaire montre un liquide aseptique avec polynucléaires intacts, et, secondairement, des hématies altérées dans un liquide xanthochronique sans syndrome de coagulation massive.

Ils rattachent ces signes à une ostéomyélite vertébrale et montrent l'intérêt de la ponction lombaire en pareil cas.

Médication iodée dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique. Iodo-méthyle, iodo-benzyle isolés ou associés. — MM. THIROLOIX, BRAU-GILLET et Mlle HARMELIN signalent les heureux effets des composés iodés dans toutes les formes du rhumatisme chronique et l'échec dans les formes aiguës.

Stomatite et vulvite aphteuses suivies de troubles démentiels passagers. — MM. CHAUFFARD, BRODIN et WOLF rapportent l'observation d'une jeune femme de vingt-huit ans n'ayant jamais été malade qui, pendant deux mois, a présenté au niveau de la bouche et des grandes lèvres des éruptions successives de nombreuses vésicules de type aphteux accompagnées de céphalée et de fièvre, et, à la fin de l'infection, de quelques vésicules cutanées, de nodules de type érythème noueux, de douleurs articulaires.

Au moment où les lésions muqueuses se sont atténuées est apparue une réaction méningée avec troubles démentiels à type de confusion mentale accompagnée d'une reprise de la fièvre. Ces troubles ont complètement disparu après un séjour de deux mois à Sainte-Anne.

L'auto-inoculation du contenu des vésicules a permis d'obtenir des vésicules typiques; mais l'inoculation au lapin, tant du contenu des vésicules que du liquide céphalo-rachidien, n'a déterminé aucune lésion.

Cette observation semble devoir rentrer dans le groupe des ectodermoses neurotropes sans qu'il soit encore possible d'en préciser la nature. Elle semble cependant se classer plus près de l'encéphalite épidémique que des herpès infectieux purs.

Petite statistique pour aider à préciser la fréquence et la gravité de la syphilis en l'année 1922. — MM. Maurice RENAUD et MARÉCHAL publient la statistique des cas de syphilis traités à la consultation spéciale du soir à l'hôpital Bichat, du 1er novembre 1921 au 1er mai 1923.

217 malades ont été examinés et régulièrement traités.

55 étaient atteints de chancre ou d'accidents secondaires, la maladie ayant été tout récemment contractée.

29 étaient atteints d'accidents au cours d'une syphilis depuis plus ou moins longtemps acquise et reconnue.

9 étaient atteints d'accidents au cours d'une syphilis déjà ancienne et jusque-là méconnue.

167 étaient indemnes de toute affection cliniquement décelable et ne furent soumis qu'à des traitements préventifs.

48 furent traités pour des affections viscérales sclérosantes (tabes, aortite, etc.). Chez 26 d'entre eux, l'existence de la syphilis était certaine, chez les 22 autres elle n'était que possible ou probable.

Tous ces malades furent traités presque exclusivement par des injections d'arsenobenzol intraveineuses, de hautes doses.

Cette statistique montre que les cas de syphilis contractés en 1922 sont loin d'être en nombre considérable et que les malades présentant des accidents sont en très faible proportion (accidents viscéraux mis à part en raison de leur pathogénie discutable). Il faut d'ailleurs remarquer que tous les malades porteurs d'accidents n'avaient suivi que des traitements irréguliers manifestement insuffisants.

Les auteurs concluent que si tous les syphiligraphes publiaient, à leur exemple, leurs statistiques pour 1922, on verrait que la syphilis n'est pas actuellement une menace bien redoutable, et que si l'on apporte un peu de persévérance dans l'effort entrepris, la syphilis ne tardera pas à aller rejoindre la peste et la variole dans le groupe des maladies dont le fantôme n'est plus qu'un souvenir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 MAI 1923)

Ostéomyélite. — M. TUFFIER présente les radiographies, prises pendant et après une crise d'ostéomyélite, chez un enfant qui n'a été ni opéré, ni vacciné.

M. OMBRÉDANNE a vu chez un même enfant une première crise d'ostéomyélite qui a été ouverte et qui a guéri. Cet enfant a eu une seconde crise et a guéri tout seul.

M. VEAU a vu un enfant pris d'une crise aiguë d'ostéomyé-

lite opéré d'urgence et qui a eu une récidive, a fait quatre foyers successifs, a été vacciné et a fini par succomber.

M. Louis BAZY fait observer qu'il y a des sujets qui ne réagissent pas au vaccin.

M. HALLOPEAU remarque qu'on produit des quantités de guérisons après vaccination. Il rappelle avoir présenté un enfant qui a guéri sans vaccination.

M. OCKINZYC communique l'observation d'un jeune homme de vingt ans, atteint depuis six semaines d'ostéomyélite de la hanche, étant arrivé à un état de septicémie grave, avec des douleurs, une température de 38 à 39 degrés, pouls à 120, ne mangeant plus, ne dormant plus.

M. Ockinzyc proposa, sans grand espoir, la vaccination. Dès la première piqûre, la température tomba, les douleurs disparurent et ce jeune homme guérit complètement et marche sans douleur et sans ankylose. Dans ce cas il paraît bien difficile de nier l'efficacité de la vaccination.

M. MATHIEU rapporte l'histoire d'un jeune enfant qu'il a soigné à l'hôpital Bretonneau : Ostéomyélite trépanée, suivie d'une arthrite suppurée de la hanche. La ponction donne du pus à staphylocoques. M. Mathieu, reculant devant une désarticulation de la hanche, emploie un premier vaccin genre Delbet, puis d'autres injections antistaphylocciques. Guérison rapide. Niera-t-on dans ce cas l'efficacité du traitement?

M. TUFFIER fait observer qu'il est hors de doute que, dans une certaine catégorie de cas, le vaccin semble bien se montrer efficace contre l'ostéomyélite. A côté de ces faits, il en est qui guérissent tout seuls, d'autres qui meurent quoi qu'on fasse. Mais entre ces deux extrêmes, il y a une place très nette pour la vaccination qui donne des résultats souvent très satisfaisants. Vaccinons donc.

M. HALLOPEAU ne voudrait pas que la vaccination fasse abandonner l'intervention chirurgicale qui reste à la base du traitement de l'ostéomyélite.

Prolapsus génital chez les vieilles femmes. — M. SAVARIAUD apporte une observation de prolapsus génital total qu'il a opéré par le procédé de Lefort qui lui a donné un excellent résultat. Il reconnaît toutefois que le procédé de Muller, qu'il a lui-même préconisé, lui a aussi donné de très bons résultats.

M. DUJARRIER, sur le conseil de M. Savariaud, a employé aussi ce procédé dont il a obtenu de très bons effets.

Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou par l'application de greffons osseux. — M. AUVRAY analyse un travail de M. Robertson Lavalle (de Buenos-Ayres), avec vingt observations, sur ce mode de traitement. Pour justifier ce traitement, M. Lavalle part de ce principe que l'épiphyse est un siège de prédilection pour la tuberculose, par suite de l'insuffisance de sa vascularisation. En corrigeant cette insuffisance on peut enrayer la tuberculose.

Le traitement consiste à prélever sur la face antérieure du tibia une série de lamelles osseuses qu'on implante sur l'épiphyse en traversant le cartilage de conjugaison jusqu'au cartilage articulaire. Ces greffons sont maintenus réunis entre eux par d'autres greffons appliqués dans le tissu cellulaire d'une riche vascularisation. Quand ces greffons ont donné leur maximum, au point de vue vascularisation, on les enlève. On fait alors du massage et de la mobilisation. Appliquée sur vingt petits malades, cette méthode aurait donné d'excellents résultats dont quelques-uns datent de cinq ans et auraient été constatés par M. J.-L. Faure, à Buenos-Ayres.

M. Auvray, tout en félicitant l'auteur des résultats qu'il a obtenus, fait quelques réserves sur la conception pathogénique qui lui a servi de base.

Suit une discussion dans laquelle plusieurs membres se sont montrés très sévères dans le jugement qu'ils ont porté de cette méthode qui va, a-t-on dit, « à l'encontre de toutes les notions acquises en matière de tuberculose osseuse ».

Toutefois, au cours de cette discussion, M. MOUCHET a raconté l'histoire d'un jeune enfant qui a été opéré, dans son service, par M. Lavalle lui-même. L'opération lui a semblé simple et élégante. Mais après quelques jours apparurent des phénomènes inflammatoires, la plaie s'est désunie, une ulcération tuberculeuse s'est formée et le petit malade est maintenant atteint de méningite tuberculeuse.

Ce cas rapporté par M. Mouchet n'était pas fait pour calmer les critiques.

Seul M. ROUX-BERGER a fait observer que, en dehors du cas malheureux cité par M. Mouchet, rien, jusqu'ici, ne justifiait ces critiques à l'égard d'une méthode qui a donné de bons résultats. Il ne faut pas, dit-il, pousser trop loin le scepticisme, et il faut attendre de nouveaux faits pour juger sainement une méthode nouvelle.

Sur l'invitation de M. Gosset, M. AUVRAY donne lecture *in extenso* de l'une des observations du mémoire de M. Lavalle, et, d'accord avec M. Roux-Berger, estime qu'on s'est montré un peu trop sévère à l'égard d'un chirurgien de valeur fidèle ami de la France.

Palatoplastie. — M. VEAU présente un jeune garçon de six ans auquel il a pratiqué une palatoplastie avec fils métalliques. Il prie M. le Président de donner la parole à cet enfant qui nous raconte lui-même son histoire en parlant avec une netteté parfaite. Le résultat phonétique de l'opération est merveilleux. Le petit malade et son chirurgien ont été vivement applaudis.

Anus artificiel à la Lambret. — M. PROUST présente un malade chez lequel il a pratiqué un anus artificiel à la Lambret. L'opération a été rendue difficile par l'état d'obésité du malade.

M. LARDENNOIS fait observer qu'il faut tailler des lambeaux très larges, les dégraisser ainsi que l'S iliaque.

M. TUFFIER a obtenu un très bon résultat dans un cas récent.

M. MICHON avait renoncé à recourir au Lambret chez les obèses. Il suivra donc les conseils de M. Lardennois.

M. OKINCZYC, pour rendre tout à fait continent l'anus artificiel de Lambret, suit le conseil d'un de ses opérés qui se contente de maintenir contre la paroi abdominale l'anus à l'aide d'une bande de Velpeau légèrement serrée. Ce malade obtenait ainsi une parfaite continence.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1923)

Sur la réaction du benjoin colloïdal. — MM. Georges GUILLAIN, GUY-LAROCHE et P. LECHELLE. Depuis leurs premières communications sur la réaction du benjoin colloïdal, les très nombreux travaux publiés sur cette réaction, soit en France soit à l'étranger, en ont tous montré l'intérêt clinique et la valeur diagnostique, à l'exception de deux d'entre eux présentés par Fanny Warnock et Armando Ferraro. Dans le travail de Fanny Warnock, on peut constater une grosse erreur de technique, car la suspension de benjoin précipite dans le tube témoin. M. Armando Ferrraro cite des cas de liquides céphalo-rachidiens xanthochromiques de tumeurs cérébrales et de liquides purulents de méningite aiguë donnant une réaction du benjoin positive ; or, nous avons toujours spécifié que notre réaction n'était applicable qu'aux liquides céphalo-rachidiens clairs et non aux liquides sanglants, xanthochromiques, purulents. De plus, M. Ferraro a fait usage du benjoin de Siam, ceci est contraire à notre technique où nous avons précisé qu'il fallait utiliser exclusivement, pour notre réaction, le benjoin amygdaloïde de Sumatra.

Lorsqu'on reçoit un nouvel échantillon de résine de benjoin, il est nécessaire d'essayer la stabilité des suspensions obtenues en présence de la solution chlorurée à 0gr10 p. 1000, avant de l'utiliser pour l'étude des liquides céphalo-rachidiens ; les résines éventuelles avariées peuvent être rendues utilisables par lavage, durant plusieurs jours, dans de l'eau distillée.

Syndrome hémoclasique et autosérothérapie. — MM. Fr. MOUTIER et J. RACHET ont pratiqué, sur dix malades, des injections d'autosérum à des doses variant entre 2 et 20 centimètres cubes. Etudiant d'abord l'évolution des éléments du syndrome hémoclasique au cours de l'autosérothérapie, ils ont noté une proportion égale de chocs positifs et de réactions

inversées. Il semble que l'effet produit soit indépendant de la dose injectée.

Comparant ensuite les résultats autohémo et sérothérapiques sur les mêmes sujets, ils ont toujours trouvé une parfaite concordance des réactions, dans les deux méthodes. Cette concordance plaide en faveur de l'autohémothérapie, dont la technique est plus simple pour des résultats identiques.

Dosage des albumines globales du plasma sanguin. — MM. H. Bierry et R. Vivario. Le procédé décrit permet :

1° De doser avec une grande exactitude les albumines globales du plasma sanguin.

2° De déterminer dans des conditions nouvelles l'azote résiduel du plasma.

3° D'évaluer le carbone résiduel du plasma, c'est-à-dire le carbone restant du carbone total, après défalcation faite du carbone des protéines, du sucre libre et de l'urée.

Etude comparative des protéines plasmatiques chez l'homme à l'état normal et à l'état pathologique. — MM. H. Bierry et R. Vivario ont pratiqué des dosages d'albumine dans le plasma sanguin provenant d'hommes normaux, d'hommes atteints de diabète et de néphrite chronique. Ils ont pratiqué également des dosages de carbone et d'azote sur ces différentes albumines.

De ces analyses et des rapports du sucre protéidique au carbone $\frac{\text{C. protéidique}}{\text{S. protéidique}}$ et à l'azote $\frac{\text{N. protéidique}}{\text{S. protéidique}}$ de ces protéines, les auteurs sont arrivés à envisager un changement de composition dans les albumines du plasma sanguin, au cours de certains états pathologiques.

Carbone résiduel dans le plasma sanguin. — MM. H. Bierry, F. Rathery et R. Vivario, dans le plasma sanguin, ont déterminé l'extrait sec, et dosé d'autre part : les albumines, le sucre libre, et l'urée; le carbone total et le carbone des albumines.

Si on soustrait du carbone total, les chiffres de carbone se rapportant aux protéines, au sucre et à l'urée, on obtient le *carbone résiduel*, et on peut établir le rapport de ce carbone résiduel au carbone des albumines $\frac{\text{carbone protéidique}}{\text{carbone résiduel}}$.

Ce rapport pour les individus normaux est voisin de 11 ; il est aux environs de 5 pour les diabétiques et de 8 pour les malades atteints de néphrite chronique.

Les auteurs envisageront le rapport $\frac{\text{carbone résiduel}}{\text{N. résiduel}}$ au cours de nouvelles analyses.

Il résulte des recherches de M. Raphaël Dubois publiées en 1913 et de celles de M. Valdiguié communiquées à la Société de Biologie en 1923, **que les sels de cuivre peuvent agir à la fois comme oxydases et comme peroxydases.** R. Dubois ayant montré bien avant les recherches de M. et Mme Villedieu que le cuivre n'est pas toxique pour les moisissures, explique par l'action combinée de l'oxygène actif contenu dans la rosée déposée sur les feuilles de la vigne et des bouillies cupriques leur efficacité incontestable dans la lutte contre le mildiou et autres moisissures de la vigne.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DES HYPNOTIQUES : LE DIDIAL (1)

Etant donné le grand nombre de médicaments hypnotiques dont s'enrichit notre actuelle pharmacopée, il semble que le médecin n'ait que l'embarras du choix lorsqu'il veut prescrire l'un de ces médicaments. En réalité, ce choix doit se trouver orienté par les indications particulières à chaque cas, et il est limité, d'autre part, par l'accoutumance du malade vis-à-vis de certains de ces produits, comme par les effets secondaires désagréables à beaucoup d'entre eux. Parmi ceux, dérivés de la malonylurée, le dial est un des plus connus et des plus couramment employés de nos jours, à juste titre d'ailleurs. Mais sa combinaison avec l'éthylmorphine, moins répandu, trouve, en raison de ses propriétés analgésiques, des applications fréquentes auxquelles on ne pense peut-être pas assez. C'est ainsi que dans les diverses algies, quelle qu'en soit la cause, névralgies, sciatique, douleurs fulgurantes, cancer, etc.; il permet le repos et le sommeil, sans intoxiquer le malade et sans l'exposer aux dangers du morphinisme. Mais c'est surtout dans ses applications chirurgicales, pré ou postopératoires, que E. Roux l'a étudié. Avant l'anesthésie, dit-il, il atténue considérablement l'angoisse et diminue ainsi les risques de syncope; il supprime généralement la phase d'excitation du début de la narcose, et favorise beaucoup la résolution musculaire. Après l'anesthésie, il prolonge l'action analgésiante, et permet d'éviter la morphine ou d'en réduire la dose. Parmi les observations citées par l'auteur, relevons une luxation sous-claviculaire de l'épaule droite, datant de quatre jours, qui fut réduite avec la plus grande facilité sous quelques bouffées de Kélène, après absorption préalable de deux comprimés de didial. Un autre cas est celui d'un sujet qui, après énucléation d'un volumineux lipome de la région lombo-iliaque (sous-anesthésie à l'éther) avait présenté une excitation post-opératoire violente, qui fut calmée par deux comprimés de didial, lesquels mirent fin, en outre, aux vomissements postanesthésiques.

En résumé, le didial hypnotique-analgésique trouve des indications, tout à la fois médicales et chirurgicales, et il n'était pas sans intérêt de signaler les services qu'il peut rendre dans ces dernières.

(1) E. Roux, *Sud méd.*, 15 août 1922.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie du membre inférieur (Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de Paris), 5e édition (1), par Georges Labey et Jacques Leveuf.

Cette nouvelle édition a été complètement refondue par le docteur J. Leveuf.

Parmi les chapitres nouveaux nous notons le traitement sanglant des fractures et des pseudarthroses par les méthodes récentes, les voies d'accès pour les opérations sur les articulations, les arthrodèses du pied.

Ouvrage complètement mis au point de la technique de la chirurgie opératoire du membre inférieur. M. LANCE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 18 juin. — Jury : MM. Roger, président; Sergent, Chiray et Léri. — M. Besson (A.). Des manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique. — M. Lefèvre (Henri). Contribution à l'étude de l'artérite oblitérante des membres. — M. Laversin (Maurice). Des lois modernes d'assurances sociales au point de vue médical.

Mardi 19 juin. — Jury : MM. Marfan, président; Jeanselme, Claude et Nobécourt. — M. Lemaire (Pierre). Etude sur la transmission du virus encéphalitique de la mère à l'enfant. — M. Gardinier (Jean). Etude sur la leucomélanodermie du cou. — M. Rayol (Victorin). Le bismuth dans l'hydrargie et l'arsenie-résistance. — M. Bremier (René). La chronaxie chez l'enfant. — M. Masson (Auguste). Etude des syndromes de l'artère cérébrale.

Samedi 23 juin. — Jury : MM. Gilbert, président; Ménétrier, Bezançon et Philibert. — M. Martial (Pierre). Les faux pneumothorax d'origine gastrique. — M. Missirlian-Mihran. Etude de la pleurésie cancéreuse hémorragique. — M. Aubijoux (Robert). Les pré-hémorragies gastro-duodénales dans la lithiase biliaire. — Mlle Markovitch. Des relations entre l'appareil nasal et la sphère génitale de la femme.

(1) In-8 de 248 pages, 280 figures. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 14 juin. — MM. Ricaud, 18,63; Bith, 18,54; Cain, 17; Binet, 17,36; Heuyer, 19,90.

Sont déclarés admissibles à l'épreuve clinique :

MM. Flandin, 20; Heuyer, 19,90; Bloch, 19,81; Pruvost et Bénard, 19,63; Donzelot et Gautier, 19,54; Léon-Kindberg, 19,36; Leblanc et Rouillard, 19.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 15 juin. — MM. Girode, 26; Petit-Dutaillis, 27; Monod, 26.

— Concours du prosectorat. — *Anatomie.* — Epreuves orales de sous-admissibilité :

Séance du 14 juin. — Question donnée : « Les voies spermatiques. »

MM. Michon, 26; Wilmoth, 23; Huc, 26.

— Commission de classement des assistants d'électro-radiologie. — Tirage au sort des chefs de laboratoires, membres de la Commission :

MM. Keller, Bouchacourt et Beaujard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — **Médecine.** — *Epreuve clinique.* — Notes :

Paris. — MM. Aubertin, Brulé, Foix, Harvier et Lian, 30.
Alger. — MM. Porot, 30; Azoulay, 27.
Bordeaux. — MM. Damade, 27; Bonnin, 29.
Lille. — MM. Doumer, 29; Legrand, 27.
Lyon. — MM. Chalier, 30; Devic, 28.
Montpellier. — MM. Giraud, 30; Boudet, 28; Carrieu, 27; Baumel, 25.
Toulouse. — M. Tapie, 30; Mlle Condat, MM. Riser, 29; de Verbizier, 27.

Sont proposés (classement par ancienneté d'âge) :

Paris. — MM. Aubertin, Harvier, Lian, Foix et Brulé, 60 + 30 = 90.
Alger. — M. Porot, 56 + 30 = 86.
Bordeaux. — M. Bonnin, 56 + 29 = 85.
Lille. — M. Doumer, 56 + 29 = 85.
Lyon. — M. Chalier, 60 + 30 = 90.
Montpellier. — MM. Giraud, 59 + 30 = 89; Boudet, 55 + 28 = 83; Carrieu, 55 + 27 = 82.
Toulouse. — M. Tapie, 60 + 30 = 90; Mlle Condat, 56 + 29 = 85.

Chirurgie. — *Epreuve clinique.* — Notes :

MM. Cadenat, Chalier, Leveuf, Miginiac, Mondor et Moure, 29; Jeanneney et Synghedauw, 28; Brocq, Girode et Sauty, 27; Delannoy, Dunet, Hamant et Perrin, 26; Ferry, Simon et Wertheimer, 25; Rocher, 24; Hartmann et Lefèvre, 22.

Sont proposés :

Paris. — MM. Mondor, 88; Cadenat, 86; Moure, 84.
Lille. — MM. Jeanneney, 81; Delannoy, 76.
Lyon. — MM. Sauty, 84; Dunet, 83; Chalier, 82.
Nancy. — M. Hamant, 76.
Strasbourg. — M. Simon, 77.
Toulouse. — M. Miginiac, 83.

Hygiène, parasitologie et histoire naturelle. — *Epreuve pratique.* — MM. Hirtzmann, de Lavergne et Sigalas, 29.

Total des points : MM. de Lavergne, 88; Sigalas, 85; Hirtzmann, 81.

Hygiène : M. de Lavergne est proposé (Nancy).

Parasitologie et histoire naturelle : M. Sigalas est proposé (Bordeaux).

— Montpellier. — M. Faucon, agrégé près la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de pharmacie à ladite Faculté, en remplacement de M. Tarbouriech, appelé à d'autres fonctions.

— Nancy. — La chaire de médecine opératoire de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée en chaire de pathologie interne et clinique médicale propédeutique.

— M. Richon, agrégé libre, chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de pathologie interne et clinique médicale propédeutique à ladite Faculté.

— Toulouse. — M. François Henri-Jean, professeur à l'Université de Liége, a reçu les insignes de docteur *honoris causa* que lui a conférés l'Université de Toulouse.

L'exercice de la pharmacie pour les pharmaciens alsaciens. — Le *Journal officiel* du 30 mai 1923 publie une loi admettant les pharmaciens alsaciens et lorrains à exercer la pharmacie, sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de pharmacien, délivré par le gouvernement français.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de *L'Infirmière française*, revue mensuelle d'enseignement technique, publiée sous le patronage de M. le ministre de l'Hygiène et sous la direction scientifique de M. le professeur Calmette.

Ce nouveau périodique présente un véritable intérêt, non seulement pour les infirmières, mais aussi pour les médecins soucieux de l'instruction de leurs auxiliaires.

Nous adressons nos bien vives félicitations à ce nouveau confrère.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

PRÉTENDUE FAUTE OPÉRATOIRE ; OMISSION DANS LA PLAIE D'UN MORCEAU DE PANSEMENT

Le docteur L... avait formé contre M. S... une demande en paiement de la somme de 1.500 fr. pour honoraires de soins médicaux et d'opération chirurgicale dont la dame S... avait été l'objet en octobre et novembre 1915. M. S... se porta reconventionnellement demandeur et réclama au docteur L... le paiement de la somme de 1.500 fr. à titre de dommages intérêts, en soutenant que ce dernier avait commis une faute opératoire caractérisée par l'omission dans la plaie d'un morceau de pansement dont la dame S... aurait été débarrassée par un autre médecin au moyen d'une seconde intervention.

C'était un moyen commode de se libérer envers son chirurgien. Mais le tribunal de la Seine (7e chambre civile) n'admit pas cette manière de compensation. Dans son jugement du 23 avril 1923, il s'exprime ainsi :

« Attendu qu'il résulte des éléments de la cause et des renseignements fournis aux débats que le docteur L... a pratiqué sur cette dame, le 12 octobre 1915, une opération particulièrement grave et compliquée, laquelle a été suivie d'une guérison complète et que le prix de 1.500 fr. réclamé pour cette intervention ainsi que pour les soins qui l'ont accompagnée apparaît très modéré, en tenant compte notamment des résultats heureux obtenus et de la notoriété du praticien ;

Attendu que S... n'apporte aucun élément de nature à établir le bien-fondé de ses fins reconventionnelles ;

Qu'aucune faute opératoire caractérisée ne saurait être reprochée en l'espèce au docteur L..., et que même en supposant établie la présence après l'intervention d'un morceau de pansement dans la plaie, la dame S... n'a éprouvé de ce chef, aucun inconvénient ou accident, sans qu'aucune nouvelle opération ait dû être pratiquée sur elle ;

Attendu que l'articulation de cette faute lourde à la date du 14 avril 1923, *c'est-à-dire plus de sept années après les soins donnés* par le demandeur apparaît d'autant plus suspecte quant à son bien-fondé et à sa sincérité que les lettres adressées à ce dernier par le défendeur au cours des années 1917-1920 et 1921, ne contiennent aucun reproche à son égard et ne font aucune allusion à cette prétendue négligence ;

Qu'en outre, S... n'a à aucun moment discuté le quantum des honoraires réclamés et qu'en reconnaissant sa dette à plusieurs reprises dans les dites lettres il s'est borné à demander au docteur L... d'attendre le règlement de la succession de sa mère pour s'acquitter vis-à-vis de lui ;

Attendu que dans ces conditions, il y a lieu de rejeter purement et simplement la demande reconventionnelle formée par S..., sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une mesure d'expertise qui apparaît dans l'espèce absolument inutile et dépourvue d'objet ;

Attendu enfin qu'il existe en la cause promesse reconnue et qu'il échet d'ordonner l'exécution provisoire réclamée en condamnant le défenseur en tous les dépens. »

Le tribunal a en conséquence condamné S... à payer au docteur L... la somme de 1.500 fr. avec les intérêts de droit et a rejeté la demande reconventionnelle en 1.500 fr. de dommages-intérêts.

H. Ribadeau Dumas,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE

UN DIMANCHE A VALENTON A LA MAISON DU MÉDECIN

Le dimanche 3 juin dernier, le Comité de direction de la Maison du médecin a eu la très heureuse idée de convier nos confrères parisiens et leurs familles à venir rendre visite à leurs anciens, retirés en leur Thélème du château des Charmilles, à Valenton. Par une heureuse exception que ne pouvait, à la vérité, refuser Apollon à ses fidèles sujets et disciples, le soleil fut de la fête, et, sous la direction du toujours actif et sympathique docteur Paul Guillon, en trois autocars, la cohorte des visiteurs fut emportée, joyeuse, à travers la jolie campagne parisienne, si fraîche en ces jours printaniers.

A l'arrivée, le très aimable président, le docteur Cazin, entouré des hôtes de la Maison et de leurs femmes, souhaita la bienvenue aux visiteurs ; après quoi, sous leur direction, on fit le tour du propriétaire. Et quel tour parmi bois, prés et jardins de ce parc seigneurial. Dans ce château des rêves... médicaux c'est, selon la formule chère au fondateur : Non seulement le repos dans la dignité ; *Otium cum dignitate*, mais encore le repos avec le charme de pouvoir, enfin, s'adonner à ses goûts. Ainsi les uns font-ils du jardinage, d'autres de la peinture, ceux-là le salon des médecins leur réserve un coin de cimaise.

Après le cadre, voici le château avec ses chambres gaies et confortables, ses salons, sa bibliothèque, sa salle de billard, sa salle à manger, où le plus aimable des Five o'clock réunit visiteurs et hôtes autour d'une table débordant de gâteries. Auparavant, le docteur P. Guillon, en quelques paroles émues et éloquentes, rappela le noble but de l'œuvre : Réunir, donner un foyer aux vieux confrères isolés et désemparés, et les noms à jamais respectables, du fondateur, le docteur Courtault, et parmi les bienfaiteurs, celui du docteur Reynier. En fin de quoi, ce fut la vraie fête de famille dans toute son acception heureuse et chaude. Ce fut comme la visite aux grands parents, à la campagne, avec le rapprochement des têtes blanches qui sourient en se souvenant et des têtes encore pleines d'illusions et de projets. Parmi celles-ci, parmi ces jeunes confrères, combien au retour, en la perspective du collier à reprendre, de la lutte à continuer, n'ont pas mélancoliquement songé à cette heure du repos. Où la passeront-ils ? qui sait ? Les plus heureux, les plus entourés peuvent la voir dans la solitude. Qu'à tout hasard, ils songent donc, dès maintenant, à la Maison du médecin qui peut leur être, un jour, accueillante ; qu'ils adhèrent à son œuvre et ne l'oublient pas dans les miettes de leur budget. C'est, sans doute, un tout petit placement à fonds lointains, à fonds de cheveux blancs, en tout cas, c'est un placement, celui-là, qui ne sera jamais à fonds perdu !

P. R.

LA STÉNOSE MÉDIOGASTRIQUE D'ORIGINE ULCÉREUSE ET SON TRAITEMENT

Par MM. Edouard ANTOINE et THIERRY DE MARTEL.

Synonymie : *Estomac biloculaire, Biloculation gastrique, Sténose mésogastrique, Estomac en sablier*, etc.

I. GÉNÉRALITÉS

La sténose médiogastrique est constituée par un rétrécissement plus ou moins annulaire, qui se développe au niveau de la partie moyenne de l'estomac ; ce rétrécissement divise la cavité gastrique en deux poches ou deux étages, qui communiquent entre eux par un orifice ou par un canal plus ou moins long et serré, suivant le degré de la sténose.

De nombreux auteurs ont étudié l'estomac biloculaire et sans entrer dans une énumération historique fastidieuse, nous ne retiendrons que l'article remarquable de Lion et Nathan (1) et les leçons publiées par Mathieu (2) qui constituent deux étapes dans l'étude de cette affection.

Il est curieux de constater, qu'au début, la sténose médiogastrique fut à peu près complètement méconnue par la clinique, prise le plus souvent pour une sténose pylorique, et reconnue seulement à l'autopsie ou à l'opération.

Plus tard, lorsque sa notion se répand, les auteurs s'ingénient à décrire des signes cliniques ou des procédés d'examen (tubage, chimisme, insufflation, etc.) pour permettre de dépister l'affection. La multiplicité des symptômes, que l'on trouvera exposés dans le travail de Lion et Nathan, montre déjà combien la plupart d'entre eux sont inconstants, irréguliers ou discutables.

Dans une troisième phase, avec l'utilisation des rayons X, un facteur nouveau apparaît, qui permet de poser plus facilement le diagnostic de la sténose médiogastrique. Déjà l'examen de la statistique, publiée par Lion et Nathan, montre cette orientation du diagnostic :

Dans tous ces cas où le diagnostic a été établi par la clinique, on remarque que l'immense majorité des sténoses, au début, ont été découverts par le tubage ou l'insufflation. Puis, la radioscopie apparaît et à partir de ce moment, d'après cette même statistique, le diagnostic est posé uniquement par elle. Si cette constatation pouvait être faite déjà en 1908, il est indiscutable (on peut l'affirmer à l'heure actuelle, sans pour cela nier la valeur de certains des symptômes cliniques), que l'examen radioscopique permet, à lui seul, de dépister, d'une façon beaucoup plus précoce, les sténoses médiogastriques.

Mais, quelle que soit cette importance de l'examen radioscopique dans ce chapitre de pathologie gastrique, il ne faut pas oublier que l'*examen radioscopique peut induire parfois en erreur et ne peut donner, à lui seul et dans tous les cas, la* CLEF *du diagnostic*. Le bon sens, la clinique, l'épreuve thérapeutique doivent toujours avoir le dernier mot; ce sont eux qui permettent de juger en dernier lieu s'il s'agit d'une sténose organique ou spasmodique et d'en préciser la nature.

(1) Lion et Nathan. Estomac biloculaire, *Arch. des mal. de l'app. dig.*. oct.-nov -déc. 1908. On trouvera dans ce travail une bibliographie complète de la question.

(2) Mathieu. La sténose mésogastrique, *Gaz. des hôpit.*, mai 1914, nos 55 et 56.

Parmi 51 observations personnelles d'ulcus de la petite courbure, nous avons relevé :

— 21 ulcères simples.
— 8 ulcères avec diverticule.
— 12 avec sténose médiogastrique organique.
— 10 avec biloculation spasmodique.

Il est intéressant de noter que sur ces 51 ulcus de la petite courbure, 27 siégeaient au tiers moyen de la petite courbure ou à l'union des tiers moyen et inférieur. Or, 22 fois sur 27, l'ulcère du tiers moyen de la petite courbure s'accompagnait d'une sténose organique ou spasmodique.

La fréquence de la biloculation gastrique, soit organique, soit spasmodique, paraît donc constituer une complication élective des ulcères du tiers moyen de la petite courbure. La sténose médiogastrique paraît être à l'ulcus du tiers moyen de la petite courbure ce que la sténose pylorique est à l'ulcus de la région pylorique.

II. DIAGNOSTIC CLINIQUE

Dans les 17 cas d'estomacs biloculaires, nous n'avons jamais fait le diagnostic de biloculation par la clinique seule. Certes, certains symptômes ou certaines constatations faisaient penser qu'il ne s'agissait pas d'un ulcus simple. Mais, aucun ne nous a paru devoir, à lui seul, entraîner notre diagnostic. Cette constatation paraît assez contradictoire avec l'opinion des classiques et, en particulier avec celle de Lion et Nathan. Mais, à l'heure actuelle, les malades viennent au spécialiste plus tôt qu'autrefois ; nous voyons rarement des lésions anciennes, invétérées; et nous n'avons pas vu de sténoses médiogastriques par ulcus datant d'assez longtemps pour avoir provoqué des dilatations gastriques considérables, comme on en voyait autrefois.

Ceci peut provenir aussi de l'emploi systématique de l'examen radioscopique, que tout spécialiste de l'estomac pratique aujourd'hui.

Le diagnostic paraît donc plus facile et plus précoce de ce fait.

La sténose médiogastrique par ulcus n'est qu'une complication de l'ulcus du tiers moyen de la petite courbure ; c'est dire que l'*on retrouvera toujours, dans l'histoire de la maladie, les symptômes de l'ulcère de la petite courbure. Il est plus malaisé de préciser à partir de quand s'installe la biloculation.*

La plus *grande fréquence* de la sténose médiogastrique, chez la femme que chez l'homme, paraît indiscutable : 4 hommes pour 13 femmes. Mathieu et Mazzoléni avaient déjà trouvé 5 hommes pour 20 femmes.

L'*âge adulte* est relevé dans l'immense majorité des cas : nos malades s'échelonnent entre trente ans et soixante-cinq ans, avec maximum de trente-cinq à cinquante ans.

Le *début* des accidents dyspeptiques et des symptômes de l'ulcère datait de dix à trente ans avant. La plupart des malades souffraient de l'estomac depuis quinze à trente ans, avec des longues périodes de rémission. Une seule malade faisait exception et ne souffrait que depuis un an et demi. Cette longue durée paraît nécessaire à l'évolution de

l'ulcus de la petite courbure et à la constitution ultérieure de la sténose médiogastrique.

Nous avons relevé dans l'histoire de la plupart de ces malades des hématémèses et plus rarement du mélæna. Les douleurs survenaient, soit très précocement, aussitôt après le repas (2 cas), soit une heure et demie à trois heures après le repas de midi (14 cas); une seule fois, il existait des douleurs tardives, quatre à cinq heures après. Les douleurs sont calmées par les alcalins ou par des vomissements alimentaires. En somme, tous ces symptômes ne sont que ceux de l'ulcus de la petite courbure et nous les avons retrouvés également dans l'histoire de tous nos autres malades atteints d'ulcus de la petite courbure sans sténose médiogastrique.

Y a-t-il des symptômes subjectifs, plus particuliers, capables d'orienter le diagnostic vers la possibilité d'une sténose médiogastrique ?

Dans toutes nos observations de sténoses médiogastriques organiques, nous avons relevé l'existence, à un certain moment, de douleurs *très vives*, de *douleurs intenses*, de *douleurs intolérables*. Ces douleurs surviennent avec le *même horaire*, *demi-tardif* (deux-trois heures après le repas) et *ne sont calmées par rien*. Les vomissements alimentaires disparaissent, et font place, dans tous les cas, à des *vomissements aqueux*, ou rejet de *glaires acides ou non*, mais toujours répétés et *ne calmant nullement les malades*. Les douleurs se prolongent toute l'après-midi. La nuit, elles réveillent aussi les malades vers onze heures et s'accompagnent souvent des mêmes caractères.

Les douleurs intenses, intolérables, prolongées, que rien ne calme, accompagnées de vomissements glaireux non alimentaires, lorsqu'ils apparaissent chez des malades atteints, depuis de nombreuses années, de signes d'ulcus de la petite courbure, peuvent être considérés comme des symptômes indicateurs de la possibilité d'une sténose médiogastrique.

Loeper a déjà signalé l'apparition des vomissements muqueux comme témoignant d'une tendance à l'organisation d'un estomac biloculaire, sans qu'il soit possible d'en préciser la nature spasmodique ou organique.

L'*examen physique* nous a révélé, une seule fois, la présence d'une masse profonde dans la région de l'hypochondre gauche, masse simulant une tumeur de l'estomac. Lion et Nathan indiquent l'existence de cette tumeur comme un signe pathognomonique d'estomac biloculaire. Mais ce signe ne nous permet pas de préjuger de la nature de la lésion (néo, syphilis gastrique, ulcus, périgastrite ?...). Dans tous les autres cas, on pouvait constater une *défense nette du grand droit gauche* dans la région sus-ombilicale. Le point douloureux maximum existait dans cette même région, dans l'hypochondre gauche, nettement à gauche de la ligne médiane. Ce qui le distingue véritablement du point douloureux pyloro-duodéno-vésiculaire, situé à droite.

Un *amaigrissement* toujours notable a été noté : 10 à 12 kilos durant les derniers mois.

Enfin, l'examen de la *denture* nous a montré une bouche dans un état déplorable, ornée de chicots, de dents cariées, de fistules osseuses. On sait toute l'importance qu'attachent les Américains aux infections d'origine dentaire dans l'étiologie des ulcus gastro-duodénaux. Cette opinion, à l'appui de laquelle L. Christophe vient d'apporter un travail récent (1), nous paraît pleinement justifiée par les constatations de tous les jours.

Nous ne voulons citer que pour mémoire les nombreux autres signes physiques, que l'on a décrits ; on les trouvera exposés dans le travail, très complet de Lion et Nathan, auquel nous renvoyons le lecteur. Pour notre part, nous ne les avons jamais constatés :

— Retrait profond situé vers le milieu de la grande courbure de l'estomac (Eichhorst).

— Durcissement intermittent et agitation péristaltique, important s'il est limité à la partie gauche de l'estomac (Lion). Sinon sans valeur spécifique.

— Exploration de l'estomac par le tubage à jeun ; liquide de stase constaté comme au cours de la sténose pylorique.

— Ectasie paradoxale de l'estomac : l'estomac étant vidé par tubage, on constate encore du clapotage (Jaworski).

— Après lavage, l'eau introduite ne ressort qu'incomplètement (Jaworski).

— Après avoir lavé l'estomac, l'eau ressort claire; puis brusquement le liquide redevient trouble et chargé de débris (Bouveret).

— Insufflation de l'estomac (Krukenberg, Bouveret), qui peut montrer les deux poches simultanément (signe pathognomonique), ou seulement la poche cardiaque.

— Auscultation de l'estomac, pendant l'insufflation (Bouveret, Lion, Decker).

— Exploration de l'estomac par une sonde munie d'un ballon de Turck (Ewald).

— Gastrodiaphanie, etc.

III. CHIMISME GASTRIQUE

Les renseignements constatés par l'étude du chimisme gastrique corroborent entièrement ceux signalés par Lion ; ce sont :

— Petite stase à jeun, variable avec le degré de la sténose.

— Présence de mucus abondant.

— Présence de sang dans le liquide gastrique, indiquant un ulcus en évolution.

— Acidité totale très faible, due surtout aux acides organiques.

— HCl extrêmement faible, nul dans un cas.

— Chlore total extrêmement faible.

Ces constatations sont très importantes; elles montrent nettement l'absence de digestion, par isolement de la poche cardiaque, qui n'est plus en communication facile avec la poche pylorique, riche en glandes peptiques.

IV. DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

L'examen radioscopique de l'estomac peut chez certains malades montrer à la fois l'existence d'une sténose médiogastrique et préciser son origine cicatricielle.

Dans bien des cas, les renseignements sont incomplets et l'examen à l'écran révèle seulement la sténose médiogastrique, sans pouvoir préciser si elle est organique ou non.

1° *Cas où le diagnostic de sténose médiogastrique par ulcus s'impose d'emblée par l'examen radiologique.* — Les symptômes suivants sont nécessaires :

(1) L. Christophe. L'étiologie de l'ulcus récidivant, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1922, n° 4, t. XII.

a. Aspect caractéristique de l'estomac biloculaire avec ses deux poches cardiaque et pylorique;

b. Stase barytée de plus de six heures dans la poche cardiaque;

c. Impossibilité de faire refouler le contenu de la poche pylorique dans la poche cardiaque par la manœuvre de Chilaïditi, par la palpation ou par le décubitus;

d. Existence d'un pertuis ou d'un canal plus ou moins serré faisant communiquer les deux poches. Absence de toute communication même dans certain cas;

e. Présence d'une déformation et de rectitude de la petite courbure à ce niveau;

f. Présence d'un diverticule sur la petite courbure, au niveau du rétrécissement;

g. Point douloureux maximum à ce niveau;

h. Epreuve de la belladone ou de l'atropine négative;

i. Persistance de ces constatations à divers examens pratiqués en série.

Si tous ces symptômes existent à la fois, on peut affirmer l'existence d'une sténose médiogastrique organique par ulcus.

2° *Autres constatations radiologiques, montrant une biloculation gastrique, mais ne permettant de préciser ni son origine ulcéreuse, ni si elle est spasmodique ou organique.* — Dans ces cas, la critique serrée des symptômes cliniques et de l'histoire de la maladie, l'épreuve de la belladone ou de l'atropine, l'étude du chimisme gastrique, tout doit être mis en œuvre pour préciser les caractères de la biloculation gastrique constatée.

Nous étudierons successivement : le détroit ou partie rétrécie, la poche cardiaque et la poche pylorique.

a. *Le détroit médiogastrique.* — Les constatations fournies par la radiologie sont extrêmement variables :

— Tantôt il s'agit d'un *spasme*, d'une *incisure spasmodique*, d'une *encoche médiogastrique* au niveau de la grande courbure, localisé, intermittent ou durable, se manifestant par une dépression plus ou moins profonde de la grande courbure (fig. 1).



Fig. 1. — Encoche de la grande courbure persistante, mais liée à un spasme. L'atropine a fait disparaître cet aspect biloculaire.



Fig. 2. — Mme M... Sténose médiogastrique par ulcus de la petite courbure. Canal long, étroit, presque filiforme. Ortho en position debout.

Cette encoche médiogastrique est une tache claire, qui s'enfonce brusquement à l'intérieur de la ligne normale de la grande courbure et qui rapproche ainsi les deux bords de l'estomac en leur milieu, lui donnant la forme d'un sablier. Les bords de l'encoche sont nets, son fond est régulièrement arrondi.

L'encoche médiogastrique s'observe fréquemment au cours de l'ulcus de la petite courbure; « elle est l'analogue de la contracture du sphincter anal qui accompagne la fissure à l'anus. » (Béclère). C'est une contraction ou même une contracture, qui reste fixée en regard du point douloureux correspondant de la petite courbure. Elle peut cependant coexister avec un ulcus à distance, par exemple pylorique ou plus rarement duodénal. Les contractions péristaltiques cheminent par-dessus elle, sans la modifier; ou bien elles partent seulement (ce qui est le plus fréquent), au-dessous d'elle vers le pylore. Cette déformation ne cède pas à la palpation, elle s'exagère plutôt.

Enriquez et Carrié distinguent l'*incisure spasmodique,* qui est nette, dont le fond est régulièrement arrondi, et l'*encoche*, qui est irrégulière, dont les bords manquent de netteté et dont le fond est anguleux. Cette encoche médiogastrique, si elle est permanente, durable, constatée à plusieurs examens, a une très grande importance. *Elle traduit la lésion organique, ulcéreuse, concomittante. Elle doit être considérée comme le premier temps de la constitution d'une sténose organique. Elle facilite la constitution de cette sténose, l'organisation des traînées fibreuses, péritonéales ou cicatricielles, qui fixent ultérieurement d'une façon définitive la déformation spasmodique et passagère du début.*

— Le *détroit ou partie rétrécie* du tiers moyen de l'estomac peut être constitué par un *canal court* plus ou moins largement ouvert (l'estomac donnant l'impression d'avoir été serré par une ficelle), soit par un *mince canal,* long de 3 à 6 centimètres et plus, dont les bords peuvent être parallèles et rectilignes, ou bien décrire un chemin tortueux en zigzag (fig. 2 et 4).

Même quand la partie rétrécie est représentée par une traînée linéaire directe, Mathieu déclare qu'on ne peut pas éliminer le diagnostic de spasme. Il cite un cas semblable dans lequel la guérison se produisit sans traitement.

Le siège de la sténose est au tiers moyen de l'estomac, au niveau de la partie inférieure de la portion verticale de la petite courbure. Exceptionnellement, le rétrécissement peut siéger au niveau du tiers supérieur ou même au niveau de la région prépylorique (deux cas, Mathieu).

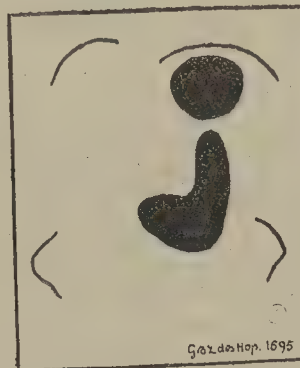


Fig. 3. — Mme M... Ortho en décubitus dorsal. Les deux poches ne peuvent communiquer.

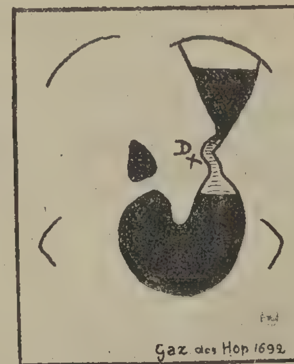


Fig. 4. — Mme L... Estomac biloculaire par ulcus. La sténose est encore peu serrée, mais il est impossible de faire refouler le contenu de la poche inférieure dans la poche supérieure par ce canal cylindrique, sur lequel l'atropine n'a eu aucune action.

b. La *poche supérieure*, cardiaque, est variable, comme dimensions : elle est tantôt infundibuli-

forme, en entonnoir, tantôt elle se laisse dilater et forme comme une coupe, située dans l'hypochondre gauche. Par ses grandes dimensions, elle a pu en imposer parfois pour une sténose pylorique. Le canal rétréci part rarement du bas-fond de la poche cardiaque. Presque toujours il se détache de la partie droite de cette poche, et l'on voit le liquide passer dans la poche inférieure, pylorique, seulement lorsque la substance barytée a atteint un certain niveau, comme un trop plein. Elle est d'ordinaire le siège de stase barytée nette et prolongée.

c. La *poche inférieure* est en général peu développée et ne présente pas de caractères spéciaux. Elle se vide rapidement et le pylore fonctionne bien. Dans certains cas, cependant elle peut être le siège de stase alimentaire ou barytée et se développe alors plus ou moins considérablement. Il ne faut pas en conclure aussitôt à l'existence d'une sténose pylorique concomittante. Divers éléments peuvent en effet la conditionner, et il faut bien les connaître (fig. 4 et 5) :

— Il peut s'agir d'un *spasme pylorique* à distance, c'est là un fait de constatation qui n'est pas exceptionnel au cours des ulcus de la petite courbure.

— Il peut s'agir tout simplement d'une atonie véritable par inhibition de la poche inférieure, pylorique. (Mathieu.)

— Un deuxième ulcus peut coexister dans la région pylorique, ayant amené la production d'une sténose organique, de même que la sténose médiogastrique, due à l'ulcus de la petite courbure.

— Enfin nous pensons que ce retard d'évacuation de la poche pylorique pourrait n'être qu'apparent, virtuel, conditionné par un *remplissage retardé* et prolongé de la poche pylorique, au fur et à mesure seulement que la poche supérieure se vide. Ce serait ainsi une fausse stase dans la poche pylorique, au même titre que la fausse stase iléale au cours de la sténose pylorique (fig. 6).

Ces divers éléments (spasme pylorique, atonie de la poche pylorique, remplissage retardé de la poche pylorique) doivent s'associer et se compléter dans certains cas. Dans deux de nos observations il y avait ainsi une stase dans la poche pylorique, qui a parfaitement guéri ultérieurement à la suite de la gastro-gastrostomie et sans qu'on se soit occupé d'elle.

V. LA STÉNOSE MÉDIOGASTRIQUE EST-ELLE ORGANIQUE OU SPASMODIQUE? EPREUVE DE L'ATROPINE

Les constatations cliniques ou radiologiques ne permettent pas toujours à elles seules de poser un diagnostic complet. Même si la déformation gastrique apparaît permanente à plusieurs examens successifs, on n'est cependant pas autorisé à affirmer l'existence d'une sténose organique. Une épreuve s'impose, l'emploi de la belladone ou de l'atropine. Tout le monde sait employer aujourd'hui la teinture de belladone à doses progressives ou les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine au 1/1000. Rappelons seulement qu'on peut faire, pendant quatre jours de suite, une série constituée par 1/2 centimètre cube, 1 centimètre cube, 1 centimètre cube et demi, 2 centimètres cubes. Arrêt huit jours et refaire une série semblable.

Nous donnons cependant la préférence à l'autre méthode qui est plus prolongée, mais moins brutale. On commence par 1/4 de centimètre cube, et l'on augmente tous les jours de 1/4 de centimètre cube jusqu'à atteindre le maximum de 2 centimètres cubes, soit 2 milligrammes de sulfate d'atropine. On redescend alors en sens inverse la courbe, pour revenir le dixième jour à 1/4 de centimètre cube.



Fig. 5. — Mme L... Aspect de l'estomac après gastro-gastrostomie. Fonctionnement satisfaisant.

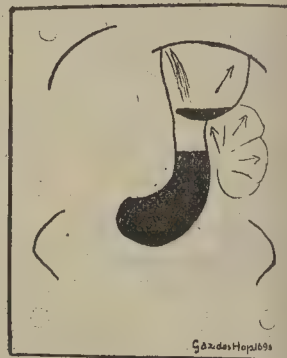


Fig. 8. — Fausse sténose médiogastrique liée à une poche d'aérocolie qui refoule la grande courbure et la face postérieure de l'estomac. Ainsi se forme une véritable déformation en « coupe » de l'estomac. La pression sur la poche inférieure refoule le liquide dans la poche supérieure.
Ortho pris de face.



Fig. 6. — Sœur An... Sténose médiogastrique, huit heures après l'absorption d'un repas baryté. Stase dans les deux poches. Long canal rétréci entre les deux poches, persistant malgré l'emploi de l'atropine. Malgré la stase dans la poche inférieure, il n'y avait pas de sténose pylorique.



Fig. 9. — Le même malade vu de 3/4 en oblique gauche antérieure. On voit nettement comment la déformation en coupe de l'estomac est produite, surtout par refoulement de la paroi postérieure par la poche d'aérocolie (angle colique gauche).



Fig. 7. — Sœur An... Aspect de l'estomac après la gastro-gastrostomie. Les deux poches communiquent largement et l'on peut refouler le contenu de la poche inférieure dans la supérieure.



Fig. 10. — M. de L... Aspect de l'estomac chez un neurotonique aérophagique en état de crise : spasme du cardia, spasme médiogastrique, aérophagie intense.
L'estomac est redevenu absolument normal après six jours d'un traitement par l'atropine.

Un nouvel examen radioscopique est alors pratiqué : ou il s'agissait de sténose spasmodique et alors elle a disparu bien souvent sous l'influence

de l'atropine; ou bien la biloculation persiste, et c'est là une probabilité de plus en faveur d'une sténose organique.

D'autres fois enfin l'élément spasmodique surajouté à la lésion organique a seul disparu et permet de juger de l'importance de cette dernière.

Mais on peut cependant avoir la surprise (et il faut bien le savoir), au cours de la laparotomie de ne plus retrouver la biloculation gastrique, ayant résisté à l'atropine, ayant seulement cédé à l'anesthésie chloroformique.

Mais malgré cette éventualité assez rare, d'une manière générale, on doit accorder à l'épreuve de l'atropine une valeur incontestable et une utilité appréciable.

VI. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La sténose médiogastrique organique par ulcus doit être différenciée des fausses sténoses et distinguée des autres affections qui peuvent aussi en amener la production (syphilis, cancer, périgastrite, tuberculose...)

A. LES FAUSSES STÉNOSES MÉDIOGASTRIQUES OU STÉNOSES RADIOLOGIQUES. — Les éléments du diagnostic doivent surtout être discutés au point de vue radiologique et au cours de cet examen :

1° *Le faux estomac biloculaire par ptose et élongation gastrique.* — Cet aspect étiré de la partie moyenne de l'estomac (devenu presque un estomac en sablier) peut être constaté soit chez des individus dystrophiques, à croissance trop rapide, à thorax étroit, à côtes obliques, soit chez des adultes, femmes surtout, ayant fortement maigri et dont le buste peut être déformé par un corset. Les troubles fonctionnels sont d'ordre banal. On note avec une grande fréquence le bruit de glou-glou gastrique produit à volonté par les malades, pendant de grands mouvements respiratoires; mais c'est surtout par l'examen aux rayons X que le diagnostic sera posé. La palpation sous l'écran, le relèvement de l'estomac effacent complètement cette fausse biloculation gastrique. Le diagnostic en est facile pour tous ceux qui pratiquent la radiologie gastrique. Nous n'y insisterons pas.

2. La compression de l'estomac par *un organe de voisinage*, une grosse *rate*, une tumeur du *lobe gauche du foie*, une tumeur de l'*angle gauche du côlon*, une tumeur du *corps du pancréas*, etc. sera surtout dépistée par l'examen attentif du malade, l'histoire de la maladie, l'examen aux rayons X, l'examen du sang, etc.

Une compression de l'estomac, le déformant de dehors en dedans n'amène jamais une sténose serrée de l'estomac et à la main, on peut faire refouler aisément le liquide de la poche inférieure dans la poche supérieure.

La partie comprimée s'élargit sous cette pression. Il y a compression de l'estomac de dehors en dedans et non sténose véritable.

3. Il en est de même de la compression de l'estomac par une *aérocolie intense*, localisée à l'angle colique gauche. Nous en avons vu de fréquents exemples et l'estomac prend alors l'*aspect en coupe ou en cascade* (voir fig. 8); il suffit d'être averti pour les dépister. En faisant tourner le malade en oblique gauche antérieure, on dissocie aisément la poche colique rétrogastrique qui déplace l'estomac, le refoule en avant et déprime sa paroi postérieure (voir fig. 9).

Mais dans tous ces cas de compression, on n'oubliera pas qu'il peut coexister, en même temps, une sténose médiogastrique vraie d'origine ulcéreuse ou autre, et qu'il ne faudra pas passer à côté d'elle sans la reconnaître.

4. Les *spasmes médiogastriques* ont été déjà l'objet d'une étude détaillée. Il faut y ajouter certains aspects de l'estomac, liés à une *aérophagie* plus ou moins bloquée avec dyschinésie gastrique : atonie et paralysie de certaines portions de l'estomac, associées à des spasmes multiples au niveau du cardia, du pylore et du tiers moyen de l'estomac (véritable chorée de l'estomac signalée par Leven). Nous en avons observé plusieurs cas remarquables, chez lesquels on avait porté à tort le diagnostic d'ulcus avec sténose médiogastrique (fig. 10 et 11). Un de nos collègues, atteint d'un pareil syndrome, a même failli être opéré dans ces conditions. Mais, ici, le malade apparaît surtout comme un aérophage, un nerveux, un neurotonique avec *vagotonie*. Les troubles dyspeptiques seront au second plan, alors que le malade se plaindra surtout de malaises, de vertiges, de bouffées de chaleur, de faux troubles cardiaques, de transpiration facile; le cœur sera ralenti par moment, le réflexe oculo-cardiaque sera exagéré. On ne saurait, cependant, s'abstenir, dans ces cas, d'étudier le malade à fond, de rechercher si, derrière ces symptômes bruyants, il ne se cache pas un ulcus. L'histoire de la maladie, son début récent, l'absence de vomissements, d'hyperchlorhydrie, l'absence d'hématémèse, de mélæna ; la mobilité des symptômes, la variabilité des constatations radiologiques d'un jour à l'autre, l'épreuve de l'atropine, constituent autant d'éléments qui permettront au clinicien prudent de poser le diagnostic exact et de ne pas passer à côté d'un ulcus camouflé.



FIG. 11. — Colonel N... Aspect d'estomac biloculaire par spasme chez un neurotonique. Quand le malade se couche sur le côté droit, la poche supérieure se vide à plein canal dans la poche inférieure.
Quelques semaines plus tard, l'estomac avait repris son aspect normal.

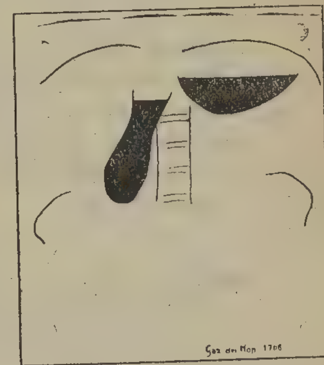


FIG. 12. — Estomac biloculaire par syphilis gastrique (d'après figure de Béclère et Bensaude) : aspect avant le traitement.

B. LES VRAIES STÉNOSES MÉDIOGASTRIQUES. — Leur étiologie n'est pas une : il peut s'agir d'un ulcus de la petite courbure, de syphilis gastrique, de cancer de la petite courbure, de périgastrite, enfin, de sténose idiopathique sans lésion apparente.

1. La *sténose médiogastrique par ulcus* est de beaucoup la plus fréquente, nous en avons étudié tous les caractères. C'est surtout sur le long passé du malade qui souffre, par périodes, depuis quinze,

vingt et trente ans, d'un ulcère, sur l'existence antérieure d'hématémèse ou de mélæna, sur les accidents d'hyperchlorhydrie, sur l'existence d'un diverticule, qu'on basera le diagnostic d'ulcère.

2. Mais comment préciser s'il s'agit d'une sténose par ulcus simplex ou par *syphilis*. Les caractères de ces deux affections nous paraissent souvent difficiles à séparer au point de vue clinique. Cependant, on pourra se baser sur certains signes de présomption : une histoire clinique capricieuse, irrégulière, une évolution rebelle au traitement habituel, la notion du chancre antérieur, le Wassermann positif, une cachexie rapide, des symptômes discordants. Voilà autant d'éléments de présomption, sur lesquels nous avons récemment encore appelé l'attention avec Brams (1). Seul, le traitement d'épreuve donne la certitude ; et il est vraiment remarquable de voir de pareils malades, qu'aucun régime et aucun traitement classique n'améliorent, subir une véritable résurrection en prenant de l'iodure, en faisant des injections de mercure ou d'arsenic, en usant de suppositoires mercuriels ou à l'arsénobenzol. Leur poids rebondit brusquement et ces malades reprennent plus de 10 kilos en quelques mois ; leurs vomissements et leurs douleurs disparaissent. Nous avons vu récemment un homme âgé, cachectique, chez lequel on voyait un diverticule et une déformation de la petite courbure, se transformer, comme sous le coup d'une baguette magique, par de simples injections d'hectine. Le diverticule a disparu en quelques semaines et le malade peut manger de tout. Béclère et Bensaude ont aussi publié une très belle observation (fig. 12 et 13). On n'oubliera donc jamais la syphilis et dans les cas où on la suspectera, on aura le devoir d'essayer le traitement d'épreuve et de suivre ses résultats avec la balance et le contrôle aux rayons X. Il est certain que s'il s'agit d'une sténose cicatricielle, serrée, définitive, due à la syphilis, le traitement, loin d'être inutile, ne sera cependant pas suffisant pour obtenir la restitutio ad integrum. L'acte chirurgical sera alors le complément nécessaire.

3. Le *cancer de la petite courbure* peut être primitif ou secondaire (cas de Mathieu, Ewald, Schmidtt) et donner lieu, assez rarement du reste, à une sténose médiogastrique.

Mathieu l'aurait observé une fois sur 10.

Nous en avons observé deux cas.

Le mécanisme paraît variable : dégénérescence cancéreuse d'un ulcus de la petite courbure, infiltration ou rétraction de la paroi gastrique par le cancer, tumeur volumineuse qui fait saillie dans l'estomac et réduit fortement sa partie moyenne.

L'âge ne paraît pas devoir être un élément de diagnostic suffisant : nous avons vu une sténose médiogastrique, par ulcus, chez un homme de soixante-cinq ans et une sténose médiogastrique par cancer, chez une femme de quarante-huit ans et un homme de soixante-six ans.

Dans ces deux cas, le début de la maladie ne remontait pas à plus d'un an et demi, signe très important. L'histoire de ces malades ne montrait ni vomissement, ni hématémèse, mais des douleurs violentes, à type précoce. Il y avait du sang dans l'estomac et dans les selles. L'amaigrissement et la cachexie étaient rapides et intenses ; le teint pâle caractéristique ; le chimisme montrait de l'anachlorhydrie. L'examen de l'hypochondre gauche montrait une tumeur dure, irrégulière, grosse comme une noix.

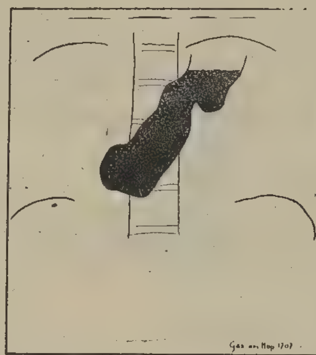


FIG. 13 (d'après Béclère et Bensaude). — Aspect de l'estomac seize mois après traitement spécifique (extrait des *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 mai 1911). La guérison est presque parfaite.



FIG. 14. — M. Pr... Cancer de la petite courbure simulant une sténose médiogastrique.
X X, image lacunaire volumineuse.

Enfin l'examen radioscopique montrait une biloculation gastrique permanente et durable, résistant à l'atropine. Mais la partie rétrécie était irrégulière, festonnée ; et l'on n'avait aucune difficulté à reconnaître que la déformation gastrique était due à une image lacunaire de la petite courbure (fig. 14 et 15).

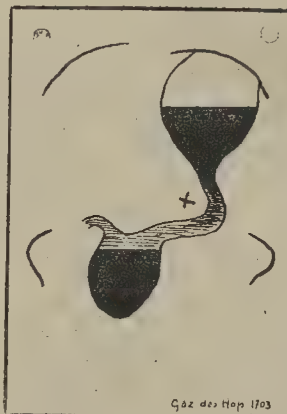


FIG. 15. — M. M... Cancer de la petite courbure provoquant une sténose médiogastrique.
X, image lacunaire.

L'intervention chirurgicale a confirmé le diagnostic dans ces deux cas.

4. *La sténose médiogastrique congénitale.* — Sa fréquence a été très exagérée ; et bien qu'analogue à la sténose hypertrophique congénitale du pylore, elle est beaucoup plus rare qu'elle. Lion et Nathan en rapportent trois cas indiscutables, observés chez des nourrissons, quelques jours après leur naissance. L'évolution d'un ulcère chez le fœtus pourrait être incriminé, mais paraît bien peu vraisemblable.

Nous avons constaté, chez une de nos malades, opérée pour une sténose médiogastrique, l'absence de toute cicatrice d'ulcus, coïncidant avec une certaine hypertrophie de l'anneau médiogastrique. Peut-être s'agissait-il, dans ce cas, d'une sténose d'ordre congénital.

5. Les *sténoses médiogastriques par brides, par périgastrite*, réalisent plus souvent la biloculation en ficelle de l'estomac.

La tuberculose, la syphilis, toutes les inflammations péritonéales périgastriques peuvent réaliser ces sténoses organiques, dépistées surtout par l'absence dans les commémoratifs d'une histoire ulcéreuse et vérifiées à l'opération.

Lion et Nathan citent les cas de Budinger, Cumston, Castellani. Malgré tout, la périgastrite due à l'ulcère gastrique est encore la cause la plus fréquente.

(1) Ed. ANTOINE et BRAMS. Diagnostic et traitement de la syphilis gastrique, *U. S. naval med. Bull.*, mars 1923, n° 3, vol. XVIII.

VII. TRAITEMENT

Le traitement de la sténose médiogastrique organique par ulcus est d'ordre *essentiellement chirurgical*. Il est vrai qu'il faut toujours essayer le traitement classique de l'ulcus, en y ajoutant l'épreuve de l'atropine et le traitement spécifique. Mais si les examens radioscopiques répétés montrent la persistance des déformations médiogastriques, si le malade continue à souffrir et à maigrir, il ne faut pas s'attarder plus longtemps et un traitement chirurgical s'impose rapidement.

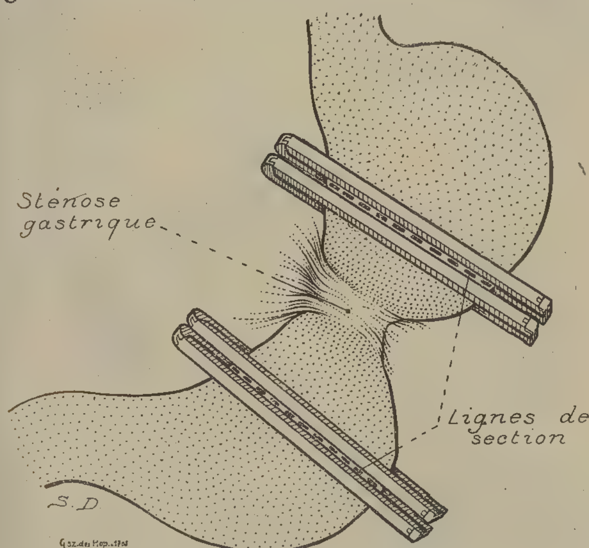


Fig. 16. — Après hémostase par dénudation des deux bords de l'estomac à la compresse, deux écraseurs à trois branches ont été posés, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la sténose. La branche intermédiaire de chaque écraseur a été enlevée.

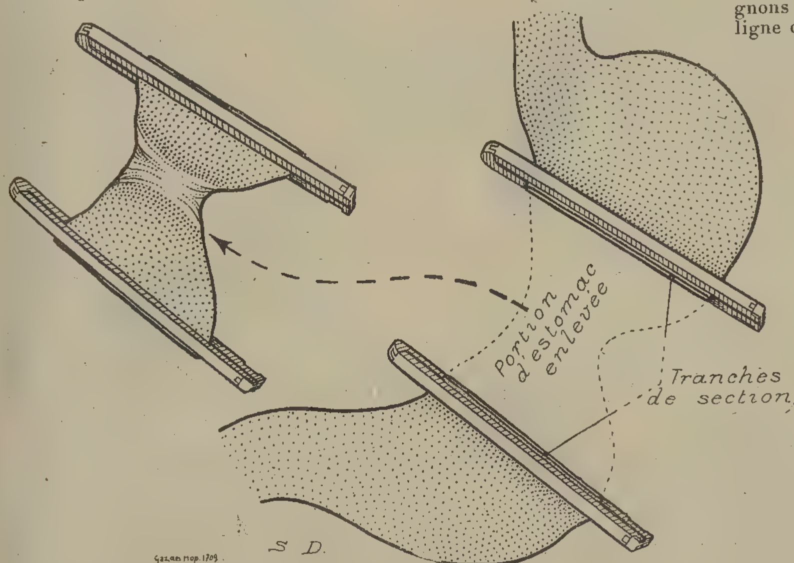


Fig. 17. — L'estomac a été sectionné. Sa partie moyenne a été enlevée. Les deux poches gastriques supérieures et inférieures, maintenues fermées par les écraseurs, vont être rapprochées et suturées l'une à l'autre.

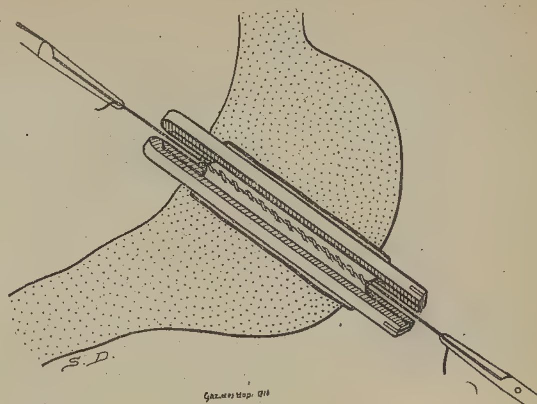


Fig. 18. — Le surjet séro-séreux postérieur est terminé. On voit qu'entre deux écraseurs ou deux pinces solides et épaisses qui limitent entre elles une rainure profonde, il est assez difficile à exécuter.

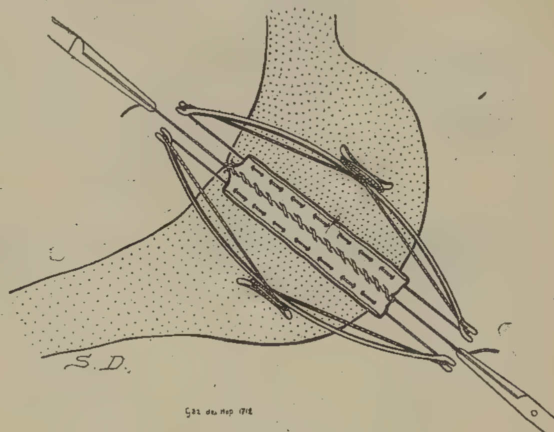


Fig. 19. — Même temps opératoire que figure 3. Mais ici les deux moignons gastriques sont maintenus fermés par le procédé de l'arc et la ligne de suture est beaucoup plus accessible.



Fig. 20. — Le nouvel estomac, une fois l'opération terminée. Il a une forme presque normale. Son évacuation se fera aussi simplement que celle d'un estomac non opéré, bien qu'il soit vraisemblable que dans la plupart des cas la contractilité de la poche inférieure est modifiée.

Pendant les jours qui précèdent l'opération, une préparation sérieuse du malade est nécessaire ; elle doit se proposer un triple but :

1° Remonter l'état général par tous les moyens (sérum sucré, sous-cutané et rectal, adrénaline, arsenic, strychnine, etc.) ; 2° diminuer l'acidose par l'alcalinisation systématique ; 3° désinfecter l'estomac par les lavages biquotidiens.

Le traitement idéal est de rétablir la perméabilité gastrique tout en supprimant la lésion (gastrectomie annulaire).

Mais, pour poser l'indication opératoire, il faut :

1° Tenir compte de l'étendue des lésions et de leurs connexions avec les organes voisins. Ce sont ces conditions qui règlent et commandent la gravité de l'intervention.

2° Tenir compte de l'état général du malade; de sa résistance probable (amaigrissement, teneur du sang en urée, tension sanguine, force au dynamomètre, teneur du sang en hémoglobine, temps de coagulation, numération globulaire).

Chez un malade résistant, peu amaigri, encore

vigoureux, dont le rein fonctionne bien et dont la tension artérielle est normale, si l'on trouve un estomac biloculaire, mobile, sans adhérences postérieures au pancréas, sans adhérences supérieures serrées au foie, on devra pratiquer une résection gastrique qui supprimera, à la fois, la sténose et l'ulcère.

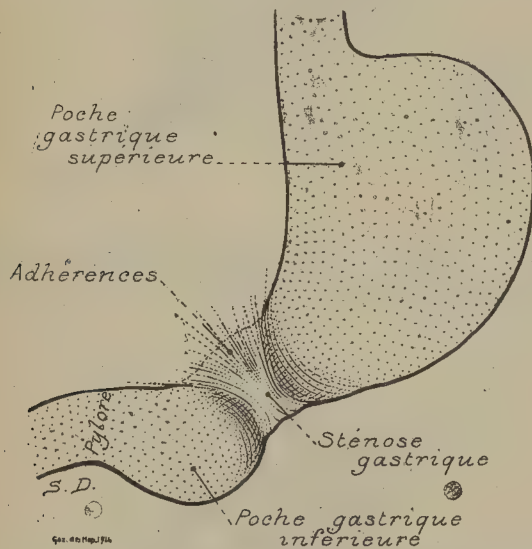


Fig. 21. — Ici la sténose siège bas, près du pylore. La poche inférieure est trop petite pour permettre l'exécution facile d une gastrectomie annulaire. Il faut pratiquer une gastro-pylorectomie.

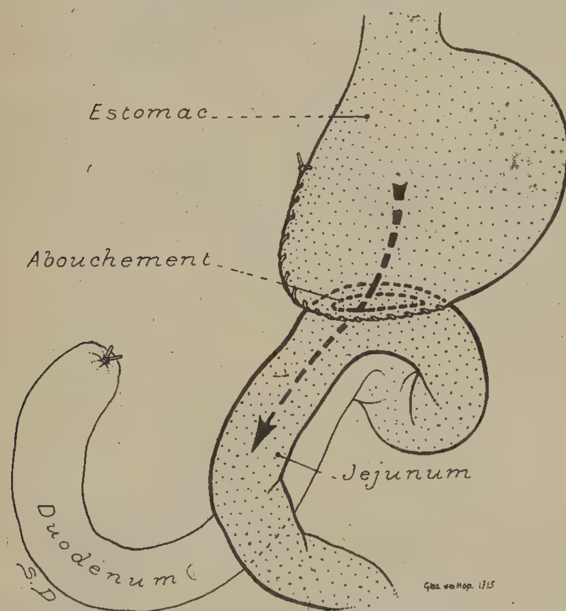


Fig. 22. — Résultats de la gastro-pylorectomie. Le duodénum a été fermé par le procédé du retournement (voir *Presse méd.*). Une gastro-entérostomie marginale rétablit la continuité du tube digestif.

Cette opération est plus grave que la précédente. Le moignon duodénal se cicatrise généralement bien, l'évacuation de l estomac se fait presque toujours d'une façon satisfaisante, mais ça n'est pas une règle absolue.

Deux procédés sont également défendables : la *résection médio-gastrique* et la *pyloro-gastrectomie.*

La *résection mediogastrique* a l'avantage de reconstituer un estomac presque normal. C'est une opération assez difficile, mais qui, faite avec soin, réussit constamment (1).

Les différents temps de cette intervention sont les suivants :

1° Libération des bords de l'estomac à la compresse suivant le procédé de Témoin.

(1) Elle est surtout indiquée si la sténose gastrique siège au tiers moyen de l'estomac et si les poches gastriques sont d'un volume sensiblement égal.

2° Section de l'estomac à l'aide de l'écraseur à trois branches au-dessus et au-dessous de la stricture (fig. 16 et 17).

3° Anastomose termino-terminale des deux tronçons d'estomac, par une suture séro-séreuse postérieure, une suture perforante circulaire et un surjet séro-séreux antérieur (fig. 18, 19 et 20).

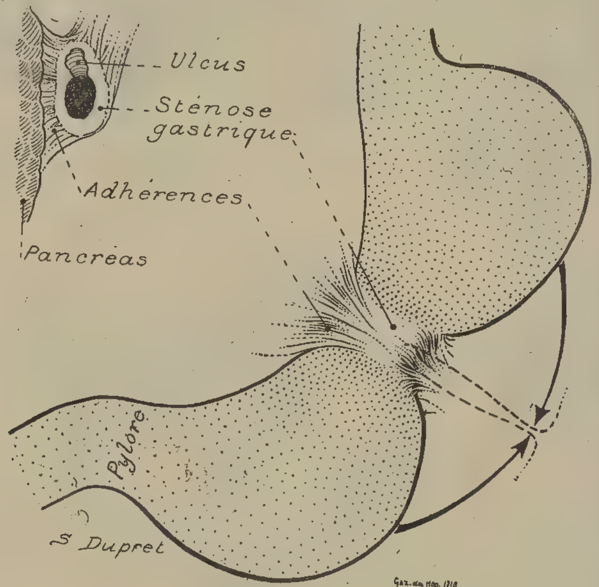


Fig. 23. — L'ulcus siège, comme dans la figure 1, à la partie moyenne de l'estomac. Mais il existe des adhérences très fortes entre la lésion et le plan postérieur (pancréas, gros vaisseaux). On rapprochera les deux poches gastriques comme l'indiquent les deux flèches et on les anastomosera entre elles.

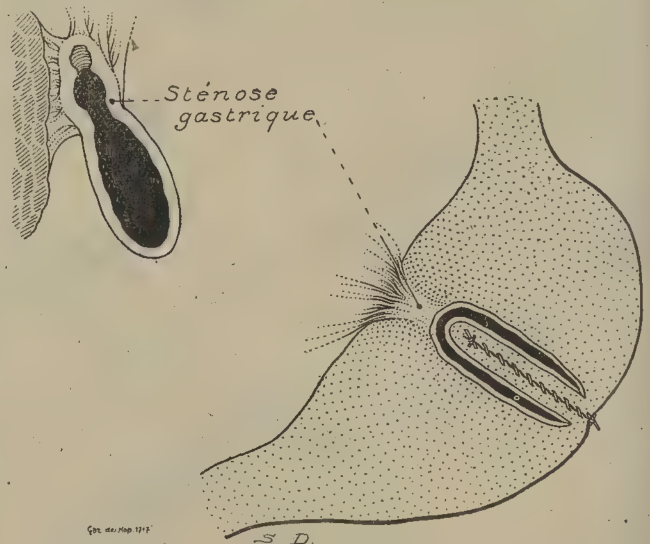


Fig. 24. — Les deux poches gastriques ont été réunies l'une à l'autre par un surjet séro-séreux. Elles ont été ouvertes par une incision en fer à cheval (Lecène. *Journ. de chir.*, t. XVII, n° 1) qui intéresse le canal médio-gastrique qui fait encore communiquer les deux poches entre elles. Un surjet perforant va unir entre eux les deux bords de l'incision. Quand il sera terminé, les deux poches communiqueront entre elles par un canal unique formé par la réunion du canal primitif et de la bouche nouvelle. Un surjet séro-séreux antérieur enfouira le surjet perforant.

Lorsque la lésion est étendue, ce procédé est difficilement applicable à cause de l'inégalité des deux tranches de section.

Il en est de même lorsque la sténose siège sur le tiers inférieur de l'estomac et si la poche inférieure est nettement plus petite que la poche supérieure.

Dans ce cas, il vaut mieux pratiquer une *gastro-pylorectomie* qui comporte les temps que voici :

1° Hémostase des deux bords de l'estomac par dépouillement à la compresse (Témoin).

2° Section du duodénum entre deux pinces.

3° Enfouissement de la tranche duodénale par retournement (procédé du berceau) (voir P. M.).

4° Section de l'estomac et fermeture à l'aide de l'écraseur à trois branches.

5° Gastro-entérostomie marginale (procédé de Toupet) en attirant l'intestin jusqu'au moignon gastrique à travers le mésocôlon (fig. 21 et 22).

Cette intervention excellente supprime la lésion, mais ne rétablit pas la continuité de l'estomac. Néanmoins, le résultat fonctionnel est généralement parfait.

La gastro-gastrostomie. — La lésion étendue adhère aux plans profonds (pancréas, gros vaisseaux), sa libération serait très dangereuse, car l'état du malade contre-indique une opération longue; les deux poches gastriques sont de même taille et se laissent aisément réunir l'une à l'autre au niveau de la grande courbure.

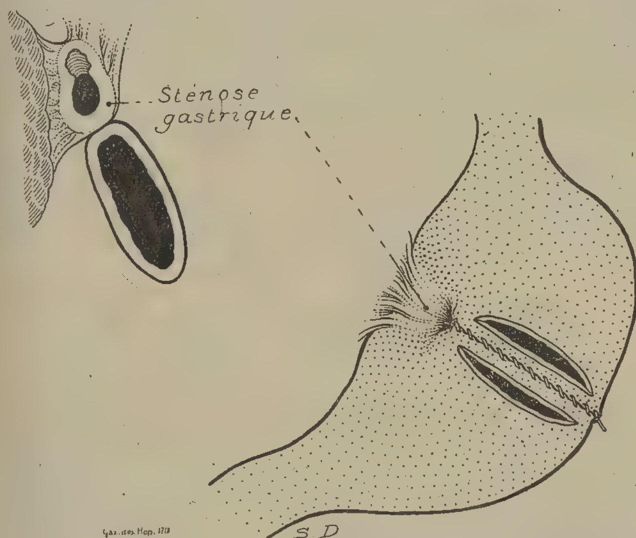


Fig. 25. — Ici les deux poches ont encore été réunies par un surjet séro-séreux postérieur, mais en raison du mauvais état des tissus gastriques dans la zone sténosée on n'a pu pratiquer l'incision en fer à cheval. Il a fallu se contenter de deux incisions linéaires. Une fois l'opération terminée, les deux poches gastriques communiquent par deux orifices superposés : le canal primitif et la bouche nouvelle.

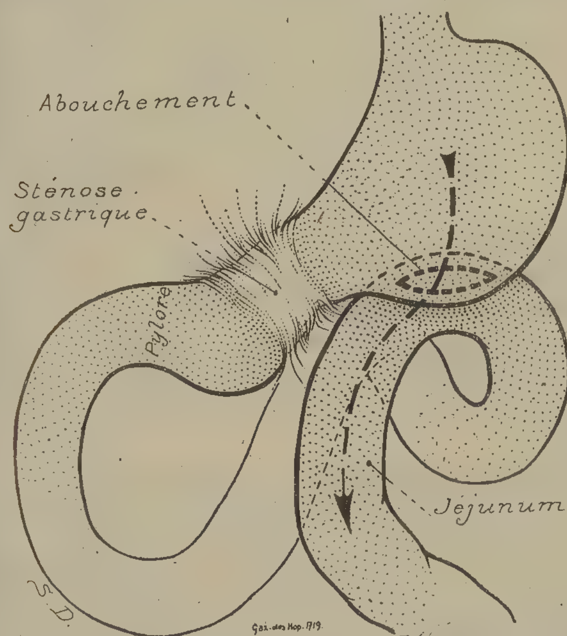


Fig. 26. — La sténose est étendue. Il faut se contenter d'une gastro-entérostomie sur la poche supérieure, la plus mauvaise solution qu'on n'est que rarement obligé d'employer.

Dans ce cas, le mieux est de pratiquer une *gastro-gastrostomie*, opération extrêmement simple et bénigne.

En voici les différents temps :

1° Union des deux poches par un surjet séro-séreux allant du pont rétréci à la grande courbure.

2° Incision de l'estomac qui sera faite différemment suivant les cas, ou bien *en fer à cheval*, (fig. 24) ou bien *linéaire* (fig. 25), suivant que la zone rétrécie comprendra une partie souple et facile à inciser ou, au contraire, sera complètement indurée (fig. 23 et 24).

3° Réunion des deux poches par un surjet perforant.

4° Surjet séro-séreux antérieur.

Dans un cas (fer à cheval), les deux poches gastriques communiquent largement entre elles par une seule ouverture (fig. 24).

Dans le second cas (deux incisions linéaires), les deux poches gastriques communiquent par deux ouvertures superposées, le canal primitif et l'ouverture de gastro-gastrostomie (fig. 25 et 26).

Enfin, il peut arriver que la poche supérieure soit très petite ou que la poche inférieure soit très indurée et que la gastro-gastrostomie soit impossible.

Ces cas sont vraiment exceptionnels et sur douze sténoses médio-gastriques l'un de nous a toujours pu pratiquer ou la résection ou la gastro-gastrostomie.

Mais en pareil cas, on ne pourrait que pratiquer une *gastro-entérostomie sur la poche supérieure.*

Résultats opératoires. — Les résultats des douze interventions chirurgicales pratiquées, sont les suivants :

— 4 *gastro-gastrostomies* avec 4 guérisons et résultats thérapeutiques excellents. Une de ces malades, opérée il y a sept ans, a été bien portante pendant six ans. Puis, les troubles gastriques sont revenus avec vomissements et l'examen radioscopique a révélé un rétrécissement secondaire de la bouche anastomotique. Une gastro-entérostomie, pratiquée sur la poche supérieure, a permis la réalimentation de cette malade, dont la guérison se maintient depuis deux ans (fig. 27).

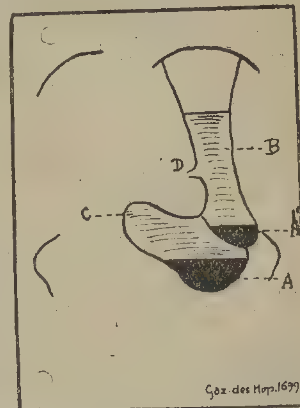


Fig. 27. — Mme Sm... Aspect de l'estomac sept ans après une gastro-gastrostomie pour estomac biloculaire. La bouche s'étant rétrécie, on aperçoit les deux poches gastriques B et C, contenant de la stase barytée A et A'.

En D, ébauche de diverticule.

Radioscopie faite huit heures après l'absorption d'un repas opaque.

— 8 *gastrectomies* dont :

a. 3 *résections annulaires* avec 3 guérisons et bons résultats thérapeutiques.

b. 5 *pyloro-gastrectomies* avec 4 guérisons et 1 décès.

Ce dernier malade était âgé de soixante-cinq ans et a succombé à une broncho-pneumonie.

Notre sentiment est que, chaque fois qu'on le peut, il faut pratiquer la gastrectomie annulaire. Bien

faite, cette opération entraîne une mortalité très faible. Elle n'expose l'opéré à aucune des complications résultant de la suture difficile ou imparfaite du moignon duodénal, et elle n'expose pas non plus aux complications résultant d'un fonctionnement défectueux de l'anastomose gastro-jéjunale.

Après l'opération, le malade sera suivi très attentivement par son médecin traitant et laissé à un régime sévère et approprié.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1923)

De l'effet de la destruction totale ou partielle des capsules surrénales par le rayonnement caustique de foyers radioactifs. — MM. Ant. Lacassagne et N. Samssonow. Au moyen de tubes d'émanation du radium, de calibre très étroit, introduits dans l'intérieur des capsules surrénales d'un lapin, il est possible, selon la quantité d'émanation employée, d'obtenir une destruction par nécrose, soit de la totalité de la glande, soit des médullo-surrénales avec conservation d'une partie de la corticale. Dans le premier cas, les animaux meurent après quelques jours; dans le second, ils survivent sans avoir présenté de troubles appréciables.

La conservation d'une partie de la substance cortico-surrénale est donc indispensable à la vie ; le rayonnement électif ne détruit pas et ne trouble pas le fonctionnement de la substance corticale conservée.

Sur l'inhibition locale de l'éruption morbilleuse par l'injection préalable de sérum de convalescent. — MM. R. Debré, H. Bonnet et R. Broca. On n'observe pas, dans la rougeole, de phénomène analogue à celui qui a été décrit dans la scarlatine par Schultze et Charlton. Mais, les auteurs ont observé, après l'injection préventive de sérum de convalescent de rougeole, pratiquée dans le tissu cellulaire souscutané, une inhibition de l'éruption morbilleuse dans la zone cutanée qui entoure le point d'injection. Ce phénomène est spécifique : seul, le provoque le sérum de convalescent de rougeole, doué de propriétés préventives que l'on connaît. Ce phénomène est constant, lorsqu'on se place dans les conditions favorables à son observation : celles-ci sont étroitement définies : en effet, le sérum de convalescent injecté à la fin de l'inoculation provoque une rougeole modifiée et l'éruption est si distincte que le phénomène d'inhibition ne peut être observé ; d'autre part, le sérum injecté en pleine éruption ne modifie pas celle-ci comme nous l'avons indiqué. Il faut donc, pour observer le phénomène d'inhibition, pratiquer l'injection de sérum au début de l'invasion : dans ces conditions, il est constant et d'une remarquable netteté.

Action hémotoxolytique de l'urée. — MM. Ch. Achard et J. Mouzon. L'un de nous a montré, dans une note récente, que certains dérivés de l'urée peuvent produire l'hémolyse par une action toxolytique, indépendamment de l'action toxolytique, indépendamment de l'action toxolytique de leurs solutions. Nous avons repris cette étude pour l'urée.

Il est facile de se convaincre que, en dehors de tout effet d'une pression osmotique insuffisante, l'urée possède des propriétés hémotoxolytiques. Si l'on compare deux tubes qui renferment même volume de globules rouges de l'homme et même volume de liquide avec le même taux de 5 p. 1.000 de NaCl, mais dont l'un contient, en outre, la forte proportion de 315 p. 1.000 d'urée, on voit que, dans ce dernier, l'hémolyse totale se produit en quelques minutes, alors que dans l'autre, aucune hémolyse n'a lieu.

Si, maintenant, nous examinons les effets de solutions d'urée de plus en plus diluées, à partir de ce taux de 315 p. 1.000, et toujours avec le même taux fixe de 5 p. 1.000 de NaCl, nous voyons l'hémolyse devenir de moins en moins rapide et n'atteindre souvent les globules qu'après leur sédimentation, en faisant apparaître une couche d'hémoglobine dissoute à la partie inférieure du tube. Pour des taux inférieurs à 168 p. 1.000, l'hémolyse devient tardive; pour des taux inférieurs à 84, elle n'est pas encore apparente après vingt-quatre heures à la température du laboratoire.

Si, inversement, nous plaçons les globules dans des mélanges qui renferment un taux fixe d'urée, 210 p. 1.000, et un taux variable de NaCl, nous voyons qu'un taux de 5 p. 1.000 de NaCl n'empêche pas une hémolyse rapide; les taux de 10 à 46 p. 1.000 laissent se produire une hémolyse tardive; celui de 55 permet encore une hémolyse incomplète au bout de vingt-quatre heures.

L'hémolyse tarde à se produire à mesure que le taux de NaCl augmente, et, au-dessus de 48 p. 1.000 de NaCl, elle cesse d'avoir lieu.

Etude sur la forme filtrante de certains bacilles tuberculeux. — M. A. Vaudremer a montré, dans des travaux antérieurs que le bacille tuberculeux ensemencé dans du bouillon de pomme de terre, sans glycérine, poussait en perdant partiellement sa forme typique et son acido-résistance.

Après une série de dix-huit repiquages, les cultures obtenues ont l'aspect de zooglées composées de tractus plus ou moins ramifiés et de formes granulaires. Celles-ci se colorent bien au Ziehl à froid ou au violet de gentiane phéniqué. Elles ne se colorent pas au Gram et ne sont pas acido-résistantes. Ces cultures sont filtrables. Filtrées, elles peuvent être repiquées ; sur milieu de Petroff et redonner naissance à des cultures composées des bacilles acido-résistants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 MAI 1923)

A propos de la désensibilisation de la migraine. — M. Léopold-Lévi fait remarquer qne l'opothérapie thyroïdienne a un mode d'action antianaphylactisant. L'amélioration de la migraine permet d'étudier la désagrégation de ce syndrome, la monnaie de la migraine des équivalents.

M. Natier a débarrassé, par un jeûne ininterrompu de treize jours, de violentes migraines, survenant à chaque période menstruelle, une femme de quarante-sept ans, pesant 111kg550.

A propos de l'inversion sexuelle. — M. Léopold-Lévi montre d'après des recherches expérimentales, que l'inversion sexuelle a, en partie, une base endocrinienne.

A propos du traitement bismuthé dans la syphilis. — M. Lortat-Jacob apporte les résultats de 182 cas, ainsi traités, soit par le bismuth seul, soit par le bismuth associé à l'arsenic et au mercure. Le bismuth est fort utile et très bien toléré ; l'iodoquiniate de bismuth a des indications précises chez les tabétiques, contre les méningo-radiculites, et la lymphocytose. Il est également recommandable dans les albuminuries.

M. M. Pinard pense qu'il ne faut pas fonder d'espérances exagérées sur la médication bismuthée dans les manifestations nerveuses de la syphilis. Le bismuth est inférieur à l'arsenic pour les lésions nerveuses ou oculaires ; actuellement, une syphilis nerveuse doit être traitée par l'arsénothérapie à hautes doses et par séries longtemps continuées. On peut continuer par le bismuth, quand on paraît maître des accidents.

Pathologie et histologie du cancer de l'estomac. — MM. Pauchet et Hischberg ont examiné 90 estomacs au microscope et montrent ces coupes en projections ; ils ont été surtout frappés par les lésions suivantes : les ulcéro-cancers de l'estomac dont l'aspect macroscopique simulait un ulcère simple et qui s'accompagnaient de névrite cancéreuse précoce ; les épithéliomas à forme érosive qui, dans quelques cas paraît être le point de départ d'une linite plastique.

Cancer de l'estomac guéri. — M. Pauchet présente un octogénaire à qui il a réséqué l'estomac pour cancer et qui a été guéri en quinze jours.

Recherches sur la puissance et l'innocuité de l'urotropine française dans le traitement des infections locales. — M. Dupuy de Frénelle montre que cet antiseptique péné-

trant dans la profondeur des tissus, puis dans le sang, après avoir déterminé la désinfection du foyer purulent, réalise en quelque sorte une désinfection de la totalité de l'organisme. Cet antiseptique puissant et inoffensif part donc du foyer d'infection où il a été appliqué pour pénétrer dans l'organisme et réaliser l'antisepsie générale.

Correction chirurgicale de la position anormale du pavillon de l'oreille. — M. Houlié corrige cette position anormale en enlevant le cartilage de la conque, opération d'une simplicité idéale.

Traitement de la syphilis par l'hydroxyde de bismuth radifère. — M. Gastou, étudiant l'action de ce sel, insiste sur son élimination rénale et son action sur la négativation de la séro-réaction.

Prix à décerner en 1923. — En décembre 1923, dans sa dernière séance, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque (1.800 francs disponibles) à l'auteur du meilleur mémoire en français, sur le sujet suivant : « L'insuffisance ovarienne. » Les mémoires inédits et anonymes porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur; ils devront être déposés avant le 1er novembre 1923 au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le secrétaire général : Docteur P. Blondin, 3, rue Cernuschi (17e). Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne sont pas admis à concourir.

(Séance du 26 mai 1923)

Furonculose et désintoxication. — M. Natier a, chez un malade de vingt-deux ans, par deux jours de purgations et de jeûne, arrêté l'évolution et provoqué la régression immédiate de furoncles très douloureux du bras et de la face.

Conjonctivite des piscines. — M. Bourdier rappelle que les cas observés de contamination, par l'eau du bain, semblent se multiplier parmi les habitués des piscines : les lésions localisées aux conjonctives s'accompagnent d'adénopathie correspondant aux territoires lymphatiques envahis. L'affection est restée jusqu'ici bénigne. Un vœu a été émis, en février 1922, par la Société d'ophtalmologie, tendant à la surveillance et à la désinfection des bassins de natation.

L'hydrothérapie chez les urinaires. — M. Livet, par la douche périnéale seule ou associée à la douche générale, a obtenu des résultats très encourageants dans les incontinences, les congestions prostatiques, les atonies vésicales. L'hydrothérapie semble agir sur les circulations locales par la gymnastique vasomotrice qu'elle détermine et sur les activités neuro-réflexes par la sédation et la régulation qu'elle leur apporte.

Ulcération causée par le radium. — MM. Dartigues et Zalta présentent un cas (avec projections) d'ulcération par brûlure utéro-vaginale, à la suite d'applications de radium, ayant déterminé une hémorragie formidable.

Fracture du col du fémur chez le vieillard. — M. Rœderer présente les radiographies de cette fracture, montrant une décalcification considérable de la tête et du col, rappelant la coxa vara; il propose un appareillage analogue à la ceinture de Dupuytren modifiée.

Le traitement du mal de mer par l'amarinage. — M. F. Regnault pense que le mal de mer disparaît quand le malade acquiert le pied marin, quand il est amariné. D'où nécessité de prendre une leçon de choses des marins pour s'amariner vite, même méthode lorsque l'on est debout ou couché.

Qu'est-ce que le zoonide? — M. Klotz-Guérard, pour interpréter les cas de guérison obtenue par la centrothérapie nasale de Bonnier, admet l'existence d'une unité fonctionnelle, le zoonide, qui met en relation la pituitaire avec les différents organes qui la complètent.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 1er juin 1923)

Un cas de kyste dermoïde de l'ovaire gauche aberrant inséré au niveau des annexes droites après rupture de son pédicule d'implantation gauche. — M. Dartigues. Il s'agit d'un cas curieux d'une femme de vingt-sept ans qui, il y a quatre ans, a eu des phénomènes de péritonite aiguë pelvienne qu'on a cru être de l'appendicite aiguë. Il s'agissait en réalité de phénomènes de torsion d'un kyste qui s'est détaché de son implantation annexielle gauche pour venir s'implanter et vivre, pour ainsi dire, exilé au devant du ligament large droit, de telle sorte qu'on pouvait croire au premier abord qu'il s'agissait d'un kyste ovarien droit : or les annexes droites complètes étaient derrière ce kyste.

On a cité des fibromes aberrants, voici un cas typique de tumeur kystique aberrante.

M. H. Brodier pense que le cas de M. Dartigues soulève un important problème embryologique, celui de l'absence congénitale des annexes de l'utérus. Il traite actuellement une jeune fille de vingt ans qui présente des anomalies mammaires et génitales et dont la mère opérée pour appendicite présentait une absence des annexes d'un côté.

M. Thévenard a également observé récemment une absence congénitale des annexes gauches chez une jeune fille de vingt et un ans, non réglée. La laparotomie montra un utérus couché sur le côté droit dans le fond de la fosse iliaque et maintenu en cette position par des annexes petites. Il n'a pas trouvé de cavité utérine.

Quatre cas d'ulcus haut placés. — M. Victor Pauchet vient d'opérer quatre cas d'ulcus haut placés pour lesquels il a appliqué une technique bien réglée :

A. *La lésion est limitée.* — Section de l'estomac en travers, à l'union de la petite et de la grosse tubérosité, avec écraseur de T. de Martel. La portion pylorique est rejetée à droite; l'estomac est ouvert, vidé par aspiration. L'ulcus est excisé jusqu'à 1 centimètre du cardia qui est repéré en introduisant une pince dans sa cavité. La brèche gastrique est régularisée pour s'adapter bout à bout avec la petite tubérosité. L'opération se termine donc par une gastro-gastrostomie.

B. *La lésion est étendue*, alors on ampute le duodénum; on enlève presque tout l'estomac, sauf une bandelette de tissu le long de la grande courbure. Avec cette bandelette gastrique on fait un tube gastrique qui continue l'œsophage et s'implante dans le jéjunum.

Cancer du rectum traité par le radium et extirpé six semaines plus tard par voie périnéale. — MM. Pauchet et Buquet. Il s'agissait d'un cancer infecté sus-ampullaire. L'application de radium a fait tomber la plupart des bourgeons. L'extirpation montre que le cancer n'est pas guéri.

Anomalies vertébrales ayant donné lieu à des erreurs de diagnostic, en particulier à des confusions avec le mal de Pott. — M. Rœderer rappelle d'abord que la scoliose congénitale par hémi-vertèbre, est souvent chez le nourrisson prise pour un mal de Pott.

Il a vu plus tard, chez un garçon de huit ans, une malformation de la IVe vertèbre lombaire prise pour une maladie de Kümmel.

Au moment de la puberté, ce sont souvent des spina-bifida de la Ve V. L. ou de la Ire V. S. qui devenant douloureux au point de provoquer des contractures de la masse sacro-lombaire donnent à penser à une tuberculose vertébrale.

Chez l'adulte, on pense plus rarement encore à l'anomalie vertébrale, d'où des erreurs fréquentes. M. Roederer en rapporte plusieurs cas.

L'Encéphalite épidémique, par le docteur Louis Reys, chef de laboratoire de la clinique neurologique de la Faculté de médecine de Strasbourg. Une brochure de 146 pages. — Prix : 8 fr. 50. — Paris, Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DU PÉRICARDE ET DU CŒUR [1]

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — La mort rapide survient par divers mécanismes qui sont :

a. Hémorragie : soit extrapéricardique; rare, peut se faire à l'extérieur s'il y a un gros délabrement pariétal dans la plèvre (hémothorax). Soit intrapéricardique : cas le plus habituel. Le péricarde se laisse distendre lentement de façon considérable. Mais dans une distension brusque par sang épanché, il ne peut guère contenir que 250 centimètres cubes.

Le sang épanché comprime d'abord les oreillettes puis les ventricules et aboutit à l'arrêt du cœur : tamponnement du cœur.

b. Troubles de la mécanique cardiaque : rupture de piliers, de valvules. Communication entre les cavités droite et gauche par perforation.

c. Par réflexe inhibiteur.

d. Par plaies des coronaires : mais seule la section d'un gros tronc provoquera la mort.

SYMPTOMES. — **Aspect général du blessé.** — Cet aspect est loin d'être toujours le même. Il est en rapport avec un ensemble de causes diverses qui sont : l'hémorragie en tant que spoliation sanguine; la compression par le sang épanché dans le péricarde; une lésion pleuropulmonaire associée.

On peut décrire schématiquement trois degrés :

a. ETAT SYNCOPAL. — Le blessé est amené dans un état de résolution musculaire absolue. Il est d'une pâleur extrême. La respiration est rapide, courte, superficielle. Le pouls est petit, rapide, incomptable, quelquefois impossible à percevoir au niveau de la radiale. Les extrémités sont froides, les sphincters relâchés.

b. ETAT DE CHOC MOYEN. — Pâleur marquée, à laquelle se surajoute de façon inconstante la cyanose : celle-ci (due surtout à la compression du cœur par l'hémopéricarde) donne un aspect caractéristique : avec la pâleur des joues contraste l'aspect bleu des lèvres, des oreilles, du nez. Les extrémités sont cyanosées.

Le pouls est accéléré mais encore assez bien frappé. La dyspnée est vive.

Il existe une expression d'anxiété, mais le blessé n'ose ni remuer ni parler pour ne pas augmenter son angoisse. La toux, quand elle existe, est brève, cassée.

Au lieu de cette angoisse tranquille, on observe quelquefois des blessés qui se présentent dans un état d'agitation marquée : gémissant sans arrêt, se tournant et se retournant sans cesse, pressant de leur main la région précordiale.

c. HABITUS A PEINE MODIFIÉ. — Blessé dont la face est seulement un peu pâle, dont la gêne respiratoire est légère, ne se plaignant pas. Le pouls est modérément rapide et cet état semble en rapport avec une plaie bénigne de poitrine, alors qu'en réalité il existe une plaie du cœur.

En résumé, trois signes fonctionnels importants peuvent exister : anémie, cyanose, dyspnée. Tous trois dépendant essentiellement de l'hémopéricarde.

Quant à la douleur, il semble qu'elle peut quelquefois exister très intense, mais c'est une éventualité rare et ce signe ne peut lui-même avoir aucune valeur diagnostic.

Examen. — INSPECTION. — 1° La plaie : Siège. Dimensions. Bords.

Direction probable du trajet que l'on cherchera à établir plutôt d'après les commémoratifs qu'en explorant le trajet, cette exploration pouvant être dangereuse.

2° L'hémorragie externe : Le sang sort en bavant ou en jet. Mais, même saccadée, cette hémorragie n'a pas de valeur absolue car le sang peut venir de la paroi, de l'artère mammaire interne ou du poumon.

3° Les muscles de l'abdomen seraient souvent contracturés (pour Costantini) par le seul fait de l'existence d'une collection sanguine sur le diaphragme.

PALPATION. — Rechercher le choc de la pointe du cœur. Typiquement le choc de la pointe manque dans les plaies du cœur. Il pourrait exister cependant dans la plaie sèche du cœur, c'est-à-dire sans hémopéricarde.

Sa disparition malheureusement n'a pas une valeur absolue, car le choc cardiaque n'est pas perçu en général dans l'hémothorax ou dans le pneumothorax gauche. Or, ceux-ci sont très fréquemment associés à la plaie du cœur.

PERCUSSION. — On délimitera l'aire de matité cardiaque, celle-ci est nettement augmentée de volume et en rapport avec l'épanchement sanguin dans le péricarde. Sa forme est triangulaire à base inférieure occupant la moitié inférieure du sternum et les quatrième, cinquième et sixième espaces jusqu'à cinq à six travers de doigt du sternum et elle déborde ces limites en bas par refoulement du diaphragme.

Quand on trouve ce signe il a une grande valeur. Mais rarement la limitation sera obtenue avec netteté. C'est que la matité peut se confondre avec la matité d'un hémothorax gauche coexistant, ou être masquée par un pneumothorax gauche.

AUSCULTATION. — Classiquement on décrit toute sorte de bruits anormaux perçus à l'auscultation du cœur. Bruits de rouet, de moulin, de clapotis.

Le seul signe qui ait de la valeur est la disparition des bruits normaux. Mais ici encore cette disparition pourrait être le fait d'un épanchement hématique ou gazeux de la plèvre gauche.

Examen radioscopique. — Sauf dans les cas d'extrême urgence, il y aura toujours avantage à pratiquer cet examen en fatiguant le moins possible le malade. On constatera typiquement :

1° Une ombre cardiaque élargie, globuleuse et paraissant immobile. Le cœur ne bat pas, noyé qu'il est au milieu d'un épanchement sanguin considérable.

Cause d'erreur : c'est encore l'hémothorax gauche qui pourra gêner l'examen en masquant complètement la région cardiaque

Exceptionnellement, il s'agira de plaie du cœur sans hémopéricarde : alors l'examen ne révélera rien de particulier.

2° Recherche du projectile : Celui-ci étant vu on tachera d'établir son siège exact. Le déplacement de ce projectile variera suivant la situation qu'il occupe :

Intracardiaque : se déplace en tourbillon.

Intrapariétal : se déplace synchroniquement des battements cardiaques.

Extracardiaque : sous un certain angle on verra l'ombre du projectile distincte de l'ombre cardiaque.

ÉVOLUTION. — Guérison spontanée possible dans les plaies tangentielles, dans les piqûres avec plaies pénétrantes très petites, dans certaines plaies pénétrantes.

Mais c'est une évolution exceptionnelle.

Si l'on n'intervient pas, le plus souvent l'évolution est fatale.

L'épanchement péricardique s'accroît progressivement : le cœur saigne pendant la systole et pendant la diastole, la pression intrapéricardique comprimant les oreillettes empêche leur remplissage. C'est ainsi qu'augmentent la dyspnée et la cyanose et la cyanose, et le blessé meurt assez rapidement.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 47, p. 759.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Défense organique et centres nerveux, par le docteur Pierre BONNIER. Nouvelle édition. 1 vol. in-16 de la « Nouvelle Collection scientifique », dirigée par M. Emile BOREL. — Prix : 10 fr. — Paris, Félix Alcan.

La Médication sulfurée des Pyrénées, par le docteur BAQUÉ, médecin consultant à Luchon. Une broch. de 24 pages. — Luchon. Imprimerie Sarthe.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 50. — SAMEDI 23 JUIN 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 23 JUIN 1923. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52



SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Séance du 18 juin. — MM. Heuyer, Flandin et Marcel Bloch, 20.

Sont nommés : MM. Flandin et Heuyer.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 18 juin. —MM. Sénèque, 24; Nadier, 26; Bergeret, 28.

Séance du 19 juin. — MM. Leveuf, 28; Boppe, 25; Pascalis, 27.

— Concours du prosectorat. — *Physiologie.* — Séance du 18 juin. — Question donnée : « Sécrétion urinaire. »

MM. Wilmoth, 16; Tourneix, 17; Reinhold, 16; Braine, 15.

Séance du 14 juin. — Question donnée : « Coagulation du sang. »

MM. Huc, 16; Michon et Oberlin, 17.

Sont admis à prendre part aux épreuves d'admissibilité : MM. Oberlin, Braine, Michon, Reinhold, Huc, Tourneix, Wilmoth.

Séance du 20 juin. — Epreuve d'admissibilité de pathologie chirurgicale :

Question donnée : « Mal de Pott sous-occipital. »

MM. Huc, 23; Michon et Wilmoth, 24; Oberlin, 25.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Physiologie. — Le jury a présenté à la ratification ministérielle MM. Richet, Binet, Combemale et Hedon.

— Lyon. — Un concours s'ouvrira, le 4 février 1924, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LE SERVICE PSYCHIATRIQUE DES PRISONS. — D'accord avec M. Colrat, garde des Sceaux, ministre de la Justice, M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui avait étudié lors de son voyage en Belgique l'organisation du Service de psychiatrie dans les prisons, a décidé de rechercher ce qui peut être fait, en France, dans cet ordre.

MM. les docteurs Marcel Briant et Raymond Mallet ont été chargés des travaux préliminaires; ils commenceront incessamment leurs recherches dans les prisons de la Santé, de Saint-Lazare et de Fresnes.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — Prix a décerner en 1923. — *Prix Dubreuil*, annuel (400 francs). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Marjolin-Duval, annuel (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1923.

Prix Laborie, annuel (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Ricord, bisannuel (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société.

Prix Jules Hennequin, bisannuel (1.500 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain.

Ce prix ne peut être partagé.

Prix Demarquay, bisannuel (700 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur les « Résultats éloignés de l'ostéosynthèse ».

Prix Gerdy, bisannuel (2.000 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur l' « Action des anesthésiques généraux sur le foie ».

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1923.

INSTITUT INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE. — 1° Prix Hollandais. — Ce prix sera attribué pour la première fois en

1924, au savant, homme ou femme, de quelque nationalité que ce soit, qui, au cours de ces trois années écoulées, aura effectué ou publié des recherches particulièrement méritoires en matière d'anthropologie physique ou de préhistoire.

Ce prix est indivisible. Pour cette première attribution son montant sera de 2.500 francs environ.

Le jury n'est pas lié par les candidatures; il pourra désigner comme lauréat tout savant qu'il en aura jugé digne, même s'il ne s'est pas présenté.

Les candidatures au Prix Hollandais devront être posées avant le 1er novembre 1923, par lettre recommandée, avec pièces à l'appui en quatre exemplaires, adressée au président de l'Institut international d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

2° Prix d'Ault du Mesnil. — Ce prix (1.800 francs) sera décerné pour la première fois en 1924, au savant, homme ou femme, français ou étranger, dont le manuscrit traitant d'Anthropologie préhistorique aura été désigné par le jury nommé par l'École d'Anthropologie de Paris.

Il est indivisible.

Les candidats au prix d'Ault du Mesnil devront déposer leur manuscrit dactylographié en trois exemplaires, avant le 31 décembre 1923, au Secrétariat de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe) (ou l'y faire parvenir par lettre recommandée).

Les manuscrits déposés devront porter une devise et un numéro, et être accompagnés d'un pli cacheté portant à l'extérieur cette devise et ce numéro et contenant le nom et l'adresse du candidat; le pli sera ouvert au cours de l'assemblée générale par le président de l'Institut international d'anthropologie, qui proclamera le lauréat.

Admission aux emplois de médecin et pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales. — Des docteurs en médecine et des pharmaciens de 1re classe seront admis en 1923, sans concours et sur production de leurs titres universitaires, aux emplois de médecins et de de pharmaciens aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens dont l'admission sera prononcée seront nommés aides-majors de 2e classe pour compter du 31 décembre 1923. Ceux d'entre eux qui ont subi un retard dans leurs études, du fait de la guerre, bénéficieront d'une rétroactivité de prise de rang dans le grade d'aides-majors de 2e classe, dans les conditions fixées par le décret du 1er avril 1923 (*Journal officiel* du 10 avril 1923).

Les renseignements relatifs à l'admission aux emplois sus-visés ont été insérés au *Journal officiel* sous forme d'instruction (*Journal officiel* du 4 octobre 1922) et d'arrêté (*Journal officiel* du 7 juin 1923).

Une notice relative à l'organisation et au fonctionnement du corps de santé des troupes coloniales sera adressée aux candidats qui en feront la demande au ministère de la guerre (8e direction, 3e bureau).

Clinique médicale de l'Hotel-Dieu (amphithéâtres Trousseau et Bichat). [Professeur : M. A. Gilbert; professeur agrégé : M. Maurice Villaret.] — *Cours de perfectionnement,* grandes vacances : juillet 1923. — Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète. — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 2 juillet 1923, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Okinczyc, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux; A. Baudouin, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux; Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann, Jomier et Brin, anciens chefs de clinique; Saint-Girons, chef de clinique; Coury, chef de clinique adjoint; Henri Bénard, Dumont, Deval, Mlle Tissier et M. Paul Descomps, chefs et anciens chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie.

Il comprendra trente-deux leçons et sera terminé en deux semaines. Il aura lieu régulièrement l'après-midi, de 15 à 18 heures, et le matin avant 10 heures, de façon à permettre aux médecins inscrits de suivre les services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et microscopiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Des leçons au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites au cours de la visite dans les salles de la clinique, tous les matins à 11 heures, par le professeur agrégé Maurice Villaret.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Droit à verser : 150 francs.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Gellé, ancien vice-président de la Société de biologie; Paul Gentit, médecin inspecteur général du cadre de réserve, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 78 ans; Victor Guillemet (de Nantes); Georges Houdaille (de Paris); O. Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, vice-président de la Société de biologie; Pouget (de Martres-de-Veyre), A. Rivet, chirurgien des hôpitaux de Nantes, et Georges Rollet (de Lyon).

Le Docteur J.-P. LANGLOIS

Nous apprenons, avec un vif regret, la mort du docteur J.-P. Langlois, professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie, puis chargé de cours à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, professeur d'hygiène au Conservatoire des Arts et Métiers, directeur de la *Revue générale des sciences*, officier de la Légion d'honneur.

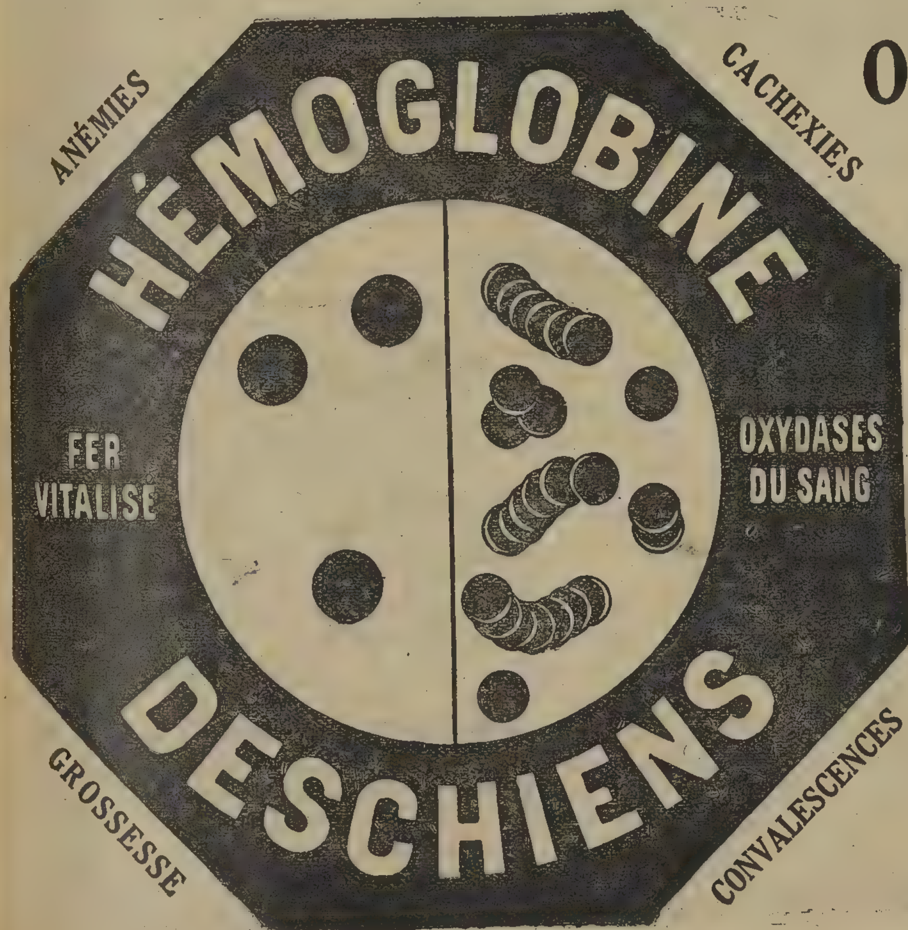
Collaborateur du professeur Charles Richet, il se fit remarquer tout d'abord par des travaux importants sur la régulation thermique, sur la respiration et la circulation pulmonaire, puis en collaboration avec M. Abelous, aujourd'hui doyen de la Faculté de médecine de Toulouse, sur les fonctions des capsules surrénales, travaux restés classiques. Sa grande compétence dans les questions d'hygiène et spécialement d'hygiène du travail, l'avaient fait désigner pour occuper la chaire d'hygiène et d'organisation du travail au Conservatoire des Arts et Métiers. Travailleur infatigable, il avait encore assumé l'organisation de l'enseignement de l'éducation physique, créé récemment à la Faculté de médecine.

Enfin, il dirigeait, avec une rare intelligence, la *Revue générale des sciences*, à la tête de laquelle il avait succédé au regretté Louis Olivier.

C'est au moment où J.-P. Langlois allait enfin pouvoir donner la pleine mesure de son talent, qu'une cruelle maladie l'a terrassé.

Le docteur J.-P. Langlois laissera le souvenir d'un pur savant, d'un travailleur enthousiaste et acharné dont le dévouement absolu à la science a porté ses fruits.

Nous prions Mme J. P. Langlois de vouloir bien agréer l'hommage de notre très respectueuse sympathie. L. S.


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISE
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES INÉGALITÉS PUPILLAIRES [1]

PAR MM.

le Dr ALBERT-CRÉMIEUX et Henri BIANCHI

Interne Interne provisoire

des hôpitaux de Marseille.

5° Quelle est la cause de l'anisocorie? — *C'est le diagnostic étiologique.* — Tout d'abord, certains sujets présentent, dès leur naissance et toute leur vie, une inégalité pupillaire en général peu accentuée et qui paraît n'avoir rien de pathologique. Cette *anisocorie congénitale*, non pathologique, existe sans doute (Poulard). Elle se retrouverait chez 1 p. 100 des sujets normaux d'après Frenkel. Le Gourierec qui, pour sa thèse inspirée par Cantonnet (Paris 1921), a examiné plus de 300 sujets normaux l'aurait trouvée dans 15 p. 100 des cas, et dans 22 p. 100 des cas après mydriase provoquée. Mais en tous cas, il ne faut l'admettre qu'après avoir soigneusement recherché chez l'enfant ou dans sa famille l'infection syphilitique ou toute autre tare morbide.

Que l'anisocorie soit pure, simple ou associée, elle peut être due à des causes multiples et variées : détailler le diagnostic étiologique serait passer en revue toute la neurologie, pour ne pas dire toute la médecine.

Cependant, pour rester sur un terrain essentiellement pratique, on peut reprendre la division de Sergent, en deux grandes catégories :

1. Anisocories qui s'accompagnent d'altérations des réflexes pupillaires ou de la vision.

2. Anisocories qui ne s'accompagnent d'aucune altération des réflexes pupillaires ou de la vision, qu'elles soient simples, seul symptôme, ou associées à d'autres symptômes de la série sympathique.

I. *Inégalités pupillaires avec troubles des réflexes ou de la vision.* — *A.* Elles peuvent être dues à la *cécité unilatérale* : dans ce cas, en effet, on observe : mydriase + abolition du réflexe à l'accommodation.

B. Elles peuvent se rencontrer dans certaines *infections des centres nerveux* : diphtérie, encéphalite épidémique, où elles sont accompagnées de troubles de l'accommodation et de paralysies extrinsèques du globe oculaire.

C. Dans la presque totalité des cas elles sont dues à la syphilis. — L'anisocorie existe chez 50 p. 100 des paralytiques généraux et dans environ 40 p. 100 des cas de tabes. Mais c'est surtout dans la syphilis cérébro-méningée au début, alors qu'aucun autre symptôme n'attire l'attention, qu'elle a la plus grande valeur séméiologique, puisqu'elle permet de mettre en œuvre un traitement qui à cette période se montre souvent efficace.

L'inégalité pupillaire syphilitique ne s'accompagne de cécité qu'en cas d'amaurose tabétique; en revanche elle s'associe aux caractères suivants :

1. *L'irrégularité pupillaire*, totale ou segmentaire, unie ou bilatérale. La pupille est polycyclique ou ovalaire à grand rayon, sans angles rentrants. Elle diffère en cela de la pupille iritique aux contours angulaires, avec angles rentrants en forme de piques ou de lances; la courbe qui borde la pupille présente bien quelques ondulations, mais toujours peu accentuées et très douces. (Poulard.)

En dehors de la syphilis cérébro-méningée, Poulard a signalé l'existence de ces déformations chez des sujets indemnes de paralysie générale, de tabes, ou de toute autre maladie nerveuse.

2. *La perte du réflexe à l'accommodation*, et surtout :

3. *La perte du réflexe à la lumière* qui jointe au myosis, et à l'intégrité de l'accommodation, constitue le *signe d'Argyll-Robertson.* Celui-ci, à part de rarissimes exceptions (traumatismes : par exemple, cas de lésion du pédoncule cérébral rapporté par Guillain) peut être considéré comme un signe pathognomonique de syphilis cérébro-méningée.

Mais le signe d'Argyll-Robertson ne s'installe pas d'emblée, à l'état complet, et pendant une période plus ou moins longue, il peut y avoir inégalité pupillaire simple, le réflexe à la lumière étant conservé, quoique plus ou moins paresseux et d'amplitude inégale. (Stéphen Chauvet.)

II. *Inégalités pupillaires sans troubles des réflexes ou de la vision.* — *A.* Elles peuvent être dues, assez rarement, à des troubles du moteur oculaire commun, on la rencontre dans la pachyméningite, les méningites aiguës, les tumeurs cérébrales, les hémorragies méningées, l'hémorragie cérébrale (Klippel et Weill), le ramollissement cérébral, l'hématome de la dure-mère, la commotion cérébrale sans fracture du crâne (par petites suffusions sanguines corticales), la commotion bulbaire ou cervicale basse (même pathogénie); dans certaines affections exceptionnelles telles que les tumeurs des tubercules quadrijumeaux, les tumeurs du cervelet.

B. Elles sont dues le plus souvent à un trouble du sympathique cervical. Ce sont les *inégalités par répercussivité sympathique.* (Lafon.)

1° Parmi celles-ci, certaines sont la conséquence de troubles complexes, toxiques, anaphylactiques, réflexes, etc. Telles sont :

a. L'*anisocorie de la migraine :* dans la migraine, syndrome sympathique cervical déclanché par un processus complexe, qui doit varier suivant les cas, et dans lequel la crise colloïdoclasique, favorisée par des auto-intoxication gastro-intestinale, hépatique, endocrinienne, joue le principal rôle, on peut observer :

1° Une *anisocorie transitoire* au cours de l'accès caractérisée par le myosis du côté malade;

2° Dans certains cas un *syndrome sympathique permanent :* myosis, énophtalmie, diminution de la fente palpébrale. (Claude.)

b. L'*anisocorie de l'hémi-atrophie faciale de Romberg*, à laquelle s'associent surtout des troubles trophiques de l'hémiface.

c. Les *anisocories réflexes* observées au cours de certaines affections du foie et du pancréas, au cours des splénomégalies.

d. Les anisocories que l'on observe dans certaines intoxications (botulisme, opium, nicotine, auto-intoxication urémique, etc.), assez exceptionnellement d'ailleurs, puisque généralement on y trouve des modifications pupillaires bilatérales et symétriques.

2° La plupart des anisocories d'origine sympathique peuvent s'expliquer par des *atteintes anatomiques du sympathique cervical* siégeant à différents niveaux : on peut, en effet, nous l'avons vu,

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 48, p. 765.

considérer à ce dernier, un centre bulbaire, un centre médullaire, un trajet dans les rami-communicantes, un tronc nerveux et des ganglions. Nous passerons en revue les affections susceptibles de léser chacun de ces segments :

a. LÉSIONS DES CENTRES BULBAIRES. — Ces lésions, infectieuses ou autres, peuvent produire :

1° *Le syndrome de Claude Bernard-Horner typique* : énophtalmie, myosis, diminution de la fente palpébrale, troubles vaso-moteurs, etc.

2° *Un syndrome de Claude Bernard-Horner associé* à une paralysie alterne bulbaire :

a. *Soit du type Babinski-Nageotte :*

Côté lésion : Hémiasynergie + Latéropulsion.

Côté opposé : Hémiplégie + hémianesthésie.

b. *Soit du type Avellis* :

Côté lésion : Paralysie vélo-palatine + paralysie de la corde vocale.

Côté opposé : hémiplégie, ou —, plus fréquemment — hémianesthésie.

b. LÉSIONS DES CENTRES MÉDULLAIRES — (Centre cilio-spinal de Büdge).

Elles peuvent être réalisées par toutes les affections de la moelle, et en particulier :

Tabes,

Syringomyélie,

Hématomyélie,

Tumeurs de la moelle cervicale et de ses enveloppes,

Compressions médullaires (mal de Pott, tumeurs osseuses),

Traumatismes médullaires.

c. LÉSIONS DES RAMI-COMMUNICANTES. — Les recherches de Mme Déjerine, nous l'avons vu, ont montré que l'atteinte des rami-communicantes du VIIIe nerf cervical et surtout du Ier nerf dorsal provoquent des phénomènes oculo-pupillaires. On comprend que l'anisocorie puisse être réalisée par les lésions pathologiques et surtout traumatiques de ces rameaux.

Et de fait, au cours de la guerre, on a eu l'occasion d'observer d'assez nombreux cas de syndrome de Claude Bernard-Horner, par blessure radiculaire inférieure du plexus brachial.

On a constaté également des troubles pupillaires dans des cas de paralysie du plexus brachial, type inférieur, par élongation ou par radiculites.

d. LÉSIONS DU TRONC DU SYMPATHIQUE OU DE SES GANGLIONS. — A cette catégorie appartiennent les anisocories provoquées par :

1° Les lésions traumatiques.

2° Les lésions vertébrales.

3° Les affections du cou.

4° Les affections du thorax.

1° *Lésions traumatiques.* — *a.* Ce sont les *blessures* du cou.

b. Ce sont surtout les *lésions du médiastin.*

Sergent a insisté, pendant la guerre, sur l'inégalité pupillaire qu'on trouve chez les blessés du médiastin; il en a rapporté de nombreuses observations.

Dans la grande majorité des blessures de cette région, l'anisocorie s'accompagne d'autres symptômes, en particulier du syndrome traduisant l'atteinte du plexus cardiaque : douleur, dyspnée, arythmie, avec instabilité très marquée du nombre des battements cardiaques et des pulsations. La constatation de ces signes peut avoir une grande importance médico-légale, car elle permettra de ne pas taxer les hommes qui en sont porteurs, de névropathie ou de simulation.

Dans le même ordre d'idées, Masselin (de Colmar) a rapporté récemment un cas de syndrome de Cl. Bernard-Horner post-opératoire.

2° *Lésions vertébrales.* — En dehors des lésions traumatiques (fractures du rachis, etc.), elles sont surtout réalisées par : le mal de Pott tuberculeux et ses abcès ossifluents ; par les tumeurs vertébrales.

3° *Affections du cou.* — Ce sont surtout :

a. *Les adénopathies cervicales :* Adénopathies inflammatoires, aiguës ou chroniques ; adénopathies tuberculeuses; adénopathies néoplasiques, secondaires ou primitives : lymphadénomes, lymphosarcomes.

b. *Les affections du corps thyroïde :* Tumeurs bénignes ; tumeurs malignes.

Dans la maladie de Basedow, la plupart des auteurs admettent que les pupilles sont égales. Cependant, Cantonnet a constaté la dilatation pupillaire unilatérale, 14 fois sur 18 cas de syndrome de Basedow, par l'épreuve de la mydriase provoquée. Dans cette affection, le mécanisme des troubles pupillaires est complexe : action endocrinienne, associée ou non à l'action surrénale ? compression simple et irritation par la tumeur ?

4° *Affections du thorax.* — L'anisocorie peut être la conséquence :

D'affections du médiastin.

D'affections pleuro-pulmonaires.

A. *Affections du médiastin.* — Avec les autres signes de compression nerveuse, avec les signes de compression respiratoire et vasculaire, l'inégalité pupillaire fait partie du syndrome médiastinal classique. Nous ne pouvons le rappeler en détail, disons seulement qu'il peut être réalisé :

1. *Par les affections inflammatoires* aiguës ou chroniques de cette région : Sergent, Boinet en ont fait, en particulier, de bonnes études dans leurs travaux sur les médiastinites chroniques, sur les médiastinites syphilitiques et tuberculeuses.

2. *Par les tumeurs du médiastin*, en donnant à ce mot, avec Dieulafoy, son sens le plus large, celui de « grosseur développée aux dépens d'un des organes de la région médiastinale » ; on pourra rencontrer l'inégalité pupillaire dans :

a. *Les adénopathies médiastinales*, aiguës et surtout chroniques, et, en particulier, l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant, banale, tuberculeuse ou syphilitique ; dans l'adénopathie néoplasique (néoplasmes secondaires à des cancers des organes voisins, néoplasmes primitifs, maladie de Hodgkin à forme médiastinale).

b. *Les tumeurs de l'œsophage* à développement externe, diverticules, et surtout cancer de l'œsophage.

c. *Les tumeurs de la trachée.*

d. *Les anévrismes de la crosse de l'aorte.*

e. *Les péricardites.*

f. *Les pleurésies médiastines*, etc.

Toutes ces affections se différencieront par leurs signes propres, sur lesquels nous ne pouvons pas insister. Signalons simplement l'importance de la *radioscopie* comme élément de diagnostic.

B. *Affections pleuro-pulmonaires.* — L'anisocorie a été signalée depuis longtemps, dans de nombreuses affections pleuro-pulmonaires :

1. *Pleurésies avec épanchement* (Chauffard et Lœderich) et surtout pleurésies de l'apex ou de la partie supérieure du versant médiastinal.

2. *Pneumothorax* : Harvier a observé un syndrome de Cl. Bernard-Horner, ébauché chez une femme tuberculeuse dont le pneumothorax artificiel était entretenu depuis plusieurs mois.

3. *Certaines pneumonies du sommet*, chez l'enfant (Comby) et chez l'adulte (Pernot, Sighicelli).

Et surtout :

4. *Tuberculose pleuro-pulmonaire* : L'anisocorie d'origine tuberculeuse est le type des inégalités par répercussivité sympathique, sans lésion des réflexes ou de la vision. Entrevue par Gobler, elle a été étudiée par un élève de Baillanger, le docteur E. Roque, dans un article publié en 1869, puis dans sa thèse soutenue en 1873. Elle mérite donc le nom de *signe de Roque*. Bichelome, Souques (1903), Deherain, Pernot, Massalongo, Cantonnet (1909), Purves-Stewart (1910) l'ont signalée dans la tuberculose. Enfin, Emile Sergent est revenu sur ce sujet et a confirmé les travaux précédents. Cet auteur a étudié particulièrement :

a. *L'inégalité pupillaire dans la pleurite du sommet* : Cette lésion fréquente, surtout chez les syphilitiques, est caractérisée cliniquement par le syndrome de la pleurite apicale de Sergent : douleur à la pression du sommet; adénite et lymphangite sus-claviculaire; signes d'auscultation souvent peu marqués; inégalité pupillaire.

b. *L'inégalité pupillaire provoquée au cours de la tuberculose pulmonaire* : Cette épreuve est basée sur la notion de la sensibilisation de la pupille du côté correspondant à la lésion, du fait même de la présence de cette lésion et de l'irritation qu'elle produit sur le sympathique, irritation qui n'est pas suffisante pour se manifester spontanément, mais qui peut être artificiellement mise en évidence :

Technique. — *a.* On peut employer pour cela les collyres de Coppez :

En cas d'anisocorie sympathique, on obtient, rappelons-le :

1. *S'il y a mydriase spasmodique* : Dilatation maxima par l'atropine; faible rétrécissement par l'ésérine.

2. *S'il y a myosis paralytique* : Dilatation faible par l'atropine, rétrécissement maximum par l'ésérine.

b. On peut provoquer une mydriase intense par l'adrénaline (Gautrelet).

c. On peut provoquer la mydriase par la méthode de Cantonnet :

Collyre à la cocaïne.

L'anisocorie apparaît quand la dilatation commence.

d. On peut, avec Sergent, se servir d'une solution d'atropine à 1/1000 dont on instille deux gouttes dans chaque œil. La pupille sensibilisée commence sa dilatation avant l'autre, arrive à la dilatation maxima avant elle, perd la première ses réflexes à la lumière et à la distance, se rétrécit plus lentement que l'autre (inégalité de retour).

Résultats. — De ses nombreuses expériences, Sergent tire les conclusions suivantes, au sujet de la valeur de l'inégalité pupillaire, apparente ou provoquée, au cours de la tuberculose pulmonaire :

1° La constatation de l'anisocorie est précieuse dans le diagnostic de localisation de la tuberculose.

Elle est négligeable dans les lésions bilatérales.

Elle est confirmative dans les lésions unilatérales.

2° Elle peut être révélatrice dans le cas de lésions débutantes ou peu accentuées.

La *mydriase provoquée* constitue un élément d'information qui doit prendre place dans l'ensemble des moyens d'exploration et de diagnostic, en particulier, dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

3° L'inégalité pupillaire par sa variabilité (mydriase par irritation, puis myosis par destruction, avec ou sans troubles sympathiques associés) a aussi, dans une certaine mesure la valeur d'un signe d'évolution.

Conclusions. — Telles sont les notions essentielles, anatomiques, physiologiques, cliniques, qui peuvent permettre de résoudre le problème de l'inégalité pupillaire. Comme on le voit, le mécanisme en est parfois très complexe, et l'interprétation difficile.

En particulier, nous avons opposé dans notre étude, l'inégalité avec trouble des réflexes, dont le type est l'anisocorie syphilitique, à l'inégalité sans trouble des réflexes, dont le type est l'anisocorie tuberculeuse.

Mais, la syphilis n'est-elle pas capable de réaliser une inégalité pupillaire d'origine sympathique? l'inégalité conséquence d'une lésion médullaire tabétique, l'inégalité symptôme d'un anévrisme de la crosse aortique ou d'une médiastinite spécifique ne méritent-elles pas le nom d'inégalité d'origine syphilitique?

D'ailleurs, syphilis et tuberculose ne sont-elles pas bien souvent associées, le spirochète créant le terrain sur lequel se développera le bacille de Koch ? Cette association est si commune que certains auteurs ont pu dire, avec quelque exagération : « C'est parce que la pleurite du sommet est très fréquente chez les syphilitiques, qu'on a fait de l'inégalité pupillaire simple un indice révélateur de la syphilis. »

Cependant, si la pleurite du sommet est « très fréquente chez les syphilitiques », on y observe assez rarement l'inégalité pupillaire; ou tout au moins l'inégalité pupillaire non provoquée.

— *En pratique*, en présence d'un malade porteur d'une anisocorie, on devra penser, avant tout, à la syphilis cérébro-méningée, ou à la tuberculose. On examinera avec soin les réflexes pupillaires, et, en particulier, le réflexe à la lumière ; et, s'inspirant de la grande division étiologique que nous avons admise, se rappeler que l'on n'a le droit de soupçonner sérieusement la syphilis, sans autre examen, que si l'inégalité pupillaire s'accompagne de troubles des réflexes, dont l'expression clinique la plus typique, à ce point de vue, est le signe d'Argyll-Robertson.

BIBLIOGRAPHIE

Boucaut. Etude sur l'inégalité pupillaire chez les syphilitiques, *Th. de Paris*, 1921.

Cantonnet. Le sympathique oculaire et les troubles oculo-sympathiques, *Presse méd.*, 13 mai 1914.

Chauffard et Laederich. Les inégalités pupillaires dans les pleurésies avec épanchements, *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 585.

CHAUVET (Stephen). Inégalités pupillaires, *Journ. des prat.*, 30 juillet, 6 et 13 août 1921.
CHAUVET (Stephen), ROGER et WELTER. Mydriase par paralysie de la IIIe paire faisant place au myosis consécutivement à une hémorragie cérébro-méningée mortelle, *Soc. anat.*, juin 1914.
CLAUDE. *Maladies du système nerveux*, Baillière, 1922.
CUTTING. Réactions de la pupille aux lumières colorées, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, oct. 1917.
FROMAGER et FROMAGET. Anisocorie fonctionnelle, *Arch. d'ophtalm.*, sept.-oct. 1918, p. 278-294.
GLEY. *Physiologie*, Baillière, 1922.
GRINCHTEINE et GEORGIEVA. Contribution à l'étude de l'innervation de la pupille, *La Neurologie*, journal mensuel de la Société de neuro-pathologie et de psychiatrie de Kharkof, 1919, 1re année, n° 1, p. 34.
GUILLAUME (A. C.). *Le Sympathique et les systèmes associés*, Masson et Cie, 1921.
HARVIER. Art. PATHOLOGIE DU SYMPATHIQUE, in *Traité* Sergent, Babonneix et Ribadeau-Dumas, Maloine, 1921.
HEDON. *Précis de physiologie*, Coll. Testut, O. Doin, 1914.
KLIPPEL et WEILL. Inégalités pupillaires au cours de l'hémorragie cérébrale, *Semaine méd.*, 13 nov. 1912.
LAFON. Le diagnostic des inégalités pupillaires par répercussivité sympathique, *Revue neurol.*, 1921, p. 274.
LAPERSONNE (DE) et CANTONNET. *Manuel de neurologie oculaire*, Masson, édit.
LE GOURIÉREC. L'épreuve de la mydriase provoquée chez le sujet normal, *Th. de Paris*, 1921.
LUTZ. Unilatéral inhéritance. Loss of héréditary correlation between the two halves of the body, the pair organs and especially the eyes. Description of the cases of the so-called physiological anisocoria, *Arch. of opht.*, 1908, t. XLVII, n° 6, p. 587.
MAGITOT. *L'Iris. Etude physiologique sur la pupille et les centres moteurs*, 1921, 1 vol. de 272 pages, Paris, Doin.
MARINA. La disuguaglianza pupillare nello sguardo di lateralità, *Riforma med.*, 1922, t. XXXVIII, n° 3.
MASSALONGO. *Pathologie de la pneumonie aiguë*, Vérone 1889; — L'inégalité pupillaire dans les maladies pleuro-pulmonaires aiguës et chroniques, *Répertoire de méd. intern.*, juin 1911.
NICOLO. L'inégalité pupillaire précoce dans la syphilis, *Ann. de dermat.*, sept. 1919, p. 283; — *Revue neurol.*, 1920, p. 836.
POIRIER. *Traité d'anatomie humaine*, Masson.
POULARD. In Pierre MARIE. *La Pratique neurologique*, Masson, 1911; — In *Questions neurologiques d'actualité*, Masson, 1922.
REICHMANN. Troubles pupillaires dans la démence précoce, *Arch. f. Psych.*, 1914, fasc. 1, p. 302.
RIZZO. Rigidità pupillare a ganglio ciliare, *Riv. di pathol. nerv. et ment.*, 1920, fasc. 2, p. 12.
ROQUE. De l'inégalité des pupilles dans les affections des poumons, des ganglions bronchiques et du péricarde, *Gaz. méd. de Paris*, 1869; — De l'inégalité des pupilles dans les affections unilatérales des diverses régions du corps, *Th. de Paris*, 1873.
RUNGE. Recherches sur les pupilles à l'état normal et pathologique, *Arch. f. Psych.*, 1913, p. 968.
SARBO. Nouveaux modes d'examen des réactions pupillaires, *Neurol. Centralbl.*, 16 mars 1914, p. 339-343.
SERGENT (Emile). *Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire*, Maloine, Paris 1922. (Pour tous les travaux du même auteur, consulter cet ouvrage.)
SOUQUES. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1903, p. 414.
STEWART. Action de l'adrénaline sur la pupille dans l'épilepsie, *Review of Neurol. and Psych.*, juillet 1914, vol. XII, n° 7, p. 287-302.
TESTUT. *Traité d'anatomie humaine*, O. Doin, 1911-1912.
TESTUT et JACOB. *Traité d'anatomie topographique*, O. Doin, 1914.
TOURNAY. Etudes sur l'inégalité pupillaire, réimpression de deux communications à l'*Acad. de méd.*, 22 mai 1917 et 3 déc. 1918; — Sur un cas d'inégalité pupillaire avec réaction paradoxale en regard latéral extrême, *Bull. de la Soc. d'ophtal. de Paris*, juin 1921.
VINCENT. Le rétrécissement unilatéral de la pupille dans l'angine phlegmoneuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 mai 1904.
WALKER. Valeur diagnostique de la réaction pupillaire hémiopsique et le phénomène hémianopsique du prisme avec une nouvelle méthode pour l'obtenir.
WESTPHAL. Un phénomène pupillaire observé chez les chats, *Neurol. Centralbl.*, 1920, n° 5.

Ve CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(*Strasbourg, 2-5 juin 1923*).

LES ASSOCIATIONS MICROBIENNES DANS L'INFECTION TUBERCULEUSE PULMONAIRE AVEC RÉFÉRENCES ET STATISTIQUES

Rapporteurs : MM. F. BEZANÇON et CHEVALLEY.

Le rôle des associations microbiennes dans l'infection tuberculose doit être envisagé successivement comme un problème de pathologie générale et comme une question pratique de pronostic et de thérapeutique.

C'est en se plaçant sur le terrain de la pathologie générale que l'on étudiera le rôle des pathologies infectieuses aiguës dans le réveil des tuberculoses latentes et les modalités d'association de la tuberculose avec d'autres infections chroniques, parmi lesquelles la syphilis retient l'attention au premier chef.

Mais, historiquement, la question a d'abord été posée d'une toute autre manière, et on a considéré l'infection secondaire des crachats des tuberculeux comme le signe d'une complication sérieuse de la phtisie, et comme un facteur peut-être essentiel de son aggravation : cette théorie eut un développement et un déclin rapides, dont témoigne la thèse imposante d'Halbron (Paris, 1906); elle s'est rajeunie récemment pour justifier l'usage thérapeutique de vaccins contre les microbes dits d'infection secondaire : il est donc utile, une fois de plus, de ramener la question à ses véritables éléments qui sont de pure technique bactériologique, et de rappeler les conditions rigoureuses et trop oubliées, qui, seules, dans l'examen des crachats, peuvent éviter les erreurs les plus grossières.

I. Pour définir le RÔLE DES INFECTIONS AIGUËS DANS LE RÉVEIL DE LA TUBERCULOSE LATENTE, on doit penser à ces microbes saprophytes et, le plus souvent, inoffensifs que l'homme et les animaux hébergent dans leurs cavités naturelles : à la moindre défaillance de l'organisme, ils récupèrent leur virulence, deviennent pathogènes, et interviennent secondairement, dans la plupart des infections, à titre de « microbes de sortie » (M. Nicolle).

Le bacille de Koch se comporte comme eux, à certains points de vue : la plupart des adultes, dans les villes tout au moins, sont porteurs de foyers tuberculeux du poumon ou des ganglions médiastinaux. Ces foyers, discrets ou déjà riches en matière caséeuse, sont bien enkystés et momentanément inactifs. Mais si les maladies infectieuses « font sortir » les saprophytes de notre cavité bucco pharyngée (streptocoque et pneumocoque), elles peuvent, au même titre, faire sortir le bacille de Koch.

Parmi les *fièvres éruptives*, la rougeole surtout réveille la tuberculose latente, ou plus souvent aggrave des lésions tuberculeuses déjà importantes (Grèze, *Th. de Paris*, 1903). On sait que, pendant la durée de la rougeole, la cutiréaction disparaît, et on en a tiré argument en faveur d'un état anergique favorable au réveil de la tuberculose. Mais, il serait intéressant de rechercher si les lésions congestives de la rougeole n'entraînent pas dans les organes respiratoires des remaniements de foyers tuberculeux; Hutinel attache une grande importance à ce facteur local, et son opinion nous paraît très plausible.

Les mêmes considérations s'appliquent à la *grippe*, dont les épidémies récentes ont montré le rôle dans le réveil des tuberculoses latentes (Bricaire, *Th. de Paris*, 1919).

Rappelons, d'autre part, que l'observation semble avoir justifié les idées de Marfan sur la résistance à l'infection grippale que présentent les tuberculeux.

La *coqueluche* prend, assez souvent, une gravité spéciale chez des enfants porteurs de lésions tuberculeuses étendues. Cependant, on aurait exagéré la fréquence de cette association qui ne dépasserait pas 5 p. 100 (Weil et Péhu).

L'importance du facteur local est corroborée par le rôle des grippes saisonnières, et surtout des *infections pneumococciques*. Mosny et Harvier (*Revue de la tuberculose*, 1907) ont insisté sur ces faits dont les observations précises ne sont pas exceptionnelles. Mais s'ensuit-il que les preuves pneumoniques de la tuberculose ne soient que la caséification secondaire d'un foyer pneumococcique à l'origine? En aucune manière, et si la question, autrefois, a passionné les anatomo-pathologistes, on sait aujourd'hui, de par la clinique et l'expérimentation, que le bacille de Koch peut, à lui seul, déterminer une alvéolite fibrineuse, qui bientôt se caséifie. Par contre, il est des processus tuberculeux aigus où le pneumocoque joue un rôle; la thèse de Braun (Paris, 1911) en fournit des exemples nets; on peut dire qu'en général ces processus sont moins graves que la véritable pneumonie caséeuse; ils ne se discernent que par une technique précise d'examen des crachats, montrant, au début, avec le pneumocoque assez abondant, les aspects cytologiques habituels de la pneumonie franche.

II. Le RÔLE DE LA SYPHILIS DANS L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE a été discuté depuis longtemps, et les anciens auteurs signalent déjà les effets déprimants, favorables à l'infection tuberculeuse, du traitement mercuriel (Graves, Portal) ou du grand « branle-bas » de la syphilis secondaire (Ricord). Landouzy, avec ses élèves Jacquinet (*Th. de Paris*, 1895). Mirallié, Stieffel précise la question : chez un syphilitique en période secondaire la tuberculose est grave; la lésion syphilitique, même guérie, sert de point d'appel, crée « des titres acquis » à la lésion tuberculeuse (larynx); au contraire, plus la syphilis est ancienne, plus la tuberculose affecte un caractère atténué.

Sergent, dans des publications nombreuses, insiste plus encore sur ces rapports : pour lui, la syphilis crée une prédisposition toute spéciale à la tuberculose chez l'individu et ses descendants; héréditaire, elle transmet des aptitudes humorales « toutes spéciales » à la scrofulo-tuberculose; acquise et invétérée, elle détermine essentiellement une évolution fibreuse de la tuberculose, une véritable syphilo-tuberculose, qui doit prendre place au nombre des indices révélateurs de la syphilis et de la parasyphilis.

Pour Tripier, Bériel, les cas où la tuberculose fibreuse s'accompagne de dilatations bronchiques concernent des hérédosyphilitiques ou des individus atteints de syphilis acquise.

Des opinions analogues sont exprimées d'une manière plus ou moins nette par maint clinicien, et couramment acceptées par les pédiatres, en ce qui concerne la scrofule.

Il y a lieu de réviser la valeur de ces théories en divisant la question sous deux chefs.

1° *La syphilis héréditaire ou acquise est-elle un facteur de prédisposition au réveil des tuberculoses latentes, et à leur évolution?* — Les arguments statistiques devraient être absolument probants pour entraîner la conviction, en ce qui concerne deux maladies si fréquentes que leur coexistence est fatale. Or, recherchant la fréquence de la syphilis chez les enfants, tuberculeux avérés. Mercier (*Th. de Paris*, 1921) rapporte des statistiques intéressantes, empruntées au service de Méry (26 R. W. + sur 85 cas), au préventorium de Plessis-Robinson (7 R. W. + sur 90 cas), et à l'hôpital de Berck (8 p. 100 R. W. + 1.500 enfants, Mozer); il en conclut qu'on a singulièrement exagéré l'importance de la syphilis dans le déterminisme de la tuberculose infantile, bien qu'il ait trouvé, parmi les scrofuleux de l'hôpital des enfants, une énorme proportion de syphilitiques héréditaires.

Chez les adultes, MM. Letulle, Bergeron et Lépine observent 64 R. W. + chez 346 tuberculeux hospitalisés en 1913-1914, à Boucicaut. Cette proportion de 19 p. 100 est considérable, mais elle ne prouve qu'un fait, la très grande fréquence de la syphilis dans ce milieu hospitalier où les non-tuberculeux fournissent actuellement plus de 30 p. 100 de réactions de Wassermann positives.

Chez 488 femmes tuberculeuses d'Ivry, de Jong soupçonne la syphilis 97 fois, et la prouve 22 fois seulement par une réaction de Wassermann positive; chez 40 tuberculeuses ayant des lésions laryngées, la réaction de Wassermann ne fut positive que deux fois.

De telles statistiques ne permettent pas de dire que la syphilis acquise prédispose l'adulte à la tuberculose.

2° *Dans les cas d'association de tuberculose et de syphilis invétérée ou héréditaire, cette tuberculose est-elle modifiée, se développe-t-il même un type clinique spécial, un véritable état hybride des deux maladies?* On peut chercher des preuves de divers ordres :

Des *preuves cliniques* sont proposées le plus souvent. Elles consistent dans la constatation de divers stigmates syphilitiques chez les scrofuleux et les tuberculeux de type fibreux; la fréquence des deux affections enlève toute valeur de preuves à ces faits.

Il nous paraît impossible de soutenir que la scrofule ou la tuberculose fibreuse présentent régulièrement des aspects spéciaux, selon que le terrain est syphilitique ou non.

D'autre part, il est indiscutable qu'un très grand nombre de tuberculeux fibreux n'ont pas eu la syphilis, et que le bacille de Koch puisse, à lui seul, faire de la sclérose, la preuve expérimentale en est déjà ancienne (Widal et Bezançon, Bezançon et Griffon). Si la dilatation des bronches (Tripier) ou les calcifications ganglionnaires, particulièrement intenses (Sergent), se voient chez des syphilitiques, rien ne prouve que la tuberculose, à elle seule, ne puisse les réaliser.

On peut conclure que dans tous ces faits, il ne s'agit que d'*impressions cliniques*, qui échappent au contrôle.

Des *preuves thérapeutiques* ont été apportées dans les cas de scrofule, où l'on a observé une amélioration partielle par le traitement antisyphilitique : mais on peut dire que la lésion dite scrofuleuse était, en réalité, syphilitique, ou que le traitement a amélioré l'état général, et mis l'individu en meilleures conditions de lutte, vis-à-vis du bacille de Koch. Chambrette (*Th. de Paris*, 1909, et Mlle Pouzin (*Th. de Paris*, 1915) pensent que le traitement spécifique est inutile dans les tuberculoses ostéoarticulaires et ganglionnaires des hérédosyphilitiques.

Chez l'adulte, on a observé des améliorations notables survenues chez des tuberculeux, après traitement mercuriel ou arsenical. Mais de tels faits restent isolés et ne permettent pas de considérer, comme bien certaine, l'existence d'états hybrides syphilo-tuberculeux.

Ce sont des *preuves anatomo-pathologiques* qu'il faudrait rassembler. Elles sont si rares que Mercier, dans sa thèse, en rapporte 15 cas dont plusieurs sont très discutables. Dans les cas les plus nets (Leloir, Nobécourt et Paisseau, Méry, Letulle et Bezançon), la preuve de la syphilis est faite par des aspects d'endartérite, ou de mutilation de la bronche. Les bandes scléreuses, parfois attribuées à la syphilis, peuvent aussi bien relever de la tuberculose comme certaines études l'ont prouvé, par l'inoculation au cobaye (Méry, Letulle et Bezançon). Et, dans tous les cas, les lésions, reconnues comme tuberculeuses, ne diffèrent en rien des tuberculoses banales.

Toute la difficulté du problème des lésions hybrides, tient donc à ce que la solution ne peut être, pour le moment du moins, *d'ordre bactériologique*, puisqu'on ne peut déceler le tréponème dans les lésions de syphilis ancienne.

En ce qui concerne la tendance fibreuse de la tuberculose, chez les vieux syphilitiques, elle s'explique par la notion, très simple, de l'âge des sujets, syphilitiques ou non : les adultes tuberculeux, arrivant à la cinquantaine, font le plus souvent, une tuberculose fibreuse, d'ailleurs susceptible de transformation caséeuse brutale.

III. Le RÔLE DE L'INFECTION SECONDAIRE DES CRACHATS DANS L'ÉVOLUTION DE LA PHTISIE a été l'objet de nombreux travaux rapportés par Halbron (*Th. de Paris*, 1906) : on considéra d'abord, avec Spengler, Schabod, Kerchensteiner, que la présence de microbes associés, en particulier, de streptocoques, était la signature d'une infection mixte qui déterminait plusieurs symptômes de la phtisie et, en particulier, la fièvre hectique. Mais, d'autres auteurs, Schrœder et Mennes, Sorgo, Karl Thue firent d'importantes réserves sur la valeur pathogène et la fréquence réelle de telles associations. La question restait indécise et nous avons pensé qu'il

y avait intérêt à la reprendre par de nouvelles recherches, effectuées d'abord par A. Biros (*Th. de Paris*, 1921) et complétées à l'occasion de ce rapport. Déjà, l'un de nous, avec de Jong, avait montré que la véritable critique des travaux antérieurs doit porter sur la question de technique.

Les recherches les plus scientifiques ont été faites après lavage du crachat, selon la technique de Kitasato (passage, dans plusieurs récipients, d'eau physiologique avec agitation).

Débarrassant le crachat de ses parties superficielles, véritable enrobage de mucus et de salive, il fait disparaître la flore si riche de ces humeurs d'origine bucco-pharyngée. Un autre facteur négligé, mais d'une importance au moins égale, est le temps écoulé depuis l'expulsion ; les microbes de la surface pénètrent, en effet, dans toute la masse du crachat, en douze à quinze heures pour les crachats lourds épais, et en quatre à cinq heures pour les crachats plus divisés et plus fluides.

Enfin, la plupart des recherches publiées sont passibles d'une critique plus grave : elles ont utilisé la culture du crachat et non son examen direct sur lame colorée : La culture des exsudats provenant de cavités ouvertes expose à de grossières erreurs, car elle fait croire à la grande importance de germes qui sont vivaces, même à l'état d'unités, et elle ne montre pas certaines espèces fragiles ou qui se développent mal sur nos milieux usuels. L'examen direct, si utile pour l'étude des fèces, des exsudats angineux, des pus abdominaux putrides, permet seul d'apprécier le nombre des microbes, la proportion dans lesquelles les diverses espèces se trouvent réparties, et la présence de microbes difficiles à obtenir sur les milieux de culture.

La technique à employer est la suivante : Recueillir en un vase stérile un ou deux crachats seulement, les laver dans plusieurs eaux (2 à 4 boîtes de Petri, ou tubes à essai contenant de l'eau physiologique), faire des étalements d'une parcelle centrale, le tout dans un délai de moins de quatre à cinq heures. Fixer de préférence à l'alcool, et colorer au moins trois lames : 1° Ziehl-bleu de méthylène ; 2° Gram-fuschine diluée ; 3° bleu polychrome de Unna. Cette dernière coloration cytologique et bactériologique à la fois, est susceptible de fournir de précieux renseignements de contrôle sur l'origine même du crachat : caverne, alvéolite, bronchite, exsudat pharyngé (Cf. Bezançon et de Jong. *Traité de l'examen des crachats*).

Avec cette technique, nous avons étudié 56 cas de tuberculose, pratiquant en tout 163 examens. Dans 37 cas sur 58 nous n'avons trouvé aucun autre microbe que le bacille de Koch.

L'étude détaillée des cas observés permet de préciser ces résultats :

Nous n'avons observé aucune infection secondaire dans 12 cas de *tuberculose cavitaire*, avec crachats lourds nummulaires caractéristiques. Dans plusieurs cas, la fièvre avait le type de fièvre hectique. Nous n'avons pas pratiqué d'hémocultures ; la rareté de la septicémie chez les tuberculeux fébriles est une notion bien établie depuis les recherches de Strauss, Vaquez, Lemierre. Mais nous avons vérifié que les cavernes tuberculoses renferment souvent le bacille de Koch à l'état pur (10 fois sur 13 autopsies pratiquées en hiver).

On peut donc conclure que l'évolution de la tuberculose cavitaire se fait avec le seul bacille de Koch. De temps à autre, il peut y avoir des germes associés (anaérobies, Veillon et Repaci ; pneumocoques, Muquet), mais bien loin que la tuberculose soit une porte ouverte à l'infection, on doit souligner la résistance des cavernes tuberculeuses aux infections banales.

Les microbes interviennent-ils dans les autres formes de la tuberculose pulmonaire chronique?

La question se pose pour les hémoptysies : M. P. Weil (*Th. de Paris*, 1912) signale à côté des cas où le bacille de Koch existe à l'état pur dans les crachats de la période hémoptoïque, ceux ou la pullulation de microbes, très divers, semble résulter d'une stagnation du sang dans les bronches, et ceux, enfin, où la prédominance d'un microbe tel que le pneumocoque, le bacille Pfeiffer, amène à se demander si une infection respiratoire aiguë n'a pas joué un rôle provocateur de la poussée tuberculeuse.

Dans d'autres cas, une infection à pneumocoques peut être associée à un épisode tuberculeux, sans qu'on puisse déterminer si ces deux ordres de lésions évoluent chacune pour leur compte ou s'influencent comme il a été dit plus haut.

Mais, il semble que tout l'intérêt de l'étude des infections associées des crachats, soit dans les *formes bronchitiques* de la tuberculese.

Dans 13 cas de forme bronchitique, chez des tuberculeux fibreux à évolution lente, la flore microbienne était abondante et variée, sans prédominance d'un germe. Dans 5 de ces cas, les malades conservaient cette flore polymicrobienne, après raréfaction et même après disparition des bacilles de Koch dans les crachats homogénéisés. Dans certains cas aussi, les malades présentaient deux types de crachats, les uns lourds, nummulaires ne renfermaient que de bacille de Koch ; les autres mucopurulents spumeux, renfermaient des microbes associés.

Il ne faudrait pas croire que le type bronchique avec flore abondante de l'expectoration ne se voit que dans les formes fibreuses : nous l'avons observé dans trois cas de phtisie vulgaire.

Des germes pullulent donc dans les canaux bronchiques qui forment étuve, et communiquent avec le foyer bactérien qu'est le pharynx ; *quelle est leur valeur pathogène?* Elle semble minime, puisque les malades qui hébergent ces microbes, sont le plus souvent apyrétiques, et ont un bon état général, ce sont des individus gênés par la bronchite, l'emphysème, la sclérose pulmonaire, et non des infectés. La même flore, d'ailleurs, se rencontre chez les individus non tuberculeux, non seulement dans les bronchites aiguës, mais dans des catarrhes pituiteux des cardiaques ou des brightiques, dans certains cas d'œdème aigu, dans les crachats d'asthmatiques, etc.

Le peu d'importance de ces germes ne justifie donc pas, sauf exception, l'usage systématique de vaccins préparés avec les microbes qu'on isole ordinairement des crachats.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 JUIN 1923)

Sur un nouveau mode de sécrétion interne : la neurocrinie. — D'après les recherches de MM. P. Masson et L. Berger, certains tissus endocriniens peuvent, même si leur orientation vasculaire est précise, ne pas déverser leurs produits dans le sang ou la lymphe, mais directement dans les nerfs ; ces produits peuvent y circuler au même titre que certaines toxines (toxine tétanique) et agir avec une intensité et une électivité d'autant plus grandes qu'ils sont mis au contact des tissus réceptifs sans dilution préalable. A côté des glandes hemocrines et de leurs hormones il convient donc d'envisager l'existence de glandes neurocrines et de neurhormones.

Mensuration de la pression artérielle par la méthode sanglante. Procédé hémodynamométrique très exact et d'application courante. — M. Louis Desliens.

Modifications pondérales des organes chez le cobaye au cours de l'avitaminose C. — M. J. Lopez-Lomba.

Le pneumoanesthésiographe. — M. F. Franchetti a imaginé cet appareil pour évaluer et enregistrer l'amplitude et la fréquence des mouvements respiratoires pendant l'anesthésie générale.

Recherches de petites quantités d'antimoine et de bismuth dans les liquides biologiques. — MM. Caille et E. Viel.

L'immunité tissulaire dans les ectodermoses neurotropes (neurovaccine). — MM. C. Levaditi et S. Nicolau.

L'acide-éther monométhylorthophosphosalicylique. — M. Emile Gautrelet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rapport sur la réglementation de la profession de sage-femme. — Au nom d'une commission composée de MM. Guéniot, Pinard, Ribemont-Dessaignes, Champetier de Ribes, Doléris, Wallich, Balthazard, Cazeneuve, Strauss, Hergott, M. Bar, rapporteur a communiqué son rapport à l'Académie de médecine, dans la séance du 5 juin.

Ce rapport très complet, très documenté devant être le point de départ d'une discussion importante, nous en donnons ici le résumé :

C'est en 1917 que la question fut, pour la première fois, portée devant l'Académie. A propos d'un rapport de M. Richet sur la dépopulation de la France, rapport dans lequel M. Richet indiquait l'extension de l'avortement criminel comme une des causes de la dépopulation, M. Bar intervint en apportant un certain nombre de propositions visant la réglementation de la profession de sage-femme.

De l'avis de M. Bar il importait de réglementer la profession de sage-femme, de les répartir dans les diverses régions, suivant le nombre des naissances, afin de les mieux utiliser pour la surveillance des enfants protégés, de leur assurer une vie honorable et la sécurité de la vieillesse, de bien déterminer les obligations des tenanciers de maisons d'accouchements, de connaître les mérites des sages-femmes, leurs fautes, et, s'il y a lieu, de les punir disciplinairement.

Ces propositions furent discutées à l'Académie en octobre 1917.

M. Bar fit observer que la profession de sage-femme est mal définie par la loi; elle ne répond pas au but pour lequel elle a été créée; elle place celles qui l'ont embrassée dans une situation de gêne et de misère et cette situation misérable explique la fréquence avec laquelle elles sont sollicitées de provoquer l'avortement.

L'Académie vota à l'unanimité la proposition suivante de M. Bar : « L'Académie estime qu'il y a lieu d'apporter des modifications dans la réglementation de l'exercice de la profession de sage-femme. »

Alors commencèrent les travaux de la commission. Ces travaux qui se poursuivirent jusqu'en 1918 furent interrompus à partir de ce moment, par suite des perturbations résultant de la guerre.

Quand ils reprirent, de grandes modifications étaient survenues dans l'exercice de la profession médicale et surtout de la profession de sage-femme, par suite des lois d'assistance aux femmes enceintes. Tout était à recommencer; il fallait tout modifier.

Après de nombreuses discussions dont quelques-unes, paraît-il, furent fort animées, la commission, par l'organe de M. Bar, soumet à l'Académie un certain nombre de propositions sous ces cinq titres :

1° Nécessité de maintenir la profession de sage-femme;
2° Garanties d'instruction nécessaire pour exercer la profession de sage-femme;
3° Capacité de la sage-femme;
4° Exercice de la profession de sage-femme;
5° Maisons d'accouchements privées.

M. Bar développe chacune de ces propositions et termine par les conclusions suivantes :

« I. *Nécessité de maintenir la profession de sage-femme.* — 1° Il est nécessaire de maintenir la profession de sage-femme :

Parce que les sages-femmes bien réparties doivent permettre de donner partout et toujours une assistance éclairée aux femmes enceintes, accouchant ou en couches;

Parce que les sages-femmes sont des aides indispensables dans les maternités;

Parce que les sages-femmes doivent être des auxiliaires précieuses pour la surveillance des enfants en bas âge et parce que leur maintien rendra possible et efficace l'assistance obligatoire prescrite par la loi de 1893.

2° L'exercice de la profession de sage-femme doit être contrôlé.

II. *Capacité de la sage-femme.* — 1° La sage-femme peut donner des soins d'hygiène à la femme enceinte dont la grossesse est certaine (perception des bruits du cœur fœtal) et normale.

Dans le cas où une complication survient, elle doit donner à la femme enceinte le conseil de se confier à un médecin.

En cas de refus, elle doit se récuser, mais elle peut, sous la direction et la responsabilité du médecin, appliquer le traitement prescrit.

2° La sage-femme peut donner des soins à la femme dont l'accouchement est normal.

Elle doit appeler le médecin dès qu'il se produit un fait anormal soit pendant l'accouchement, soit pendant la délivrance.

Mais en cas d'urgence, elle peut faire les interventions suivantes : la version par manœuvres externes et celle par manœuvres internes, l'extraction de l'enfant par le siège, la rétropulsion du cordon, la délivrance artificielle. Elle peut pratiquer la suture des déchirures limitées à la commissure postérieure de la vulve.

Cette nomenclature pourra être modifiée après avis de l'Académie de médecine.

Il doit être rappelé que les sages-femmes ne doivent pas pratiquer d'exploration interne et, à plus forte raison, d'interventions sans gants de caoutchouc stériles.

3° La sage-femme peut soigner la femme accouchée pendant les suites de couches normales.

Elle est tenue de faire appel au médecin quand une complication survient.

Elle peut, sous la direction et la responsabilité du médecin, appliquer le traitement prescrit.

4° La sage-femme peut conserver le contrôle de l'allaitement maternel, de l'alimentation, de l'hygiène de l'enfant et de tout ce qui a trait à son développement jusqu'à l'âge de deux ans. Mais elle n'a pas qualité pour juger de l'opportunité d'établir l'allaitement mixte ou artificiel; elle peut le surveiller d'après les indications du médecin.

Elle doit, sans nulle exception, réclamer le recours à l'intervention du médecin chaque fois qu'un symptôme morbide apparaît. En cas de refus, elle doit se récuser, mais elle peut, sous la direction du médecin, exécuter le traitement prescrit.

5° Elle peut prescrire les médicaments dont la liste a été arrêtée après avis de l'Académie de médecine et dans les quantités fixées par elle.

6° Elle peut pratiquer la vaccination et les revaccinations jennériennes.

III. *Garanties d'instruction nécessaires pour exercer la profession de sage-femme.* — 1° Pour être admise comme élève sage-femme, la postulante doit avoir, à son entrée dans les écoles et dans les maternités, dix-neuf ans révolus et moins de vingt-cinq ans.

A titre transitoire, pendant cinq ans à partir de la promulgation de la loi, la limite d'âge supérieure pourrait être fixée à trente ans.

2° La postulante aux études de sage-femme doit subir à son entrée à la Faculté, à l'Ecole ou à la maternité, un examen spécial dans les conditions prévues par l'arrêté ministériel du 11 janvier 1917.

Il serait utile qu'un programme fût fait des connaissances spéciales dont la candidate doit justifier dans l'examen d'entrée. L'enseignement pourrait en être fait dans la post-scolarité.

3° Lorsqu'il sera constaté qu'une élève admise dans une école de sage-femme n'aura pas, à la fin du premier trimestre suivant son entrée, fait preuve des qualités physiques, morales ou intellectuelles nécessaires, elle pourra être congédiée.

4° La durée des études est de deux ans. Leur programme doit s'adapter au rôle médical et social de la sage-femme et se limiter aux connaissances qui lui sont nécessaires pour l'exercice de sa profession.

IV. *Exercice de la profession de sage-femme.* — 1° L'exercice de la profession de sage-femme est libre pour les sages-femmes munies du diplôme délivré par l'Etat français, dans les conditions ci-après :

2° L'Administration doit prendre les mesures nécessaires pour que toute femme qui accouche puisse être assistée par un médecin ou une sage-femme.

3° Les sages-femmes peuvent collaborer sous la direction des médecins à la surveillance des enfants inscrits à l'assistance médicale et protégés par les lois.

Dans ce but, la sage-femme devra faire au moins deux

visites par mois du 1er octobre au 1er juin et une visite par semaine du 1er juin au 1er octobre.

Elle devra en référer au médecin chaque fois que l'état de l'enfant ne sera pas normal.

4° Il faut assurer aux sages-femmes chargées d'un service public des conditions d'existence honorables par des allocations communales, départementales ou d'Etat et par l'attribution d'une retraite lorsque l'âge ou l'état de leur santé les empêcheront d'exercer leur profession.

5° Il serait très désirable que les sages-femmes fissent, au moins tous les dix ans, un stage de quinze jours dans une clinique ou une maternité-école de la Faculté dont elles ressortissent.

6° Il y a lieu d'instituer dans chaque département une Commission composée d'administrateurs, de médecins, de sages-femmes et de mères de famille, chargée de surveiller les actes professionnels des sages-femmes qui exercent dans ce département.

7° Pour qu'un contrôle effectif puisse s'exercer, la sage-femme tiendra un registre, officiellement paraphé, sur lequel seront notés tous ses actes professionnels avec le résultat en ce qui concerne la mère et l'enfant.

V. *Maisons d'accouchements privées.* — Les maisons d'accouchements privées sont soumises pour leur ouverture et leur fonctionnement aux règles édictées par l'Administration.

Les sages-femmes qui les dirigent ou qui y exercent leur profession sont soumises à toutes les prescriptions professionnelles qui précèdent. »

(SÉANCE DU 19 JUIN 1923)

Les statuts de la profession de sage-femme. — Avant de donner la parole aux membres qui doivent la prendre au sujet du rapport de M. Bar, M. LE PRÉSIDENT la donne à M. Jeannin qui fait une communication snr le même sujet.

M. JEANNIN a fait une enquête auprès des professeurs d'obstétrique chargés de l'instruction des sages-femmes, enquête qui peut se résumer par les propositions suivantes :

1° Perfectionner la culture générale des sages-femmes ;

2° Leur donner des notions d'anatomie et de physiologie se rapportant à l'obstétrique ;

3° Leur enseigner l'obstétrique, telle qu'on l'enseigne aux étudiants, moins la partie opératoire ;

4° Leur enseigner la puériculture ;

5° Leur enseigner les lois concernant la protection des femmes enceintes, des nourrices et des enfants nouveau-nés ;

6° Les instruire de tous les éléments capables d'en faire de bonnes infirmières ;

7° Leur faire faire, à périodes déterminées, un stage de rééducation dans les maternités.

Ce travail est renvoyé à la Commission.

M. BALTHAZARD rappelle que le point de départ de cette discussion a porté, tout d'abord, sur les moyens les plus propres à diminuer les avortements criminels. De là l'idée de la revision des statuts de la profession de sage-femme tant pour les éloigner de plus en plus de la pratique des avortements que pour augmenter leur instruction obstétricale.

Avec M. Bar, M. Balthazard insiste sur la mauvaise répartition des sages-femmes. Elles ont de plus en plus de tendance à s'installer dans les grandes villes plutôt que dans les petites villes ou les campagnes, y trouvant plus facilement leurs moyens d'existence. Il y a beaucoup trop de pays sans sages-femmes dans lesquels les femmes en couches sont obligées de se confier aux matrones. Il y a là une réforme qui s'impose. Il faut leur venir en aide de façon à ce qu'elles trouvent leur intérêt à aller dans les petites villes et dans les campagnes.

Mais là une première question se pose. Faut-il, comme le proposent beaucoup d'accoucheurs, que l'exercice de la profession de sage-femme reste libre ou, si on les protège, sera-ce au prix de cette liberté? Beaucoup d'accoucheurs pensent qu'il est indispensable de leur venir en aide et de pouvoir les répartir plus utilement. Mais alors, il faudrait leur assurer les moyens de vivre et même une retraite pour leur vieillesse. Si on les laisse libres, elles continueront à affluer dans les villes et à abandonner les campagnes.

Il est arrivé souvent à M. Balthazard d'avoir à interroger des sages-femmes accusées d'avortements criminels. Que répondaient-elles pour leur défense? Elles n'avaient à faire

qu'un accouchement normal par mois, tandis que quatre et cinq fois par jour elles étaient sollicitées pour un avortement, lequel, par parenthèse, était toujours infiniment mieux rétribué que l'accouchement normal. Pour certaines la tentation devenait trop forte.

On se propose de les obliger à tenir un registre de leurs accouchements. Mais ici se présente une autre difficulté. Les sages-femmes, comme les médecins, sont tenues au secret professionnel. Si donc on doit les inspecter on ne peut le faire que par des médecins et non par des administrateurs ou des maires qui ne sont tenus à aucun secret.

C'est, pour M. Balthazard, un errement regrettable que de confier la direction des maternités à des sages-femmes. Toute maternité ne doit être dirigée que par un médecin, et M. Balthazard cite des exemples dans lesquels certaines femmes en couches sont mortes victimes de cette organisation.

Revenant à la question du contrôle des sages-femmes, M. Balthazard insiste sur ce fait qu'il faut trouver le moyen de l'exercer tout en respectant le secret professionnel. Il faut aussi que soient bien réglées les interventions qu'elles peuvent faire et les médicaments qu'elles peuvent prescrire. On sait à combien d'accidents a donné lieu l'abus des antiseptiques.

M. Pinard affirme la nécessité absolue du maintien de la profession de sage-femme. Leur utilité est incontestable, et M. Pinard rappelle les immenses services qu'a rendus Mme Lachapelle à laquelle il rend hommage. Il rappelle avec quelle ardeur elle a combattu, à juste raison, l'accouchement artificiel.

M. Pinard regrette qu'on ait éloigné les sages-femmes de la puériculture. Elles sont toutes désignées, et mieux que personne, pour s'en occuper. Il est vraiment regrettable que tant de pays soient encore dépourvus de sages-femmes. Si l'on veut rendre efficace la loi de 1893 il faut multiplier les sages-femmes, il faut que toute femme en couches puisse être assurée de son secours. Dans chaque pays il faudrait une sage-femme compétente.

D'accord avec ses collègues, M. Pinard estime que l'enseignement des sages-femmes doit être modifié, étendu surtout au point de vue de la puériculture. Il reste bien entendu que toujours, en cas d'accouchement anormal, elle devra appeler un médecin.

Protéinothérapie et polyprotéinothérapie préventives. Immunité locale temporaire antiinfectieuse par injections de protéines banales. — MM. Arloing et Langeron (de Lyon) ont vu que l'injection au cobaye du mélange à parties égales sérum-caséine-peptone faite à la dose d'un centimètre cube pendant trois jours de suite conférait à l'animal la résistance à l'infection pyocyanique dans les mêmes conditions que l'injection d'une de ces matières protéiques isolée. A côté de la protéinothérapie simple, il existe donc une polyprotéinothérapie préventive.

Le fait que la survie des animaux à l'infection est constante si la protéine et le microbe sont injectés tous les deux dans le péritoine, alors que la mort survient si la protéine est administrée sous la peau, et l'infection dans le péritoine, montre qu'il s'agit vraisemblablement d'une immunité locale due à la leucocytose provoquée par l'injection protéique. Ce fait sera élucidé en combinant aux injections protéiques celles de substances chimiotactiques négatives.

Ces résultats apportent une contribution au mécanisme d'action locale des vaccins microbiens et de certains procédés d'antianaphylaxie locale.

Formule leucocytaire des « gazés » à séquelles pulmonaires. Ses modifications au cours du traitement Mont Dorien. — MM. les médecins-majors Delater et Dupont ont constaté que les gaz de combat produisent à longue échéance, chez la plupart des anciens, sinistrés de guerre, des lésions pulmonaires diverses et en même temps un déséquilibre de l'état général.

Les auteurs ont recherché dans quelle mesure était modifiée la formule leucocytaire de cette catégorie de malades, et ils ont trouvé que trois à quatre ans après l'intoxication les gazés à séquelles pulmonaires présentaient une diminution très sensible des polynucléaires neutrophiles. Leur nombre se rapproche beaucoup de celui des lymphocytes, et parfois même leur devient inférieur, inversant ainsi la formule. Les grands mononucléaires font le plus souvent défaut. Lorsqu'ils existent, ils sont toujours au-dessous du chiffre normal. Presque toujours, il existe une éosinophilie très marquée (6 à 12 p. 100).

Le traitement Mont Dorien, auquel sont soumis, avec avantage, beaucoup de ces malades, modifie cette formule leucocytaire suivant deux modes d'action très nettement différenciés.

Dans une première série de cas, le traitement produit en fin de cure une augmentation de la polynucléose primitive précédée ou accompagnée d'une éosinophilie marquée; dans une deuxième série on constate une augmentation de la lymphocytose avec, en cours de traitement, une éosinophilie plus intense.

Le maximum d'action du traitement se produit, dans la très grande majorité des cas, à partir du deuxième septénaire, en concordance avec l'amélioration clinique de l'état pulmonaire.

Tentative de cure chirurgicale de la spondylose rhizomélique. — M. Peugniez lit une très intéressante observation dans laquelle chez un malade atteint de cette affection il a pu réaliser de nouvelles articulations par des ostéotomies.

PRATIQUE MÉDICALE

INSUFFISANCE OVARIENNE ET GOITRE EXOPHTALMIQUE (1)

Par le Dr Y. Maurin,
Ancien interne des hôpitaux.

L'équilibre endocrinien est réalisé par le fonctionnement normal des glandes à sécrétion interne. La dysfonction de l'une d'elles peut retentir électivement sur une ou plusieurs autres. C'est ainsi que l'interdépendance thyro-ovarienne est très marquée et que, dans la maladie de Basedow, on a noté des alternatives d'augmentation et de diminution du goitre en relations évidentes avec le cycle menstruel, de même que l'aggravation des symptômes au moment de la ménopause. On peut donc admettre que la synergie des sécrétions thyro-ovariennes est détruite dans la maladie de Basedow, comme elle l'est à la ménopause, et que, de cette rupture et de cette dysharmonie, résultent les troubles observés. Dans les deux cas, l'opothérapie ovarienne trouve son indication, depuis surtout que celle-ci peut-être administrée sous forme d'extraits différenciés (l'agomensine et la sistomensine), dont l'action est beaucoup plus sûre. On sait que, pour l'ovaire, ces deux extraits à action antagoniste sont, l'un de nature protéidique (l'agomensine activante), l'autre, de nature lipoïdique (la sistomensine, frénatrice et régulatrice). Un beau succès a été obtenu par l'auteur avec le premier de ces extraits dans un cas de goitre exophtalmique, chez une jeune fille, au moment de sa formation pubertaire.

Réglée normalement à quatorze ans, vers la même époque apparut un goitre qui s'est progressivement basedowifié, en même temps que les règles diminuaient pour cesser bientôt complètement. Ni atrophie utérine, ni lésion utéro-annexielle, ni malformation congénitele.

Echec de la médication par la poudre d'ovaire, l'hypophyse et l'hémato-éthyroïdine. Puis, traitement par l'agomensine. Les règles revinrent alors à peu près normales, résultat qui se maintint ensuite. Le goitre, très diminué, se stabilisa à un volume moyen avec des signes de basedowisme très atténués.

L'intérêt du cas réside, d'une part, dans la concomitance de l'établissement progressif de la maladie de Basedow avec la diminution du flux menstruel; d'autre part, dans le résultat favorable, obtenu par l'opothérapie ovarienne protéidique pratiquée à l'aide de l'agomensine, qui a donné des résultats très supérieurs à ceux de l'opothérapie ovarienne totale, et même de l'opothérapie ovaro-hypophysaire et hémo-éthyroïdienne, lesquelles s'étaient montrées tout à fait inefficaces.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, avril 1923, n° 14.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 51. — MARDI 26 & JEUDI 28 JUIN 1923. 96e ANNÉE. MARDI 26 & JEUDI 28 JUIN 1923. — N° 51.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 21 juin. — MM. Charrier, 26; Maurer, 25; Bloch (Jacques), 27.

Séance du 22 juin. — MM. Gatellier, Lorin et Bloch (René), 23.

Séance du 23 juin. — MM. Gouverneur, 27; Fey, 24; Quénu, 26.

— Concours du prosectorat. — *Lecture des copies de la pathologie chirurgicale.* — Séance du 21 juin. — MM. Braine, 26; Tourneix, 23; Reinhold, 25.

Séance du 23 juin. — Epreuve d'admissibilité de médecine opératoire :

Question donnée : « Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule. Désarticulation de l'épaule. »

MM. Tourneix, 25; Wilmoth, 29; Huc, Braine et Reinhold, 26; Oberlin, 15; Michon, 28.

Sont admis à prendre part aux épreuves définitives : MM. Braine, Michon, Reinhold et Wilmoth.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Ichon est nommé médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

CARTE D'IDENTITÉ POUR LES OFFICIERS DES RÉSERVES. — Le ministre de la Guerre prépare actuellement un règlement, en vue de l'établissement d'une carte d'identité spéciale pour les officiers de réserve.

ASSOCIATION MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS (amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, direction du professeur Sebileau). — Cours de technique opératoire oculaire. — M. le docteur Morax et M. le docteur Magitot, avec la collaboration du docteur Mérigot de Treigny feront, à partir du 18 juillet 1923 et jusqu'au samedi 28 juillet, un cours de dix séances de démonstrations avec exercices pratiques sur le cadavre et sur des yeux d'animaux.

La première séance aura lieu le 18 juillet, à 2 heures. Le nombre des élèves étant limité, on est prié de s'inscrire à l'économat de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Droit d'inscription : 200 francs.

COURS DE PÉDIATRIE PRATIQUE. — Les docteurs Armand-Delille, médecin de l'hospice Debrousse, Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau, Hallé, médecin de l'hôpital Necker, Veau, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés, Mouchet, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, feront, du 30 juin au 6 juillet, une série de douze leçons sur les Affections de la peau du nourrisson, sur la Syphilis héréditaire et sur les Malformations congénitales et les Maladies des os communes des enfants.

Ces conférences, exclusivement pratiques, ne concernent que la Clinique thérapeutique. Elles comportent des démonstrations sur le malade et sur les pièces de musée.

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant par M. le docteur Hallé à l'hôpital Necker.

MALADIES DES YEUX. — Le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs Joltrois et Fombeure, fera le mardi 3 juillet 1923, les jeudis, samedis et mardis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de dix conférences d'Ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.

Présentation de malades, projections.

Prix : 30 francs. — S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Clinique d'oto-rhino-laryngologie du professeur Moure. — Ce cours, d'une durée de quinze jours, aura lieu du 23 juillet au 4 août 1923. Il s'adresse aux praticiens spécialistes et a pour but de les mettre au courant des nouvelles méthodes opératoires et thérapeutiques.

Le cours sera fait par le professeur Moure et le docteur Portmann avec la collaboration des professeurs Lagrange (ophtalmologie), Verger (médecine légale), Petges (dermatologie et syphiligraphie), et des professeurs agrégés Mauriac

(médecine), Dupérié (maladies des enfants) et Réchou (électrothérapie). Il comprendra des séances opératoires, des examens de malades, de la médecine opératoire, des conférences sur les sujets d'actualité, des examens de laboratoire.

Droit d'inscription : 150 francs. — Le nombre de places étant limité, on est prié de s'inscrire aussi rapidement que possible au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CLINIQUE MÉDICALE. DÉCISION ADMINISTRATIVE. EXCÈS DE POUVOIR. ANNULATION.

En 1909, le docteur L... vint à Madagascar dans la région de Fianarantsoa (Betsiléo), où il s'établit médecin libre. Il fit enregistrer son diplôme et paya patente.

Il reprit une léproserie appartenant à la Mission catholique, autorisée et contrôlée par le médecin de l'Assistance et l'administrateur du district. Dans la ville de Fianarantsoa, le docteur L... ouvrit un dispensaire ; comme celui-ci se développa très vite, il le compléta par l'ouverture d'une clinique à l'usage de ses malades. A cet effet, il acheta une maison et l'installa, fort de plusieurs décrets antérieurs du Conseil d'Etat, édictés en France et donnant toute liberté au médecin d'ouvrir un établissement de ce genre sans aucune espèce d'autorisation de l'autorité. L'ouverture a eu lieu en 1912.

La clinique commençait à peine à fonctionner que le docteur vit paraître chez lui le commissaire de police de l'endroit qui lui demanda de quel droit il avait ouvert une clinique sans en avoir averti l'administrateur. L'exercice de la profession de médecin, répondit le docteur, comporte toute liberté pour l'ouverture d'une clinique. Mais le commissaire de police de dire : « Aux colonies, non! » On intima au docteur l'ordre de fermer ; on le menaça de mettre ses malades dehors par la force.

Il dut céder sur l'injonction de la Mission catholique qui ne voulait pas envenimer les choses. Mais le docteur L... revint en France et dès son arrivée il forma, par deux requêtes, un recours au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir.

La première requête tendait à faire annuler une décision en date du 8 février 1913 par laquelle le Gouverneur général de Madagascar subordonnait l'ouverture de la clinique fondée par le docteur à l'observation de la procédure d'autorisation prévue par l'arrêté du 8 décembre 1909.

La deuxième requête tendait à faire annuler une décision en date du 21 mars 1913 par laquelle le Gouverneur général de Madagascar avait prescrit la fermeture, jusqu'à délivrance d'un arrêté d'autorisation, de la clinique fondée par le requérant.

Le 15 décembre 1922, le Conseil d'Etat rendit l'arrêt suivant :

« Considérant que les deux requêtes susvisées sont fondées sur les mêmes moyens et présentant à juger la même question ; que dès lors il y a lieu de les joindre pour y être statué par une seule décision.

Considérant que s'il appartenait au Gouverneur général de Madagascar, en vertu du décret du 4 février 1904 et des pouvoirs de police à lui conférés, de prescrire, dans l'intérêt de la santé publique, les précautions convenables à l'effet de prévenir les dangers de contagion que l'établissement fondé par le requérant pourrait présenter, il n'a pu, sans porter atteinte au droit de propriété de ce dernier, subordonner l'ouverture dudit établissement à des conditions d'autorisation et de contrôle ; qu'ainsi, il y a lieu d'annuler la décision susvisée du Gouverneur général de Madagascar en date du 8 février 1913 et qu'il en doit être de même, par voie de conséquence, de la décision du 21 mars 1913 qui a prescrit, en exécution de la précédente, la fermeture de la clinique ouverte par le requérant dans une maison lui appartenant.

Décide :

Les décisions susvisées du Gouverneur général de Madagascar, en date du 8 février et du 21 mars 1923, sont annulées. »

Cet arrêt a une importance particulière qui n'échappera pas à l'attention des lecteurs. Il s'agissait en l'espèce d'une clinique privée ; or, comme le dit l'arrêt rapporté ci-dessus, c'est porter atteinte au droit de propriété que de subordonner l'ouverture d'une clinique de cette nature à des conditions d'autorisation et de contrôle ; le Conseil d'Etat a appliqué, à juste raison, des principes d'ordre général qui s'appliquent d'ailleurs à la métropole.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

GROUPE MÉDICAL-PARLEMENTAIRE

On nous communique le procès-verbal suivant :

« Le Groupe médical s'est réuni le 17 mai, à 17 h. 15, à la Chambre, sous la présidence de M. le Dr Chauveau, sénateur.

Assistaient à cette séance, MM. Quivy, président et Lafontaine, secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux.

La parole est d'abord donnée à M. le Dr Lafontaine. Celui-ci expose avec précision les demandes faites, dès 1920, renouvelées en 1921 et 1922, pour empêcher les abus et réclamer un contrôle sérieux sur les soins à donner aux mutilés en vertu de l'article 34 de la loi des pensions.

En février 1921, le Syndicat médical de Marseille qui avait déjà prévenu l'administration, faisait placarder une affiche (dont M. Lafontaine montre un exemplaire) pour prévenir la population des abus qui se commettaient.

Dès le début, les syndicats médicaux ont insisté pour avoir un contrôle.

Le contrôle administratif étant reconnu insuffisant et inefficace, les syndicats médicaux ont avisé l'administration.

Depuis que le système de contrôle tripartiste (administration, médecin et mutilé) fonctionne, les abus ont été découverts et poursuivis.

Le Dr Lafontaine exprime cependant la crainte que le rôle du secrétaire des commissions (le médecin) ne soit entravé par le Président de ces commissions (le préfet) et que le contrôle médical ne puisse jouer en toute liberté.

Il croit que l'article 64 de la loi doit être maintenu et que le contrôle sévèrement exercé par les commissions tripartistes empêchera les abus signalés.

Après le départ de MM. Quivy et Lafontaine, le Dr Gilbert Laurent expose en quelques mots le sens général et l'esprit de l'interpellation qu'il a déposée. Désolidarissr le corps médical des fautes de quelques indignes. Exiger des sanctions sévères contre les coupables. Montrer les faiblesses et les complaisances de l'administration et de la Justice, qui n'ont pas su ou pas voulu sévir au début et ont ainsi permis aux abus scandaleux signalés par les médecins de continuer et de s'aggraver jusqu'au scandale.

Une discussion s'engage ensuite, y prennent part MM. Pinard, Dezarnaulds, Legros, Hermabessière, Gadaud, Constant, députés ; MM. Chauveau, Goy, Merlin, etc., sénateurs.

A la suite de cette discussion, le Groupe décide de « féliciter le Dr Gilbert Laurent de ne pas avoir laissé à d'autres « le soin de stigmatiser les forbans de la profession et lui « donne mandat de réclamer le maintien, entre les mains du « Corps médical organisé, du contrôle administratif des soins « à donner aux mutilés et blessés de guerre par la loi des « pensions. »

La séance est levée à 19 heures.

Le Secrétaire,
Dr GILBERT LAURENT,
Député.

Le Président,
Dr CHAUVEAU
Sénateur. »

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE LÉGALE = HYGIÈNE = THÉRAPEUTIQUE

Par MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT et Fr. BOURGEOIS.

I. — MÉDECINE LÉGALE

Accidents causés par les courants électriques. — REUTER (*Deut. Zeit. f. ges. ger. Med*, 1922, n° 6) relate une observation de mort par électrocution chez une femme qui avait touché avec sa tête un courant de 5.000 volts. Le courant électrique avait déterminé une perte de substance au niveau de la boîte cranienne; mais, fait plus curieux, on retrouva à côté du cadavre des perles osseuses de phosphate de chaux provenant de la fusion de l'os avec vaporisation du liquide contenu dans l'os frais.

Le professeur BALTHAZARD (*Ann de méd. légale*, 1923, p. 72) rapporte une nouvelle observation d'électrocution par un courant alternatif de 110 volts servant à l'éclairage domestique. Comme dans les cas précédemment publiés par le même auteur, la mort est due à une diminution de la résistance électrique du corps du fait de la manipulation de fils nus avec des mains humides. Cette nouvelle observation montre tout l'intérêt que présente cette question au point de vue pratique.

Mort subite chez les enfants et hérédo-syphilis. (Etienne MARTIN. *Ann. de méd. légale*, 1923, n° 2.) — L'auteur insiste, après les syphiligraphes, sur la fréquence de la mort subite chez les hérédo-syphilitiques. Ce fait clinique intéressant a, en effet, une importance capitale au point de vue médico-légal. Le médecin expert doit donc, tant dans son examen des commémoratifs que lors de l'autopsie, tout mettre en œuvre pour rechercher si la syphilis n'est pas en cause : recherche des spirochètes dans les organes hypertrophiés, examens histologiques des mêmes glandes, etc. Si ces examens sont positifs, on aura la preuve certaine d'une prédisposition à la mort subite dont il faudra, de plus, rechercher la cause déterminante. Au point de vue social, cette prédisposition à la mort subite doit être une raison de plus pour obliger les malades à se soigner activement en cas de mariage ou de grossesse.

Mort dans les combats de boxe. (FRAENCKEL. *Deut. Zeit. f. ges. ger. Med.*, 1922, n° 8.) — L'auteur a eu l'occasion d'observer trois cas de mort subite au cours de combats de boxe qui étaient dus : l'un à une fracture du crâne, l'autre à une hémorragie méningée; le troisième, à de l'inhibition chez un individu ayant un thymus très développé. L'auteur a relevé dans la littérature, depuis 1758, 124 cas de mort subite au cours de combats de boxe. Malheureusement les causes de la mort n'étaient pas mentionnées. Il serait intéressant de relever soigneusement à notre époque les causes des morts subites, heureusement rares, qui surviennent chez les boxeurs.

Maladies professionnelles.

Rhinites professionnelles. (DELSTANCHE. *Soc. belge d'oto-rhino-laryng.*, 1922.) — Il est intéressant, en raison des lois sur les maladies professionnelles, de bien connaître les professions qui exposent les ouvriers à contracter les lésions du nez. Voici, d'après l'auteur, les professions qui sont le plus exposées :

Les parfumeurs poudreurs, les meuniers, boulangers, cimentiers, tapissiers, qui sont exposés aux poussières; les pharmaciens, droguistes, chimistes exposés aux poussières toxiques ou corrosives ou encore anaphylactisantes (ipéca, rhubarbe); les limeurs, tourneurs, les décapeurs exposés aux poussières métalliques et aux vapeurs d'acides; les désinfecteurs et préparateurs de pièces anatomiques exposés aux vapeurs de formol.

Chez tous ces ouvriers, on n'observe en général qu'un violent coryza. Dans les formes plus graves, surtout fréquentes chez les meuniers, cimentiers, on peut observer une forme ulcéreuse avec possibilité de perforation de la cloison nasale.

La forme nécrotique est presque historique; elle s'observait chez les doreurs au mercure et chez les allumettiers. Il existe une forme spasmodique, anaphylactique, provoquée par les poussières ou poils émanant de certains animaux (cheval, mouton, chien); une forme de rhinite hypertrophique chez les ouvriers en vins; on a encore signalé une rhinite spéciale aux bouchers et qui serait due au grattage de la muqueuse avec des doigts imprégnés de suc de viande, particulièrement irritant.

Anaphylaxie professionnelle aux graines de ricin. (H. S. BRENTON. *Amer. Journ. of the med. sciences*, 1923, n° 2.) — Un chimiste, qui était appelé par sa profession à manipuler des graines de ricin, était atteint chaque fois de picotement des yeux et de coryza. Ayant quitté son métier pour aller à l'armée, les accidents cessèrent aussitôt pour reprendre avec une plus grande intensité dès son retour. On vérifia le diagnostic par la cuti-réaction qui fut particulièrement sensible puisque le malade réagissait avec une dilution de 1/250.000 de protéine de ricin. Devant la fréquence de ces accidents, le malade changea de profession et ne fut plus jamais atteint d'accidents analogues. Il eût été intéressant, dans un cas de cette espèce, de tenter une désensibilisation.

Benzénisme professionnel.

Les petits signes du benzénisme professionnel. (CHAMBOVET. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 nov. 1922.) — Le benzène est de plus en plus employé dans l'industrie et les accidents causés par les vapeurs sont, de ce fait, assez fréquents; on conçoit tout l'intérêt qu'il y a à dépister les accidents causés par ce produit, afin de leur opposer aussitôt une thérapeutique efficace et de prendre des mesures de prophylaxie appropriées. L'auteur signale, parmi les petits signes importants à connaître à ce point de vue, les altérations sanguines consistant en anémie, lassitude, les hémorragies purpuriques, gingivales, utérines. Les troubles sensitifs sont également fréquents et importants pour le diagnostic précoce; ils consistent en crampes, fourmillements avec sensation de froid et de pesanteur; enfin, il existe des troubles gastro-intestinaux : douleurs épigastriques, éructations à odeur de benzène.

II. — HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le cancer et les maisons. (M. BESSON. *Ann. d'hyg. publ., industr. et sociale*, 1923, n° 1.) — Au moment où l'on se préoccupe à juste titre de la question du cancer et de sa contagion possible, il est intéressant de signaler quelle a été, dans ces dernières années, la mortalité par cancer dans la Ville de Paris. Depuis le mois d'août 1906, il a été créé pour chaque maison un casier sanitaire. On a enregistré, depuis cette époque jusqu'au 31 décembre 1914, 24.957 décès par cancer. Les décès ont été uniques dans 14.784 maisons; il y en a eu 2 dans 3.175; 3 dans 708 maisons; 4 dans 18; 5 dans 48; 6 dans 13; 7 dans 2 maisons, 8 et 9 dans une seule.

L'auteur comparant ces chiffres réels avec ceux que l'on obtient mathématiquement avec les calculs de probabilité, indique que les chiffres réels sont plusieurs fois supérieurs à ceux que l'on devrait trouver s'il n'intervenait que le simple hasard, et il signale que ce fait coïncide avec l'opinion répandue dans le public qu'il existe des maisons à cancers.

Le commerce des œufs et la santé publique. (M. Bordas. *Revue d'hyg. et de police sanitaire*, juillet 1922.) — Le médecin prescrit journellement des œufs dans l'alimentation de ses malades; il a donc besoin plus que tout autre de connaître très exactement la provenance et le mode de préparation des œufs dits d'importation que l'on trouve de plus en plus dans le commerce. Ce n'est qu'en raison du déficit causé depuis la guerre par la défaillance des exportations de la Russie que la France est dans l'obligation de consommer des œufs d'importation. Le Maroc pourrait lui fournir la plus grande part des œufs qui manquent à la métropole; malheureusement, ils sont presque tous achetés par l'Angleterre.

Les œufs d'importation susceptibles d'être consommés par nos malades peuvent être naturels ou préparés. Les œufs naturels se conservent mal et l'on trouve parmi eux 1 œuf moisi sur 50 et 1 œuf pourri sur 100.

Les œufs dits préparés sont, soit congelés, réfrigérés, conservés dans une atmosphère à 0 ou + 1. Ils peuvent encore être conservés en poudre ou en granules, mais ils ne peuvent plus être utilisés alors qu'en pâtisserie. Ils se conservent très bien sous cette forme.

On prépare encore des œufs liquides conservés en dehors de leur coquille et additionnés de borate de soude ou de chlorure de sodium; mais ils sont alors impropres à la consommation et ne sont utilisés que par les mégissiers. Mais s'ils ne sont pas additionnés d'un corps conservateur et seulement vendus congelés, ils peuvent être livrés à la consommation. Cette préparation des œufs congelés se fait surtout en Chine dans des usines anglaises ou américaines. Malgré la disette d'œufs que nous avons subie, ce mode de conservation des œufs ne paraît pas avoir été utilisé en France.

Piqûres de poissons venimeux. (Serre. *Toulouse méd.*, 1er sept. 1922.) — Certains poissons possèdent des glandes à venin annexées aux épines, annexées près de la bouche ou au niveau de l'opercule. Les individus qui sont piqués par ces épines peuvent présenter des névrites graves tenaces qui sont dues à l'action du venin. L'auteur rapporte l'observation d'un soldat qui fut piqué dans le premier espace interdigito-palmaire par une vive. Il fut pris de douleurs violentes et d'œdème du membre qui persistait encore deux mois après l'accident. Il y avait en outre des troubles moteurs des doigts et une diminution marquée de la sensibilité.

En l'absence de toute amélioration on dut réformer ce malade.

Désinsectisation des locaux d'appartement. Destruction des parasites (puces, punaises, etc.) (Métais. *Th. de Nancy*, 1923.) — La désinsectisation peut être obtenue avec les produits suivants : L'acide sulfureux, utilisable dans les locaux industriels ou militaires mais non dans les appartements car il altère les papiers, les tentures et les objets métalliques. Le formol détruit imparfaitement les insectes; la chloropicrine s'emploie à la dose de 4 à 10 grammes par mètre cube : c'est un produit très actif, non inflammable, n'altérant pas les meubles qui agit à la façon des gaz asphyxiants; il provoque du reste, chez l'homme de la suffocation, des larmes et de la toux, et nécessite, pour son emploi, l'usage d'un masque à gaz asphyxiants.

Variole.

A propos de trois cas de variole. (Mlle Condat. *Toulouse méd.*, 15 janv. 1923.) — La vaccination est encore efficace, même si elle est pratiquée au début de l'incubation de la variole. L'incubation vaccinale est, en effet plus courte que l'incubation variolique et, même si cette vaccination n'empêche pas l'apparition de la maladie, elle en atténue toujours les effets et en améliore le pronostic. Donc, revacciner immédiatement les enfants que l'on croit être sous l'empire d'une incubation varioleuse.

Scarlatine.

L'isolement des scarlatineux (G. Serre et Roques. *Toulouse méd.*, 1er janv. 1923.) — Les auteurs se demandent si l'isolement de quarante jours imposé aux scarlatineux depuis plus de cent ans est véritablement légitime. La scarlatine est, en effet contagieuse, semble-t-il, par les mucosités bucco-pharyngées beaucoup plus que par les squames. Le virus de la scarlatine disparaît très vite si le nez et la gorge sont guéris rapidement; il persiste au contraire très longtemps, si l'inflammation nasale ou pharyngée ne guérit pas. C'est ainsi qu'on a pu observer des cas de contagion après trois mois à dater de l'éruption. En présence de ces cas de contagion très tardifs, il est prudent, concluent les auteurs de conserver la quarantaine consacrée par l'usage, et il faut traiter très soigneusement les inflammations nasales ou pharyngées même après le délai légal, la contagion étant encore possible.

Coqueluche.

Contagion et prophylaxie de la coqueluche (A. Dufourt. *L'Hôpital*, 1923, n° 89.) — A. Dufourt, fixe ainsi qu'il suit, les règles de prophylaxie de la coqueluche : A l'hôpital : isoler dans des boxes les enfants tousseurs pendant les deux premières semaines et vérification des mucosités bronchiques. Après les deux premières semaines de quintes, l'isolement n'est plus nécessaire, sauf complications telles que la bronchopneumonie. — A l'école : d'après la loi française, on ne doit renvoyer l'enfant qu'après cinquante jours à dater de la dernière quinte, ce chiffre paraît exagéré à A. Dufourt qui considère que le chiffre de trente jours adopté par la loi danoise est suffisant. — Dans la famille : il est difficile de protéger les autres enfants lorsqu'un des membres est atteint, la contagion se faisant le plus souvent avant la première quinte. — Dans les crèches : on ne devrait jamais admettre dit l'auteur, les enfants qui toussent, en raison de la gravité de la coqueluche chez le nourrisson.

Vaccination préventive contre la coqueluche. (L. Auricchio. *Il Policlinico*, 1923, n° 1.) — En raison de la gravité et de la durée de la coqueluche chez certains enfants et aussi en l'absence de tout traitement curatif, il serait intéressant de pouvoir vacciner préventivement les enfants exposés à la contagion de la coqueluche.

A New-York, où des premiers essais furent faits, sur 224 enfants vaccinés et exposés à la contagion, 20 seulement furent atteints, tandis que sur 130 non vaccinés, 60 en furent atteints. L'auteur estime que le pouvoir agglutinant du sérum se manifeste vers le sixième ou huitième jour qui suit la vaccination. Celle-ci n'est réellement efficace que si l'on injecte des doses considérables de bacilles, mais, par contre, elle confère une immunité non douteuse.

Coqueluche et injections d'éther. — Comme pour bien des méthodes thérapeutiques, le traitement de la coqueluche par les injections d'éther, après avoir eu une vogue assez marquée commence à être délaissé par les praticiens pour des raisons multiples :

Radulesco (*Presse méd.*, 31 mars 1923) a traité dix enfants par cette méthode; les résultats qu'il a obtenus n'ont rien eu d'encourageant, quatre seulement ont semblé légèrement améliorés, les autres n'ont pas été influencés par ce traitement. L'auteur signale qu'à la suite des injections, il reste un léger endolorissement de la fesse qui dure, en moyenne un mois. On a signalé également des accidents à la suite des injections d'éther dans la coqueluche et il a été observé un phlegmon de la fesse, l'éther ayant provoqué un véritable abcès de fixation. Indépendamment de cet insuccès toujours regrettable, l'apparition de cet abcès inattendu a provoqué des protestations de la part de la famille qui parlait même de poursuivre le médecin, bien innocent.

III. — THÉRAPEUTIQUE

A. — LES MÉDICAMENTS ET LES MÉDICATIONS

Un nouvel hypnotique.

La butyléthylmalonylurée ou acide butyléthylbarbiturique ou sonéryl. (Simonpiétri. *Th. de Paris*, 1923.) — Ce

nouvel hypnotique a été découvert par le professeur Tiffeneau, en 1921. C'est une poudre blanche, soluble, sans incompatibilité avec les autres hypnotiques, et qui peut être absorbée, soit en cachets ou comprimés, soit en solutions ou potions. La dose hypnotique est de 10 centigrammes que l'on donnera, par exemple, en potion, dans 30 centimètres cubes d'eau, chaque cuillerée comprenant 5 centigrammes de sonéryl. On peut également injecter ce produit, soit sous-cutané, soit rectal, soit intraveineux.

La toxicité est pratiquement nulle aux doses thérapeutiques. Pas de contre-indications. Agit dans presque toutes les formes de l'insomnie : Insomnie des nerveux, des délirants, des douloureux, des maladies infectieuses, des tuberculeux et aussi des cardiaques. Chez ces derniers malades, le sonéryl n'a aucune action néfaste sur le cœur. Signalons enfin l'action de ce médicament dans l'épilepsie.

Digibaïne et Ouabaïne.

Contribution à l'étude de l'association digitaline-ouabaïne en thérapeutique cardiaque. (A. Cousti. *Th. de Paris*, mars 1923.) — L'auteur complète et développe l'étude de cette association médicamenteuse (digibaïne) sur laquelle MM. Laubry, D. Routier et R. Giroux ont appelé l'attention à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Le travail débute par un exposé des notions pharmacologiques les plus récentes concernant la digitaline, puis l'ouabaïne. Il met en lumière l'action essentielle de chacun de ces tonicardiaques ; la digitaline agissant plutôt sur le rythme alors que l'ouabaïne exerce une action dominante sur la tonicité. L'auteur montre, en partant de ces données, comment on a été amené, par la suite, à l'idée d'associer les deux médications. On a commencé d'abord à sensibiliser le myocarde à la digitaline par un court traitement à l'ouabaïne, mais on recommandait soigneusement de ne jamais donner l'ouabaïne après la digitaline et surtout en même temps. Laubry et ses élèves, en s'écartant légèrement de ces prescriptions, obtinrent des résultats encourageants et leurs recherches poussées plus avant, aboutirent à la mise au point d'une association intime des deux médicaments (digibaïne) unissant à une parfaite tolérance une très grande activité.

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations typiques qui mettent en lumière l'action de la digibaïne là où tous les autres tonicardiaques avaient échoué.

Il conclut en montrant que cette active médication tonicardiaque peut être généralisée et il insiste sur deux indications dès à présent très précises :

1° Cures tonicardiaques prolongées d'entretien (x à xv gouttes par jour).

2° Cures tonicardiaques intensives (xxx gouttes par jour).

Posologie de l'ouabaïne administrée par voie buccale. Le bruit de galop. Valeur séméiologique, diagnostic, traitement. (R. Giroux. *Th. de Paris*, janv. 1923.) — L'auteur, dans la partie thérapeutique de sa thèse, a apporté des modifications importantes à la posologie de l'ouabaïne par voie buccale. Pour lui, les doses indiquées par Dimitracoff (*Th. de Paris*, 1923) sont trop faibles. Pour avoir des résultats constants, l'auteur a utilisé des doses moyennes comprises entre 2 et 3 milligrammes par jour et il a même administré avec avantage 4 milligrammes par jour dans les cas graves. Il n'a jamais observé de phénomènes d'intolérance. Pour s'adapter à cette posologie, les solutions à 1 pour 1.000 sont d'un titre trop faible, de même les comprimés au 1/10 de milligramme et préconise l'emploi d'une *solution à deux pour mille* et telle que xxv gouttes = 1 milligramme ouabaïne. Il établit la posologie de la façon suivante :

1° Doses faibles : Insuffisance cardiaque au début, xxv gouttes par jour, pendant dix jours.

2° Doses moyennes : Insuffisance cardiaque confirmée, L à LXXV gouttes par jour, en deux ou trois fois, pendant cinq à six jours.

3° Doses massives : Insuffisance cardiaque grave, C gouttes par jour en quatre ou cinq fois, pendant trois à quatre jours.

Spartéine.

Le sulfate de spartéine en clinique. (M. Perrin. *Soc. de méd. de Nancy*, 28 juin 1922.) — Les propriétés thérapeutiques de la spartéine ont été discutées à plusieurs reprises et certains auteurs ont même nié son efficacité. L'auteur, contrairement à cette opinion, rapporte de nombreuses observations dans lesquelles le sulfate de spartéine a eu une action favorable non douteuse, chez des malades fébricitants.

L'auteur rappelle également les propriétés toutes particulières du sulfate de spartéine contre le venin des vipères, dont il entrave l'action toxique.

Mais, ainsi que le fait remarquer M. Perrin, tous les échantillons de spartéine sont loin d'avoir la même efficacité et ceci peut expliquer les divergences d'opinion des différents auteurs.

Chlorhydrate d'Yohimbine.

Etude expérimentale sur le chlorhydrate d'Yohimbine. (S. Bonnamour et G. Stibio. *Le Médecin français*, 1922, n° 15.) — Il résulte des expériences entreprises par les auteurs sur des animaux de laboratoire et aussi sur des individus de bonne volonté que le chlorhydrate d'Yohimbine est loin de posséder les propriétés aphrodisiaques que la renommée lui a attribuées. Par contre, cet alcaloïde agit sur le cœur et sur la pression sanguine, action qui se manifeste par de la dyspnée, du ralentissement du pouls, de l'hyperexcitabilité nerveuse et une baisse de la pression artérielle. A doses fortes, chez l'animal, cet état peut s'aggraver jusqu'à déterminer des accidents mortels.

Les auteurs concluent donc de leur étude que le chlorhydrate d'yohimbine est un médicament dangereux, qu'on ne doit manier qu'avec une très grande prudence et que bien des décès suspects, survenus chez des gens âgés, sont peut être dus à l'emploi et à l'abus de certaines spécialités destinées à leur donner un regain factice de jeunesse.

Le maté.

Indications et posologie de l'infusion de maté. (H. Leclerc. *L'Hôpital*, 2923, n° 86.) — L'auteur considère que le maté est tombé dans un injuste discrédit qu'il attribue aux exagérations qui lui ont attribuées, tantôt toutes les vertus, tantôt tous les défauts. Si l'on envisage l'action de ce médicament en toute impartialité, on doit reconnaître qu'il est un excellent tonique neuro-musculaire qui stimule l'organisme sans entraîner ni hyperesthésie, ni insomnie, comme le font le thé et le café. C'est un médicament précieux dans les cas d'asthénie, chez les surmenés intellectuels, chaque fois qu'on veut obtenir des effets « équilibrants ». Le maté agit, de plus, sur l'appareil musculaire strié et lisse et, à ce titre, agit sur la musculature de l'estomac et de l'intestin dont il augmente les contractions péristaltiques. Il rend, pour toutes ces raisons, de grands services aux migraineux, aux constipés, aux dyspeptiques.

Mode de préparation et d'emploi : Un point très important qui découle de ses propriétés physiologiques, c'est de ne donner le maté que lorsque l'estomac est vide, sinon, le péristaltisme qu'il provoque entrave la digestion et peut même provoquer des vomissements. L'infusion doit toujours être prise pure, sans sucre ni lait, ni citron. Sa préparation est importante et l'auteur donne dans son article la technique, telle qu'elle est appliquée chez les Gauchos. Sans entrer dans le détail de cette technique, signalons que, après infusion de dix à quinze minutes du maté en poudre, il faut prendre une tasse trois fois par jour, une demi-heure avant les repas, en aspirant le liquide avec un chalumeau.

Cf. — Plantes médicinales des colonies françaises. Le maté. (H. Leclerc. *Presse méd.*, 4 oct. 1922.)

B. — LES TRAITEMENTS

Chorée de Sydenham.

Traitement par les injections intrarachidiennes de solutions isotoniques de sulfate de magnésie. (Danet. *Th. de Paris*, déc. 1922.) — Rien n'est quelquefois plus décevant que le traitement de la chorée. Bien que la méthode proposée par l'auteur sorte un peu des moyens utilisables dans la pratique courante, elle mérite d'être signalés en raison des résultats qu'elle peut donner dans certains cas rebelles.

L'injection intrarachidienne doit être faite avec une solu-

tion isotonique de sulfate de magnésie. Les injections avec des solutions concentrées ont donné lieu à des accidents. Très rapidement après l'injection, on observe une diminution de l'intensité de la chorée et, en général, l'affection est jugulée en quelques jours, après deux à trois injections pratiquées à sept jours d'intervalle.

Le seul inconvénient de cette méthode, c'est la difficulté de la préparation de la solution isotonique. Il faut, en effet, après avoir laissé le malade au lit et au lait, pratiquer une ponction lombaire, retirer 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et en rechercher le point cryoscopique. Ce calcul étant fait, on établira le taux qui doit être donné à la solution de sulfate de magnésie en tenant compte du point cryoscopique de cette solution. On stérilise ensuite la solution obtenue suivant ces données et on injecte, chez l'enfant, 5 centimètres cubes au-dessous de dix ans et 10 centimètres cubes au-dessus de dix ans, après avoir enlevé un volume égal de liquide céphalo-rachidien. Prendre naturellement les précautions en usage pour toutes les interventions de ce genre. Pratiquer les injections à sept jours d'intervalle, jusqu'à disparition des mouvements.

Traitement de la chorée par le beurre arsenical. (E. Weill. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 fév, 1923.) — L'auteur estime que l'arsenic, médicament de choix pour le traitement de la chorée, doit être employé à doses suffisamment élevées pour être efficace. La liqueur de Boudin, couramment employée dans ce but, donne assez souvent des accidents : nausées, vomissements, diarrhée, pâleur, inappétence, lorsqu'on atteint les doses utiles. Weill propose, pour éviter ces accidents, d'incorporer l'arsenic, sous forme d'acide arsénieux, à un corps gras et, en particulier, à du beurre. On donne 5 milligrammes par jour et on augmente chaque jour jusqu'à 30 à 35 milligrammes, dose maxima, on réduit ensuite progressivement, comme avec la liqueur de Boudin.

Le beurre, ainsi préparé, est étalé sur du pain et absorbé, fait important, au milieu du repas, une fois par jour.

Une expérimentation prolongée a montré que le beurre arsenical était tout aussi actif que les autres préparations à base d'arsenic et on n'a jamais observé d'accidents avec cette préparation.

Diabète et uroformine.

M. de Laët (*Bruxelles méd.*, 30 nov. 1922), chez un malade atteint de diabète avec acidose et dépression physique et psychique intense, faisant craindre l'imminence du coma, état non amélioré par de fortes doses de bicarbonate de soude, a administré, dans le seul but d'améliorer une infection concomitante des voies urinaires, chaque jour, pendant près de trois mois, 1g50 à 2 grammes d'hexaméthylène tétramine. Peu de temps après le début de ce traitement, l'auteur a eu la surprise de constater une amélioration considérable de son malade dont les fonctions psychiques sont redevenues normales. Dès la troisième injection, l'acide diacétique avait disparu des urines. L'auteur attribue cet heureux résultat à la fonction amine de l'hexaméthylène tétramine et estime que l'on possède, grâce à cette fonction, une médication active contre l'acidose.

Glycose.

Renforcement des agents bactéricides par les injections intraveineuses de solutions hypertoniques de glycose. (S. Silberstein. *Deutsch. méd. Woch.*, 1922, n° 1010.) — Les solutions hypertoniques de glycose sont capables de donner des résultats très favorables dans le traitement de certaines dermatoses. Dans le traitement de la syphilis, on a remarqué également que l'injection d'une solution glycosée diminuait la toxicité de l'arsénobenzol et augmentait son action vis-à-vis des tréponèmes. De même, l'emploi de solutions glycosées renforce l'action des antiseptiques vis-à-vis du gonocoque. Dans chacun de ces cas, l'amélioration a été observée après une courte période pendant laquelle il y avait, au contraire, pullulation microbienne assez marquée. Pratiquement, on aura donc intérêt, surtout dans le traitement de la syphilis, à utiliser, comme dissolvant de l'arsénobenzol des solutions glycosées.

Pneumothorax artificiel.

Le pneumothorax artificiel; ses applications thérapeutiques à d'autres affections que la tuberculose pulmonaire. (Perkins et Burrel. *The Lancet*, 10 mars 1923.) — Les auteurs ont appliqué cette méthode thérapeutique à diverses affections pulmonaires. Le plus souvent les résultats ont été des plus satisfaisants.

Dans l'abcès du poumon, le pneumothorax artificiel suffit à guérir le malade s'il n'y a pas d'adhérences; même dans les cas peu favorables, cette manœuvre amène toujours une amélioration qui rend infiniment plus facile une intervention ultérieure. Dans les dilatations des bronches, les résultats sont moins immédiats et moins complets; ce n'est qu'après des mois et des années de pneumothorax entretenus que l'on pourra constater une amélioration réelle. Enfin, dans les épanchements chroniques de la plèvre et surtout dans les hémoptysies récidivantes les résultats sont très satisfaisants.

Cirrhose du foie.

Résultats éloignés de l'omentopexie dans les cirrhoses du foie. (L. Mayer et J. Konigs. *Bruxelles méd.*, 1923, n° 20.) — L'omentopexie, ou opération de Talma est très rarement pratiquée chez les cirrotiques avec ascite. L'auteur s'en étonne et le déplore. Il rapporte l'observation de trois malades chez lesquels il a obtenu d'excellents résultats. L'omentopexie est une opération bénigne, qui peut être faite à l'anesthésie locale ou régionale et dont l'efficacité est, pour les auteurs d'une efficacité incontestable.

C. — INTOXICATION PAR DES MÉDICAMENTS

Intoxications par la quinine.

Un cas d'amaurose subite à la suite d'une absorption massive de quinine. (Doussain. *Gaz. méd. de Nantes*, 1923, n° 5.) — Une femme de vingt-huit ans ayant absorbé en une journée 10 grammes de quinine par fractions de 50 centigrammes, fut atteinte de céphalée intense avec bourdonnements d'oreilles, syncopes; mais le symptôme le plus intéressant fut un abaissement de la vue qui a paru brusquement et alla en s'améliorant peu à peu dans les jours suivants. Cette amaurose quinique est assez rare.

Intoxication par l'argent.

A propos de deux cas d'argyrie. Intoxication par l'argent ou ses sels. (Maranon. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1923.) — L'auteur a observé deux malades intoxiqués au cours d'un traitement médicamenteux. On avait observé auparavant chez des bijoutiers ou chez des verriers ou des chimistes manipulant des sels d'argent des cas analogues, mais l'intoxication médicamenteuse était restée presque exceptionnelle. A la suite de l'absorption de nitrate d'argent, on observe du liseré de Burton, des teintes bleuâtres au niveau des ongles, qui deviennent plus foncés au soleil et qui résistent à tout traitement.

Intoxications par les hypnotiques.

L'usage de plus en plus répandu des hypnotiques délivrés sans ordonnance médicale ont multiplié les cas d'empoisonnement par ces médicaments.

J. F. Martin et Mantelin, à la *Société nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon*, 13 décembre 1922, ont rapporté l'histoire d'une malade qui tenta de se suicider en absorbant dix-huit comprimés de véronal. Après quatre jours de coma avec oligurie, elle guérit néanmoins. Les auteurs ont relevé dans la littérature vingt autres observations de tentatives d'empoisonnement par ce même produit.

S. Bloch et Deglaude, dans le *Paris médical*, 23 septembre 1922 ont observé une malade qui ayant absorbé 9g50 de véronal, dormit profondément pendant soixante-douze heures, sans autres accidents après son réveil.

J. Philips (*The Journ. of the Americ. Assoc. Chicago*, 27 mai 1922), a signalé un cas d'intoxication par le luminal. La malade fut prise de nausées, de vomissements avec douleurs dans la région épigastrique, éruption morbilliforme, fièvre,

albuminurie. Il y a lieu de surveiller attentivement les urines des malades qui sont traités par le luminal.

Intoxications mortelles par les laxatifs à la phénolphtaléine.

M. LAUZE (*Courrier méd.*, fév. 1923), a groupé cinq cas d'intoxication par les laxatifs. Dans un cas une malade atteinte de rougeole bénigne mourut deux heures après la prise de deux pastilles; un brightique ayant avalé ce laxatif fut atteint d'anurie puis d'urémie et les accidents disparurent au fur et à mesure de l'élimination de la phénolphtaléine dans les urines. Dans trois autres cas on a noté des phénomènes syncopaux, des hémorragies intestinales, du purpura, faits qui avaient déjà été signalés par les auteurs américains.

Danger du chlorure de calcium.

Danger du chlorure de calcium à hautes doses. (CASTELBON. *L'Hôpital*, déc. 1922, p. 590.) — Le chlorure de calcium est un excellent médicament qui a fait ses preuves et qui, chaque jour donne d'excellents résultats dans des affections très diverses, mais, il ne faut pas le donner à très hautes doses. L'auteur chez un malade cardio-rénal, oligurique, œdématié, atteint d'insomnies rebelles, n'ayant rien obtenu avec les traitements classiques, donne du chlorure de calcium à raison de 16 grammes par jour. Le malade, au bout de vingt-quatre heures, est loin d'être amélioré et fait de l'anurie complète. Saignée, huile camphrée, la situation s'améliore avec la théobromine.

Les meilleurs médicaments peuvent donc, si l'on en exagère la dose, devenir très toxiques. Se méfier des doses excessives avant qu'elles aient fait leurs preuves.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1923)

Le cerclage vaginal dans le traitement des prolapsus génitaux des femmes âgées. — M. DE FOURMESTRAUX pratique le cerclage du vagin avec un fil d'argent laissé à demeure; il serre le fil de façon à ménager un canal vulvaire admettant un petit drain. Cette opération qui est la mise en place d'un pessaire métallique et sous-muqueux a été pratiquée quatorze fois avec de bons résultats.

Kystes hydatiques suppurés multiples traités avec succès par le capitonnage. — M. Louis BAZY fait un rapport sur une observation de M. DUPONT, qui a traité une volumineuse tumeur, constituée par plusieure kystes hydatiques remplis de liquide puriforme par l'incision, le formolage et le capitonnage sans drainage des poches par des points de catgut n° 3, guérison rapide.

Ulcère gastrique compliqué de biloculation, gastro-entérostomie sur la partie supérieure, résultats éloignés. — M. DANTIN a revu après quatre ans une malade à qui il fit une simple gastro-entérostomie pour une biloculation gastrique; l'estomac était distendu et étranglé à sa partie moyenne par un épaississement induré adhérent au pancréas; les suites ont été bonnes, quatre ans après l'opération, la malade est en très bon état.

Sur l'anesthésie épidurale. — M. MOCQUOT fait une revue de l'anesthésie épidurale et de ses suites et apporte le résultat de sa pratique; il a fait 44 interventions avec anesthésie épidurale; dans 38 cas, l'anesthésie a été parfaite, il y a eu 3 échecs complets et 3 anesthésies insuffisantes.

Il injecte une solution de novocaïne à 2 p. 100 associée au bicarbonate de soude et préparée extemporanément; 15 à 20 centimètres cubes de cette solution sont nécessaires, l'anesthésie est obtenue très vite. C'est surtout pour les opérations sur l'anus, la vulve, le vagin et le périmé, le scrotum et la verge que cette anesthésie donne de bons résultats.

Pancréas accessoire. — M. GOSSET a observé au cours d'une opération sur l'estomac un cas de pancréas accessoire double sur l'estomac et le duodénum. Il rapporte son observation et l'examen histologique de la petite tumeur.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE

1° Alimentation : Au premier déjeuner, 350 g. de lait et 30 g. de pain. — A midi, 200 g. de viande sans sel, 250 g. de légumes sans sel, fruits cuits, 80 g. de pain. — A 4 heures, tasse de lait. — Au dîner, bouillie sucrée, un œuf, 60 g. de pain. — Eau comme boisson.

2° Médications : 20 jours par mois, un cachet de 0g50, deux à trois fois par jour, de Théosalvose pure ou phosphatée. Les dix autres jours, chlorure de calcium (0g50 pro die) ou extrait de feuille de noyer (2 g. pro die en sirop).

3° Hygiène : Massages, frictions sèches au gant de crin, port de flanelle.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 25 AU 30 JUIN 1923)

THÈSES

Mercredi 27 juin. — Jury : MM. Letulle, président; Sebileau, Bernard et Couvelaire. — M. MACGERLIN (Roland). Etude sur l'endocardite maligne. — M. YOVANOVITCH (Yvan). Les pyélonéphrites pendant la gestation. — M. VIZIOZ (P.). Traitement de l'ankylose par l'ostéotomie. — M. DUFOUR (André). Organisation de deux écoles de plein air.

Jeudi 28 juin. — Jury : MM. Marfan, président; Nobécourt, Lequeux et Guillain. — Mlle DOUGNITCH (M.). Asthme du nourrisson. — M. VERDIER (Pierre). Du diagnostic de l'anaphylaxie au lait de vache chez le nourrisson. — M. STAYITCH (Staya). L'arythaxie complète à forme préroxystique. — Mlle BLAGODATNY (Hélène). Etude de la traversée digestive chez le nourrisson. — M. DAVID (Roger). L'hérédosyphilis dans une consultation de nourrissons. — M. TOURNIER (Georges). Etude de la méningite primitive à streptocoques. — M. CHALOT (Henri). Etude clinique de l'asthme infantile.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Broca (André), Lejars et Lecène. — M. ESTRABAUD (Eric). La greffe ostéo-périostique et son application. — M. CHEVALLIER (Joseph). Les kystes glandulaires du pancréas. — M. VALLÉE (André). Etude du traitement palliatif du cancer utérin. — Mlle BAILLY. Le sang menstruel. — M. LACAYO (Innocente). Le radiodiagnostic par les insufflations abdominales. — M. GUILLOT (Léon). Etude de la maladie de Gaucher.

Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Bezançon et Richaud. — M. VOLLANT (R.). Etude de la rétention d'urine dans les tumeurs coccygiennes chez le nourrisson. — M. MANDL (Paul). La circulation capillaire à la lumière de la capillaroscopie. — M. FOUCARD (Henri). Traitement de la gangrène pulmonaire. — M. MILOCHÉVITCH (M.). Etude de la syphilis pleuro-pulmonaire. — M. DOUCARELLIS (Panaghiotes). Etude des appendicites aiguës atipiques. — M. SPINETTA (Bernard). Les sels de bismuth en syphilithérapie. — M. JANAUD (L.). Etude toxicologique des fluorures et fluosilicates alcalins.

Samedi 30 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président; Desgrez, Pressant et Branca. — Mlle LACHOWSKI (Nadine). Recherches histo-chimiques sur le placenta. — M. CRETIN (Gabriel). Quelques méthodes de recherches du phosphore dans les tissus. — M. SANTELLI (René). Etude de la peptomine. — M. FRIEDRICH (Eugène). La teneur du sang en calcium chez l'enfant à l'état normal et dans les fièvres éruptives. — M. ILITCH (Branislam). Hérédosyphilis et urétrorragies.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DU PÉRICARDE ET DU CŒUR [1]

COMPLICATIONS. — **Immédiates.** — 1° Association de plaies pleuro-pulmonaires. Pneumothorax provoque la dyspnée brusque mais devient assez vite bien toléré.

L'hémothorax est plus fréquent : quelquefois très considérable.

2° Association de plaies des gros vaisseaux.

3° Association de plaies abdominales, perforation gastrique, intestinale.

Secondaires. — 1° Infection de l'épanchement péricardique, soit isolée, soit secondaire à une pleurésie purulente. La pyopéricardite est une éventualité grave, presque toujours mortelle.

Mais souvent seul l'épanchement pleural concomitant s'infectera (surtout lorsqu'il existe des lésions osseuses pariétales). Cette suppuration sera une cause fréquente de mort, en particulier chez les sujets qui ont été opérés et dont l'évolution au point de vue de la plaie cardiaque est des plus favorables.

Aussi est-il nécessaire dans les interventions, même lorsqu'il existe un pneumothorax, d'éviter la traversée de la plèvre pour atteindre le cœur : le danger immédiat sera nul, mais l'infection secondaire sera beaucoup plus à redouter qu'en réclinant la plèvre.

2° Embolies : soit par thrombose cardiaque, soit par le projectile lui-même resté libre dans la cavité, qui est projeté dans le courant circulatoire et va donner une obturation artérielle avec gangrène consécutive.

Tardives. — Séquelles :

1° Valvules ou piliers : plus ou moins altérés par le projectile ou l'agent vulnérant pouvant donner dans la suite une déficience fonctionnelle du cœur.

2° Anévrismes : la paroi présente un lieu de moindre résistance au niveau de la cicatrice (surtout quand il s'agit de cicatrisation spontanée), la face péricardique s'étant obturée la première, la cicatrisation ne progresse quelquefois pas beaucoup et il reste une amorce de distension dans la paroi blessée.

FORME CLINIQUE. — Suivant symptômes :

Plaies sèches : symptomatologie très fruste. Nous avons vu que l'hémopéricarde donnait à lui seul la presque totalité des troubles fonctionnels et physiques. Quand il manque, exceptionnellement, la plaie du cœur passera souvent inaperçue.

Suivant gravité :

Forme bénigne : susceptible de guérison spontanée.

Forme moyenne : celle que nous avons décrite.

Forme grave : tuant immédiatement par réflexe ou par lésion des coronaires.

PRONOSTIC. — Toujours extrêmement grave. Autrefois on donnait : dans les plaies isolées du péricarde, 30 p. 100 de mortalité. Dans plaies du cœur par armes blanches, 60 p. 100 ; par armes à feu, 95 p. 100. Il a été amélioré par les interventions systématiques et précoces.

DIAGNOSTIC. — **Positif.** — Il est quelquefois évident mais souvent très difficile.

1° *En présence d'une plaie thoracique la première question qui se pose est de savoir si elle est pénétrante.* — Les commémoratifs, l'aspect général du blessé, l'existence ou l'absence de toux, d'hémoptysie seront des éléments de diagnostic. Cependant, on peut avoir un état de choc marqué avec une plaie superficielle ; et dans ce cas c'est le repos, les tonicardiaques, le réchauffement, le sérum qui, en remontant rapidement l'état général, feront le diagnostic de non-pénétration.

2° *Il existe des signes nets de pénétration.* — Deux cas peuvent se présenter :

PREMIER CAS. — Le poumon et la plèvre gauche paraissent intacts, la sonorité de l'hémithorax et la respiration sont normales. Alors les signes de la région précordiale : absence de battements perçus à la main et à l'oreille, augmentation de la matité ont une valeur absolue.

DEUXIÈME CAS. — Le poumon et la plèvre gauches paraissent touchés. Les signes de la région précordiale n'ont plus qu'une valeur relative.

Il est utile de placer le blessé en observation ; on examinera à intervalles rapprochés la matité cardiaque ; si on voit celle-ci s'étendre et déborder le sternum vers la droite, la plaie du cœur sera très probable.

L'examen radioscopique pourra donner d'excellents renseignements.

Différentiel. — Il faudra éliminer l'hémothorax, les plaies des gros vaisseaux du médiastin.

Des lésions associées. — Rachis, œsophage, plaies thoraco-abdominales.

De l'intervention. — Cas évident. Si on a la certitude d'une plaie cardiaque il faut intervenir sans retard. Mais dans le cas où le blessé est très anémié, où l'on peut supposer que l'hémothorax associé est en partie responsable de ces troubles fonctionnels, il sera quelquefois préférable de tacher de le remonter par une transfusion sanguine.

Cas douteux. En présence d'une plaie qui peut avoir intéressé le cœur, mais sans que la certitude soit possible à établir, même avec des signes fonctionnels assez peu marqués, il faut explorer. Le traitement sera différent dans les deux cas.

TRAITEMENT. — 1° On est certain que le cœur est touché. Chercher une large voie d'abord. Soit volet à charnière externe gauche, sectionnant le bord gauche du sternum dans les deuxième et cinquième espaces, puis le sternum verticalement sur la ligne médiane (convient aux cas habituels avec orifice à gauche). Soit volet symétrique, mais à droite (orifice à droite). Soit, enfin, thoraco-laparotomie de Duval et Barnsby : perfore le sternum en deux sur la ligne médiane, depuis le xiphoïde jusqu'au deuxième espace. La résection large d'une seule côte peut suffire dans certains cas.

2° On veut explorer méthodiquement. Suivre le trajet au bistouri. Résection d'un seul cartilage pour voir le péricarde : s'il y a hémopéricarde on est ramené au cas précédent.

BIBLIOGRAPHIE. — *Pathologie chirurgicale*, II. — COSTANTINI. *Th. de Paris*, 1919.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 47, p. 759, et n° 49, p. 794.

Traumatismes cranio-cérébraux (accidents primitifs, leurs grands syndromes), par H. DURET. Tome III (premier volume) : *La compression cérébrale*, recueilli et publié par VOITURIEZ et DÉLÉPINE ; (deuxième volume) : *La compression médullaire* (suite). *L'intoxication hématique. L'hypertension intracranienne*, recueilli et publié par VOITURIEZ et DÉLÉPINE. — Prix : 150 fr. les deux volumes. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 25 juin. — MM. Maurer, 16; Bloch (Jacques), 15; Gatellier, 18.
Séance du 26 juin. — MM. Gouverneur, 19; Girode, 18; Boppe, 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nimes. — Le lundi 23 juillet 1923, un concours aura lieu pour la nomination d'un médecin oculiste adjoint.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hôpitaux, 12, rue de Montpellier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Giraud, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de médecine légale à ladite Faculté (chaire vacante).

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — La chaire de médecine opératoire à la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante à partir de la fin de la présente année scolaire 1922-1923.

Les candidats sont invités à présenter leur demande, accompagnée de l'exposé de leurs titres, au doyen de la Faculté de médecine, avant le 31 juillet.

VAL-DE-GRACE. — Concours d'agrégation (section de chirurgie). — Ont été proposés : MM. Bertein, Vanlande et Courboulès.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — Le président de l'Association des externes nous communique la lettre suivante de M. le ministre de l'Hygiène :

« Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu me saisir d'une note relative aux desiderata des externes des hôpitaux dans leurs rapports avec l'autorité militaire.

J'ai l'honneur de vous informer que M. le ministre de la Guerre et des Pensions que j'avais saisi tout spécialement de cette question me fait savoir que l'instruction du 17 mai 1923 sur l'organisation et le fonctionnement de la préparation militaire, prévoit (art. 16) que le brevet de préparation militaire supérieur obtenu en cours d'études par les étudiants en médecine et en pharmacie, reste valable jusqu'au moment de leur incorporation.

Ces étudiants n'auront donc pas, après avoir obtenu ledit brevet, à suivre des cours d'entretien susceptibles de nuire à leurs études spéciales.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération. »
PAUL STRAUSS. »

L'HYGIÈNE MENTALE A LA SORBONNE. IMPOSANTE MANIFESTATION. — La semaine dernière a eu lieu, avec un succès éclatant, la manifestation organisée par la Ligue d'hygiène mentale dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne dont l'entrée a dû être refusée à plus de deux mille personnes, l'immense rotonde ayant été envahie dès l'ouverture des portes.

M. Justin Godart, député du Rhône, ancien ministre, et le docteur Toulouse, président de la Ligue d'hygiène mentale, ont souhaité la bienvenue aux représentants des universités étrangères, et le professeur Ley (de Bruxelles) a présenté au public français M. Clifford W. Beers, le promoteur du mouvement d'organisation mondiale de l'Hygiène mentale. M. Clifford W. Beers est l'auteur d'un livre écrit après une douloureuse expérience personnelle et intitulé : *A Mind that found itself* (Un esprit qui se retrouve) dont le succès en Amérique a été fort grand. Ce livre a eu pour la réforme de l'assistance des aliénés aux Etats-Unis la même influence décisive que le célèbre ouvrage de Mme Becher-Stove, *La Case de l'oncle Tom,* pour l'abolition de l'esclavage.

M. Clifford W. Beers fait actuellement une campagne en Europe pour l'organisation d'un prochain Congrès international d'hygiène mentale.

Le docteur Genil-Perrin, secrétaire général, après avoir lu une adresse de Paul Bourget, a exposé les buts de la Ligue d'hygiène mentale et les résultats acquis, dont le plus important est la création d'un service ouvert à l'asile Sainte-Anne pour le traitement libre de malades atteints d'affections men-

tales légères à qui l'on peut de la sorte éviter la tare de l'internement.

Le professeur Claude a fait une conférence fort applaudie sur les poisons sociaux (morphine et cocaïne).

Une partie artistique très attrayante a reposé les auditeurs de la gravité des exposés scientifiques.

Mme Silvain et M. Silvain, de la Comédie-Française, ont suscité une profonde émotion dissipée par la verve comique de M. et Mme Gabaroche et de Dranem, qui pénétrait pour la première fois dans la Sorbonne. Mlle Marguerite Herleroy, de l'Opéra, s'est fait entendre, et Mme Trouhanowa a dansé des valses de Chopin; la musique du 103e régiment d'infanterie a apporté son excellent concours à cette cérémonie à l'issue de laquelle un goûter a réuni les délégués étrangers, les membres du Corps diplomatique, les artistes et les membres du Conseil d'administration de la Ligue d'hygiène mentale.

DIRECTION DU SERVICE DE SANTÉ (changement d'adresse). Les services de la 7e division du ministère de la Guerre (Service de santé), qui étaient installés 139, rue de Bercy, dans les bâtiments de la caserne de la Rapée (XIIe arrondissement), ont été transférés au numéro 66 de la rue de Bellechasse (VIIe arrondissement), dans l'immeuble affecté autrefois au ministère des Cultes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur André Venot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

LIVRES NOUVEAUX

Traité technique d'hématologie (1), par J. Jolly.

Jadis, l'hématologie se réduisait à bien peu de choses. Quand on avait examiné, avec des techniques insuffisantes, quelques lames de sang fixé, procédé à une numération approximative des hématies et des leucocytes, et apprécié, plus ou moins grossièrement, la quantité d'hémoglobine contenue dans un échantillon de sang donné, on avait à peu près épuisé les renseignements que la clinique pouvait demander au laboratoire. L'origine des éléments figurés du sang, leur évolution, leur fin, autrement dit, les processus de rénovation sanguine, n'intéressaient que quelques rares chercheurs. Embryonnaires, les connaissances de nos aînés sur l'hématopoïèse; élémentaires, les notions qu'ils possédaient sur la chimie du sang; fragmentées, parcellaires, souvent inexactes, et toujours incomplètes, les théories qui avaient alors trait à ses fonctions. Au plus important, peut-être, des tissus de l'économie, suffisaient quelques descriptions étriquées : de l'élément vital par excellence, le pinceau de l'histologiste faisait une nature morte; et ces cellules, dont la caractéristique est la mobilité, on les étudiait comme on étudie des cellules épithéliales ou cartilagineuses.

La question a changé d'aspect, quand de grands histologistes, au premier rang desquels il faut citer Ranvier, des cliniciens de la valeur du professeur Hayem, des biologistes comme Malassez, en ont repris l'étude avec des méthodes nouvelles, et réussi à lui infuser un sang nouveau. L'hématologie est devenue une science. Et même, si rapides ont été ses progrès, si nombreuses ses acquisitions, si fructueuses ses découvertes, qu'il n'est plus permis à personne de l'ignorer et que tous ceux qu'anime le culte des idées générales, biologistes, chimistes, histologistes, se doivent à eux-mêmes de la connaître dans ses moindres détails.

L'heure était donc venue de lui consacrer un ouvrage d'ensemble. Tâche enviable, mais difficile entre toutes! Ne fallait-il pas, à celui qu'elle tenterait, de multiples qualités? Non seulement les qualités didactiques, indispensables à qui traite un sujet aussi ardu, aussi complexe. Mais encore des connaissances étendues en embryologie, en morphologie, en physiologie, en pathologie. Il lui fallait, pour ainsi dire, être spécialiste général, avoir des clartés de tout. Il lui fallait aussi, cette qualité si française, ce sens de la mesure, qui permet de respecter les proportions, de ne pas accabler le lecteur sous le poids de l'érudition, de ne sacrifier aucun chapitre. Il lui fallait, enfin, selon la méthode cartésienne, diviser les difficultés, afin de les mieux résoudre.

Nul ne paraissait plus qualifié pour entreprendre cette tâche et pour la mener à bien que M. Jolly. Elève de Ranvier et de Malassez, dont il est resté le fils très spirituel, il s'est depuis longtemps rompu, sous leur habile direction, à l'étude de l'histologie. Ancien interne des hôpitaux, il n'a cessé de s'intéresser à la pathologie. Maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes, il sait enseigner. Particularité qui a bien son prix, il ne sait pas moins bien dessiner. Lentement, patiemment, dans le silence des laboratoires, il a mûri son œuvre. Il a longuement réfléchi au moyen de concilier passé et présent, de ménager l'avenir. Il a compris que, réduit à la seule morphologie, sans déduction biologique, sans aperçus d'ordre physico-chimique, son *Traité* serait comme un arbre amputé de ses plus beaux rameaux. Il s'est rendu compte que l'étude du sang ne doit pas se limiter à l'examen de préparations de sang coloré. Le sang n'est-il pas « un tissu dissocié dont les cellules achevées sont portées par une masse liquide circulante? C'est pourquoi il faut aller étudier les éléments qui lui sont propres dans les points de l'organisme où cette dissociation n'est pas encore faite, et où se trouvent, les uns à côté des autres, les stades évolutifs... Si on a soin d'étudier sur place les petits groupes, formés, dans les tissus hématopoïétiques, par les éléments issus de la multiplication et de la différenciation des cellules mères, on voit leurs stades de division et de différenciation apparaître avec une clarté évidente, sans qu'il soit besoin de faire intervenir des idées théoriques et préconçues ».

Le résumé suivant donnera une idée du plan général et montrera dans quel esprit il est conçu : *Morphologie générale. Principes généraux de technique. — Globules rouges. Nombre, diamètre, volume et surface des hématies. Masse totale du sang. — Hémoglobine, cristaux du sang et pigments d'origine sanguine. — Globules blancs ou leucocytes. Morphologie. Physiologie. — Migration des leucocytes. Exsudats. Leucocytes du tissu conjonctif et des liquides de l'organisme. — Variations numériques des leucocytes. La leucocytose. Leucocytes et immunité. Leucocytes et nutrition. — Globulins. Cellules fusiformes. Phénomènes histologiques de la coagulation. Ultramicroscopie. Plasma et sérum. — Hémolyse. Résistance des globules rouges. Propriétés biologiques des sérums. — Formation du sang de l'embryon. Apparition des ébauches sanguines. — Formation du sang dans l'embryon. Le foie et le mésenchyme. Le tissu lymphoïde diffus. — Moelle osseuse. — Ganglions lymphatiques. — La rate. — Les organes lympho-épithéliaux. — Régénération du sang après les hémorragies. Les anémies et les états hémolytiques. — Les leucémies. — Rénovation normale du sang. Relations du sang avec le milieu intérieur et le milieu extérieur.*

Des figures très nombreuses, presque toutes dessinées par l'auteur à la chambre claire, et une magnifique planche en couleurs, forment comme un second texte qui peut se lire presque sans le secours du texte principal. Des notes placées en bas des pages, et deux tables, l'une par noms d'auteurs, l'autre, par sujet, permettent au lecteur de recourir, en toutes circonstances, au document original.

Edité avec luxe par la maison Maloine, le *Traité technique d'hématologie* a coûté bien des peines à son auteur. Mais il lui vaudra bien des satisfactions. C'est un maître-livre. C'est aussi le livre d'un maître.

L. BABONNEIX.

(1) In-8, deux tomes. — Prix : 60 fr. — Paris, 1923, Maloine.

RÉUNION NEUROLOGIQUE ANNUELLE

LES COMPRESSIONS MÉDULLAIRES[1]

Il est classique de distinguer une compression brusque et une compression lente de la moelle.

MM. Purves-Stewart et Riddoch limitant cette conception définissent la compression médullaire « un processus pathologique dans lequel la moelle épinière, en même temps que ses racines et ses enveloppes, est comprimée, ou de façon *lente* ou de façon subaiguë, en sorte que :

1° Ses fonctions sont entravées, et que

2° Sa structure peut être altérée particulièrement au niveau de la compression. »

Ainsi se trouvent éliminées les lésions traumatiques aiguës de la moelle dues à des fractures ou luxations de la colonne vertébrale ou à des projectiles.

D'après Purves-Stewart et Riddoch, c'est l'*insidiosité*, c'est le *développement progressif* du processus pathologique qui caractérisent seuls la compression médullaire.

Ces auteurs réservent aux formes aiguës la dénomination de « ruptures traumatiques aiguës de la moelle épinière ». Celles-ci ont une pathogénie, des lésions anatomiques particulières de même qu'un début clinique bien spécial.

Anatomie pathologique. — Le type de la compression médullaire, pour Purves-Stewart et Riddoch, est la *tumeur*. Ils reconnaissent pourtant que la variété la plus commune de paraplégie par compression ressortit à la *tuberculose vertébrale*.

a. Compressions médullaires par tumeur. — Purves-Stewart et Riddoch ont observé personnellement 55 cas de tumeurs ayant déterminé des compressions, dont 22 tumeurs primitives de la moelle, de ses enveloppes ou du canal vertébral (endothéliome, sarcome, chondrosarcome, angiome, neurofibromatose multiple, etc.) et 26 tumeurs secondaires ou métastatiques, originaires d'un viscère : utérus, prostate, estomac, œsophage, thyroïde, surrénales.

Le VIIIe segment thoracique était le siège le plus fréquent des tumeurs primitives, alors que les tumeurs secondaires ont été trouvées de préférence à l'extrémité inférieure du renflement cervical.

La plupart de ces néoformations sont apparues après l'âge de quarante ans.

b. Compressions médullaires par mal de Pott. — Au contraire, les compressions médullaires par mal de Pott sont plus fréquentes dans l'enfance ou au début de l'âge adulte. Sur 31 cas de carie tuberculeuse, 31 étaient survenus avant trente ans.

Toutes les vertèbres peuvent être atteintes, mais surtout le segment thoracique du canal vertébral.

Le foyer tuberculeux débute d'ordinaire au niveau du corps vertébral, mais il n'est pas rare de le voir apparaître sur une des surfaces interarticulaires ou sur les ligaments intervertébraux.

La tuberculose du corps vertébral débute par « une petite plaque de tissu de granulation tuberculeuse » qui ne tarde pas à se caséifier et à se ramollir. Le poids de la partie supérieure du tronc comprime le corps de la vertèbre malade, l'écrase, l'aplatit en avant. Il se produit ainsi une courbure angulaire à convexité postérieure. La lumière du canal vertébral n'est pas nécessairement diminuée, parce que, en même temps que la vertèbre malade est comprimée, les surfaces interarticulaires et les lames s'ankylosent. Ceci explique que la déformation osseuse se reconnaît bien avant l'apparition des symptômes médullaires.

Le canal osseux se rétrécit en général progressivement, soit du fait de l'épaississement inflammatoire du tissu épidural (pachyméningite), soit de par la formation d'un abcès par congestion dans l'espace épidural à la suite de la perforation du ligament vertébral commun postérieur. Jamais le processus tuberculeux n'arrive à transpercer la dure-mère.

Peu à peu, les racines rachidiennes englobées dans le processus pachyméningitique sont atteintes de névrite parenchymateuse avec dégénération wallérienne secondaire.

Plus tard, la moelle d'abord légèrement comprimée présente une dilatation de son système veineux, puis s'aplatit par la pression du tissu inflammatoire extraduremérien, ou plus rarement du fait d'un déplacement osseux. S'il survient une artérite oblitérante, on constate çà et là des foyers de myélomalacie.

L'examen histologique de la moelle lésée par une compression montre :

1° De légères altérations histologiques des éléments nerveux ;

2° De la distension et de l'épaississement pariétal des veines méningées et des veinules médullaires.

La moelle a un aspect spongieux dû, soit à la prolifération névroglique, soit à l'œdème extensif et à la coagulation d'exsudats albumineux. Les veines médullaires sont largement distendues et leurs parois sont épaissies. Il y a de l'infiltration périvasculaire.

La substance grise montre de nombreuses cellules en voie de dégénération et d'autant plus altérées qu'elles sont plus proches du point de compression.

Dans la substance blanche les gaines myéléniques sont plus ou moins œdématiées. Au point d'application de la compression on peut voir une gliose considérable avec destruction des cylindraxes.

Les méninges sont épaissies et leurs veines sont dilatées.

Ces lésions méningomédullaires se compliquent d'autres altérations de nature inflammatoire, lorsque la tuberculose ou la syphilis sont causes de la compression.

Les racines rachidiennes sont particulièrement atteintes et dégénèrent.

Au-dessous du siège de la compression, surtout dans les cas anciens, existent des dégénérations descendantes et de la périphlébite sans infiltration des espaces périvasculaires.

Au-dessus du siège de la compression, on peut trouver des fibres dégénérées dans les faisceaux ascendants.

Le *liquide céphalo-rachidien* est le plus souvent d'une coloration allant de la teinte jaune paille au brun verdâtre. Il est hyperalbumineux, légèrement hyperglycosique, sans augmentation du nombre des éléments cellulaires.

Pathogénie. — La mobilité relative de la moelle qui s'oppose à la fixité des racines explique que les symptômes radiculaires constituent les signes les plus précoces et les plus constants de la compression médullaire lente.

L'agent de compression est-il extraduremérien, la moelle est susceptible de se déplacer quelque peu et d'éviter la pression. Si le corps étranger est intradural, la présence du liquide rachidien protège la moelle au début. Le liquide rachidien se déplace. La cavité arachnoïdienne peut être interrompue dans sa continuité. En fin de compte, la moelle déplacée est comprimée suivant un de ses diamètres transverses.

La pression s'exerce principalement non comme on pourrait le croire sur les éléments nerveux mais sur les vaisseaux sanguins et lymphatiques de la région comprimée. Au point de compression, il se produit donc un foyer d'ischémie locale tandis qu'à distance se forme une zone d'engorgement veineux. A cette période, la lésion est curable avec la levée de l'obstacle. Si, au contraire, la compression persiste, les éléments nerveux dégénèrent. C'est tout à fait tardivement que survient l'oblitération artérielle avec nécrose des éléments nerveux correspondant au territoire vasculaire des artères terminales obstruées. On comprend que, arrivé à ce stade, l'agent compressif détermine des lésions permanentes et irréparables de la moelle.

Symptomatologie. — Foix observe que, au niveau de la lésion, la compression supprime toute activité fonctionnelle et qu'au-dessous, en interrompant les voies ascendantes et descendantes, elle isole des centres supérieurs le segment inférieur de la moelle.

Il y a donc deux ordres de symptômes :

1° *Signes lésionnels* ou de *compression directe* ;

2° *Signes sous-lésionnels* ou *d'isolement* du *segment inférieur*.

(1) D'après les rapports de Purves-Stewart et Riddoch et celui de Foix, *Réunion neurologique annuelle*, juin 1923.

SYMPTÔMES LÉSIONNELS. — Ils sont radiculaires ou médullaires.

L'*atteinte des racines* se traduit par des douleurs, des troubles de la sensibilité objective, des troubles de la réflectivité, parfois de la paralysie avec amyotrophie.

Les douleurs généralement subcontinues avec paroxysmes sont réveillées par les mouvements, la toux, et s'accompagnent d'une sensation de constriction. Parmi les troubles de la sensibilité, l'hyperesthésie résulte de l'irritation des racines, l'anesthésie de leur annihilation fonctionnelle. Les réflexes tendineux et cutanés sont supprimés.

Les *symptômes médullaires* lésionnels consistent surtout en troubles de la réflectivité : abolition des réflexes tendineux, certains arrêts de l'activité automatique dite de défense.

SYMPTÔMES SOUS-LÉSIONNELS. — Ce qui les caractérise essentiellement c'est la *paraplégie spasmodique* qui, suivant l'état du tonus, revêt trois aspects :

Paraplégie spasmodique en extension ;
Paraplégie hyperspasmodique ;
Paraplégie spasmodique en flexion.

La *paraplégie spasmodique en extension* est la variété habituelle. La contracture modérée, presque nulle au repos, se renforce dès que le malade veut se lever ou marcher. C'est une contracture d'origine pyramidale : elle est accrue par l'effort et liée au tonus d'action.

La *paraplégie hyperspasmodique* répond aux cas de compression localisée avec intégrité du segment inférieur de la moelle. Très marquée au repos, elle s'accompagne de mouvements involontaires, les uns, manifestation de l'automatisme médullaire, réalisant un triple retrait du membre inférieur, les autres, spasmes toniques d'extension.

La *paraplégie spasmodique en flexion*, avec ses réflexes dissociés, les uns tendineux, diminués ou abolis, les autres d'automatisme et de défense exagérés, a été individualisée par Babinski.

La *paraplégie flasque transitoire* s'observe dans les compressions à début brusque et fait rapidement place à une paraplégie spastique.

La *paraplégie flasque permanente* est en réalité flasco-spasmodique, car elle s'accompagne d'exagération des réflexes tendineux, de signe de Babinski, d'exaltation relative des réflexes d'automatisme.

Dans ces diverses paraplégies, le trouble de la motilité volontaire est variable. Chez le paraplégique spastique, la marche souvent possible se fait en varo-équinisme. La force segmentaire est surtout diminuée dans la partie distale du membre et au niveau des raccourcisseurs. Il y a peu d'incoordination. Les réflexes tendineux sont exagérés (sauf dans les paraplégies en flexion), les réflexes cutanés abolis, il y a du clonus, du signe de Babinski et de l'exagération des réflexes de défense.

Les troubles de la sensibilité objective vont de l'hyperesthésie légère ou dissociée à l'anesthésie absolue.

L'hypoesthésie, parfois très légère, est fréquemment dissociée, presque toujours suivant le type syringomyélique.

L'anesthésie absolue ne se rencontre que dans les sections physiologiques de la moelle, transitoires ou définitives. Elle peut exister à tous les modes, mais il persiste souvent des zones sensibles dans le territoire des racines sacrées. La limite supérieure de cette anesthésie est tantôt variable, irrégulière (lésions diffuses et étendues), tantôt fixe et nette (tumeurs).

Les *troubles sphinctériens* varient suivant le siège et l'intensité de la lésion. En dehors de la rétention, il faut savoir que l'automatisme spinal d'origine sympathique peut laisser au jeu des réservoirs une apparence sensiblement normale quand il n'y a ni distension, ni infection.

Le fonctionnement des *centres pilomoteurs* (André Thomas) se traduit par une réaction locale directe, par un réflexe spinal et un réflexe encéphalique. La sudation varie et n'est pas toujours abolie. La variation des réactions vaso-motrices ne peut servir à topographier la lésion.

La présence de *symptômes sous-lésionnels* variés peut s'expliquer, soit par retentissement à distance avec intervention du liquide rachidien, soit par atteinte de centres sympathiques.

Les signes tirés de l'*examen du liquide rachidien* indiquent une pression du liquide diminuée, des pressions différentes entre le liquide sus-jacent et le liquide sous-jacent à la lésion.

La valeur de la réaction de Bordet-Wassermann, parfois positive, est nulle ; par contre, la réaction du benjoin colloïdal est toujours négative.

Le signe le plus important est, d'après Foix, la *dissociation albumino-cytologique* qui est « caractéristique de compression cérébrale ou médullaire ». Elle manquerait exceptionnellement. Cette hyperalbuminose sans accroissement du nombre des éléments cellulaires serait proportionnelle à l'intensité de la compression. A son degré maximum la dissociation albumino-cytologique serait représentée par le syndrome de Froin (xanthochromie, coagulation massive) symptomatique, on le sait, d'un blocage en un point de la cavité arachnoïdienne.

Les deux grandes causes de compression sont, on l'a vu, d'une part le mal de Pott, d'autre part les tumeurs.

1° MAL DE POTT. — C'est la cause la plus fréquente. La paraplégie est annoncée longtemps à l'avance par des phénomènes douloureux radiculaires. Plus rarement elle est brusque.

Dans les *formes légères*, « le malade ignore sa paraplégie ». Il souffre, il accuse un peu de fatigue des membres inférieurs. Un degré de plus et l'on note des troubles modérés de la motilité volontaire avec troubles sensitifs légers. Ces signes sont susceptibles d'amélioration et de recrudescence.

Les *formes graves* ne sont jamais désespérées, comme l'avait montré Charcot.

La paraplégie spasmodique guérit en règle générale chez l'enfant, exceptionnellement chez l'adulte.

La paraplégie flasque avec signes pyramidaux est de pronostic fort sérieux si elle dure longtemps. Il existe souvent une dissociation syringomyélique de la sensibilité.

La paraplégie hyperspasmodique en extension ou en flexion est fort rare dans le mal de Pott.

Il faut signaler la *myélite transverse subaiguë* rapidement mortelle à début brusque, à paraplégie complète et flasque, se compliquant d'un état général grave. La mort survient en quinze jours à deux mois.

2° TUMEURS JUXTAMÉDULLAIRES ÉNUCLÉABLES. — Dans les cas typiques existe une paraplégie hyperspastique à marche lentement progressive, à troubles sensitifs nettement limités, avec phénomènes radiculaires et souvent tendance au Brown-Séquard.

La symptomatologie passe par trois phases :

1° Troubles radiculaires ;
2° Syndrome de Brown-Séquard ;
3° Paraplégie constituée.

La paraplégie hyperspasmodique « est caractérisée par une hypertonie très marquée, l'exaltation remarquable des réflexes tendineux, l'existence de spasmes toniques spontanés et de phénomènes d'automatisme spontanés ou provoqués d'une intensité extrême ».

Le segment inférieur de la moelle intact est toujours excité.

Les troubles de la sensibilité à limite supérieure fixe et nette sont aussi très importants.

L'évolution progressive, sans à-coups, et de règle.

Pour Foix, la nature de la tumeur influe peu sur la symptomatologie.

La *radiologie* ne montre guère les tumeurs, sauf exceptionnellement lorsqu'elles sont calcifiées. Elle met plus nettement en lumière les lésions du mal de Pott.

Diagnostic. — Le *diagnostic topographique* est relativement aisé pour le mal de Pott. Pour les tumeurs il a plus d'importance, parce que se pose la question d'une intervention opératoire. La localisation doit donc essayer d'être précise. Il faut alors limiter le siège en hauteur, l'étendue de la compression, la localisation intra ou extramédullaire, extra ou intraduremérienne antérieure, postérieure ou latérale.

Pour le diagnostic du *siège en hauteur* quatre ordres de symptômes ont une grosse valeur :

1° *Phénomènes radiculaires.* — Le siège des sensations

douloureuses a une grosse importance quand il s'agit d'une douleur en écharpe. De même on doit tenir compte d'une anesthésie en bande ou d'une amyotrophie localisée.

2° *Troubles de la sensibilité objective.* — La fixité, la constance et la netteté de la limite supérieure de l'anesthésie ou de l'hypoesthésie cordinale indiquent le siège d'une tumeur.

3° *Troubles moteurs.* — C'est l'étude des réflexes qui fournit les renseignements les plus précieux sur les limites de la paralysie ou de l'hypertonie. Les *réflexes tendineux* sont normaux au-dessus de la lésion, inversés ou abolis au niveau, exagérés au-dessous.

Une lésion en C_5 s'accompagne de l'inversion du réflexe du radius (Babinski), en C_6 de la suppression du réflexe cubito-pronateur (P. Marie et Barré), en C_7 de l'abolition du réflexe tricipital ou de son inversion.

Les *réflexes cutanés* sont normaux au-dessus de la lésion, abolis au niveau ou au-dessous d'elle. Ce sont les réflexes abdominaux supérieurs D_8, D_9, et inférieurs D_{11}, D_{12} qui sont surtout importants à consulter.

Les *réflexes de défense* ou d'*automatisme* sont exaltés au-dessous de la lésion et cessent brusquement quand on arrive à son niveau. Leur limite supérieure indique la limite inférieure de la lésion (Babinski et Jarkowski), avec ces réserves que d'abord le réflexe de défense soit intense, et qu'ensuite la limite supérieure peut être abaissée par des lésions myélitiques à distance.

4° *Les troubles sympathiques.* — On sait que dans la moelle les centres sympathiques ont une topographie différente des centres sensitifs et moteurs.

Les centres de l'innervation vaso-motrice et sudorale de la tête et du cou se trouvent à la partie inférieure de la colonne cervicale, étagés de C_8 à D_2.

Les éléments principaux de diagnostic varient suivant l'étage médullaire.

A la *région cervicale supérieure,* ce sont les troubles sensitifs et les amyotrophies.

A la *région cervicale inférieure,* ce sont les troubles des réflexes tendineux.

A la *région thoracique supérieure,* ce sont les troubles sensitifs et les réflexes de défense.

A la *région thoracique inférieure,* c'est ce que André Thomas appelle syndrome de la paroi abdominale : troubles des réflexes cutanés, troubles sensitifs, réflexes d'automatisme, paralysie motrice, réflexes pilomoteurs et sudoraux.

A la *région lombo-sacrée,* ce sont les modifications des réflexes tendineux et l'amyotrophie qui tiennent le premier rang.

Le *siège* de la lésion est-il *médullaire* ou *radiculaire*?

C'est la présence ou l'absence de phénomènes pyramidaux (signes de Babinski, réflexes de défense) qui permettra la distinction.

La double ponction par l'étude de la pression au-dessus et au-dessous de la lésion ainsi que le dosage d'albumine du liquide peut donner des renseignements sur le siège.

Il n'est pas jusqu'à la radiographie qui n'ait été employée après injections gazeuses (Dandy) ou liquides (lipiodol, Sicard) susceptibles d'indiquer le lieu de la sténose.

L'*étendue de la lésion* est facile à déterminer s'il y a un automatisme médullaire net.

La compression est-elle *extra* ou *intraduremérienne*? Pour Babinski et Jarkowski, une lésion longue est très vraisemblablement extraduremérienne et une lésion courte intraduremérienne.

Quelle est la *situation de la lésion dans le sens transversal?*

Les lésions antérieures débutent par des phénomènes radiculaires de type amyotrophique, suivis bientôt de spasticité.

Les lésions postérieures débutent par des troubles radiculaires douloureux avec anesthésie non dissociée.

Les lésions latérales se manifestent par un syndrome de Brown-Séquard mais dont les symptômes moteurs, fait évidemment curieux, ne siègent pas toujours du même côté que la lésion.

F. LÉVY.

ACTUALITÉS

LA PHARMACODYNAMIE DES COLLOIDES

M. W. Kopaczewski vient de publier deux volumes, l'un est intitulé : *Théorie et pratique des colloïdes en biologie et en médecine*, l'autre : *Pharmacodynamie des colloïdes*, et c'est à celui-ci que le présent article emprunte son titre. Le premier est un traité essentiellement didactique; justement à cause du rôle de plus en plus considérable reconnu aux colloïdes dans les phénomènes de la vie, il mériterait d'être examiné de très près, d'autant qu'il est le premier ouvrage français traitant congrument, avec les détails et les précisions nécessaires, de ces questions importantes, ceux de Bary et de J. Duclaux se limitant aux notions de chimie physique et de technique pure. Mais cet examen, d'ailleurs difficile, nous entraînerait en dehors du cadre médical. Il n'en est pas de même du second ouvrage, qui s'occupe de sujets avec lesquels le médecin doit de plus en plus se familiariser puisqu'ils intéressent une partie notable de la pathologie. J'avais déjà essayé, ici-même (Nos 2 et 6, 1921), leur mise au point, mais elle est déjà dépassée. Il convient, je crois, de tenir le lecteur au courant de tout ce qui peut contribuer à éclairer son opinion sur l'action colloïdale, dont beaucoup parlent sans la comprendre.

* * *

Bien que les idées de M. Kopaczewski ne soient pas partagées par tout le monde, marquons cependant de suite un bon point en sa faveur : il a été physicien et chimiste avant d'être médecin; or, des connaissances très solides en physique et en chimie sont absolument indispensables pour aborder l'étude des colloïdes. A leur défaut, on risque les mauvaises expériences et l'interprétation erronée des faits.

Qu'entend-on par pharmacodynamie des colloïdes? Le mécanisme grâce auquel la rupture de l'équilibre colloïdal, c'est-à-dire le *choc*, peut avoir un effet thérapeutique. Pour déterminer cet effet, il faut d'abord chercher la nature et les conditions du choc, son rôle dans les maladies, de manière à fixer les circonstances où sa production artificielle semble favorable. Ainsi que le remarque l'auteur, la thérapeutique par le choc constitue, comme la séro et la vaccinothérapie surtout, un retour au principe de Hahnemann : *similia similibus*...

Examinons donc, en premier lieu, le choc. On sait qu'il peut être produit par l'introduction dans le milieu intérieur de l'organisme de toutes sortes de substances, peptone, matières protéiques, sérums, vaccins, suspensions organiques ou inorganiques, et que, quelle que soit la substance employée, les réactions sont exactement les mêmes, à une plus ou moins grande intensité près. Elles sont trop connues maintenant pour qu'il soit nécessaire de les rappeler.

Pour expliquer les phénomènes du choc, deux théories sont en présence : la théorie chimique de Ch. Richet et de Friedberger, qui invoque l'existence de substances hypothétiques (toxogénine, apotoxine, anaphylatoxine, précipitine) et se heurte en outre à des contradictions expérimentales qui la rendent inacceptable; et la théorie physique de Sachs, acceptée par M. Bordet, que M. Kopaczewski

soutenait dès 1913 et à laquelle s'est rangé plus tard M. Lumière. Le choc, dit M. Kopaczewski est « un changement physique survenu dans le sérum par l'addition d'une suspension quelconque. »

Quelle est la nature de ce changement physique? De nombreuses observations et expériences l'ont établie sans conteste : c'est une agglomération des micelles, une *floculation* (tous les liquides organiques, le sérum, le protoplasma lui-même, étant des colloïdes), accompagnée d'une augmentation de la tension superficielle ou d'une diminution de la viscosité. Donc, l'introduction de substances colloïdales étrangères dans le sérum détermine une rupture d'équilibre colloïdal qui se traduit par une floculation micellaire; cette floculation, par l'obstruction consécutive du réseau capillaire des poumons, entraîne l'asphyxie avec son cortège de symptômes habituels, qui sont ceux du choc. Par suite on comprend que l'emploi de substances capables soit de diminuer la tension superficielle du sérum, comme l'oléate de soude, les sels biliaires, les anesthésiques, soit d'augmenter sa viscosité, comme les sucres, la glycérine, les carbonates et bicarbonates, certaines eaux minérales, puissent supprimer les accidents du choc, précisément parce que ce sont des agents antifloculants. On voit par là, conclut M. Kopaczewski, que le choc produit par contact du sérum n'est pas une intoxication; il n'y a ni processus chimique ou fermentatif, ni formation de substances nouvelles, antagonistes ou protectrices; c'est uniquement un phénomène d'ordre physique.

Toutefois, ainsi qu'on ne peut manquer de le remarquer, la conception précédente n'explique bien que le choc par primo-injection; elle n'explique pas le choc par injections secondes, c'est-à-dire la véritable anaphylaxie de Ch. Richet, qui demande une période d'incubation plus ou moins longue. C'est ici qu'intervient une conception originale de M. Kopaczewski. Notons d'abord que, au point de vue des lésions sanguines, le choc produit par une émulsion est différent de celui que provoque une injection intraveineuse de colloïde par exemple. Dans le premier cas, il se forme de gros caillots, les éléments de l'émulsion constituant des centres de coagulation intravasculaire : c'est le choc *thromboplastique;* dans le second, au contraire, s'il y a des embolies pulmonaires mécaniques, on observe un retard très marqué dans la coagulation du sang. Laissons pour le moment de côté le choc thromboplastique, encore que, dans tous les cas, l'acte final soit le même, et souvenons-nous que l'anaphylaxie vraie n'est jamais produite par des colloïdes.

Ces colloïdes, déclare M. Kopaczewski, peuvent déterminer dans le sérum deux phénomènes : l'un immédiat, un changement de l'équilibre colloïdal, entraînant soit la floculation micellaire, soit la lyse des éléments figurés : c'est le choc *humoral* ou de primo-injection : l'autre à temps, une labilisation du complexe sanguin, consécutive à l'injection première et telle qu'une faible quantité d'un colloïde approprié (injection seconde) trouve le milieu modifié comme on l'a vu (variations de la viscosité, de la tension superficielle, de la pression osmotique, du signe électrique des globulines, etc.), y provoque une rupture d'équilibre dans le sens de la floculation : c'est le choc *cellulaire* ou anaphylactique. Il en résulte que celui-ci n'est déclenché que par certains colloïdes possédant un degré de dispersion et un signe électrique déterminés.

Assurément intéressante est cette conception parce qu'elle permet de découvrir expérimentalement les conditions capables d'entraîner le choc et, par conséquent, d'y parer. Elle a été néanmoins l'objet de critiques. M. F. Widal lui oppose notamment l'impossibilité de constater la floculation *in vivo* et M. Ch. Richet l'anaphylaxie des végétaux, découverte par M. Lumière. Mais le premier argument, exact en ce sens que les floculats micellaires étant rapidement entraînés vers les poumons ne peuvent plus être trouvés dans le sérum, tombe devant ce fait que, seuls, les corps antifloculants sont à même d'empêcher le choc; et le second n'a pas de réelle valeur pour la raison que, si les mêmes facteurs interviennent, leur extériorisation est différente, les plantes n'ayant pas la même organisation que les animaux; chez ceux-ci, la floculation entraîne l'oblitération des capillaires, chez ceux-là, la mort de la cellule par suppression localisée des échanges. D'autres arguments encore ont été invoqués, mais aucun d'eux ne paraît décisif contre la théorie de l'anaphylaxie que M. Kopaczewski résume ainsi : l'introduction d'un colloïde étranger dans un milieu préalablement modifié provoque une rupture d'équilibre colloïdal se traduisant par la floculation micellaire; le floculat ainsi formé constitue des centres d'agglomération des éléments figurés (globules, plaquettes, hémoconies) et aboutit à l'obstruction des capillaires pulmonaires. Parallèlement et de par ces modifications, les centres nerveux peuvent être mécaniquement excités (Lumière), le système nerveux sympathique et autonome mis en éveil (Bouché, Arloing), et les glandes endocrines rendues capables de sécréter des substances aggravantes ou inhibitrices (Widal).

***

M. Kopaczewski est trop prudent pour considérer sa conception du choc comme une théorie générale et définitive; il ne la donne que comme une hypothèse de travail conforme à nos connaissances actuelles et, par conséquent, susceptible de grands perfectionnements. Elle se montre en tout cas déjà féconde et fournit, au mécanisme de production d'un grand nombre de troubles morbides, une interprétation satisfaisante. En effet, les accidents sériques, les idiosyncrasies alimentaires et médicamenteuses, l'asthme, l'urticaire, l'hémoglobinurie paroxystique, les migraines, les réactions tuberculiniques, le choc opératoire ou traumatique, les crises du paludisme et d'autres infections, les états diathésiques, tels que la goutte, que l'on rattache maintenant de plus ou moins près à l'anaphylayie, s'expliquent mieux par le mécanisme physique du choc humoral, cellulaire ou thromboplastique, que par l'intervention de substances chimiques spécifiques, donc différentes dans chaque cas et que, par surcroît, personne n'a jamais pu isoler ni étudier. A cet égard l'auteur fournit de très utiles précisions, sur lesquelles malheureusement je ne puis pas insister.

La conséquence pratique de cette interprétation est que l'on peut toujours trouver, par des recherches appropriées, de quelle nature est la modification de l'équilibre colloïdal, car les sols suspensoïdes donnent une dispersion ou une floculation, les sols émulsoïdes une peptonisation ou une coagulation, les gels une synérèse ou un gonflement, et, par suite, déterminer, s'il s'agit d'un choc humoral, cellulaire ou thromboplastique. Et ainsi la théra-

peutique devient en quelque sorte fixée d'avance, puisque, le choc cellulaire aboutissant à la floculation, le choc humoral à la lyse ou à la floculation, nous pouvons y parer à l'aide de substances antifloculantes, stabilisantes, qui existent en grand nombre, pour augmenter la viscosité sanguine, diminuer la tension superficielle, modifier la charge électrique, la pression osmotique, etc.; de même, dans le choc thromboplastique, les substances anticoagulantes sont naturellement indiquées. Or l'expérience clinique a montré que par l'emploi, tant dans les accidents sériques que dans les maladies à caractères anaphylactoïdes, de ces agents, on obtient des résultats très satisfaisants. Mais on peut aller plus loin et se demander si, par un choc provoqué, artificiel, on n'arriverait pas à modifier favorablement et à redresser les troubles préexistants de l'équilibre micellaire. C'est la *thérapeutique par le choc*, préconisée depuis quelque temps à l'aide de peptone ou de sérum de cheval, mais qui est surtout connue sous forme d'injections de métaux colloïdaux. Toutefois, M. KOPACZEWSKI se montre assez réservé sur ce point, attendu que nous ne savons pas encore évaluer l'intensité du choc qu'on veut produire, ni quel degré de choc l'organisme malade est capable de supporter. Mais il insiste avec raison sur ce fait que j'ai moi-même soutenu depuis longtemps, notamment dans ma *Colloïdothérapie*, que la thérapeutique colloïdale est une thérapeutique physique, donc sans spécificité chimique, et qui agit d'abord et dans tous les cas, quel que soit le corps employé du moment qu'il est électro-négatif, de la même manière.

Si sommaire que soit cette analyse de la conception de M. KOPACZEWSKI, elle suffit à montrer qu'il s'agit bien là d'une hypothèse de travail à la fois logique et féconde. Certes, elle présente des lacunes que l'auteur est le premier à reconnaître, mais elle fournit une base de recherches assez solide pour que biologistes et médecins l'utilisent avec fruit dans leurs expériences et leurs observations.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JUIN 1923)

Action de l'insuline sur la glycémie et sur l'acidose. — MM. A. DESGREZ, H. BIERRY et F. RATHERY préfèrent les préparations du principe pancréatique connu sous le nom d'insuline, isolé, sous forme de poudre, par précipitations fractionnées, aux simples extraits obtenus sans précipitation préalable du corps actif. Ces derniers peuvent, en effet, présenter, en dehors de leur influence sur la glycémie, une toxicité propre.

Des doses répétées et convenables d'insuline produisent une diminution marquée de l'excrétion des corps cétoniques et de l'acide cétogène.

Dix cas de grossesse après traitement des fibromes de l'utérus par les rayons X. — M. Maxime MÉNARD rapporte les observations de dix cas de grossesse survenues, soit au cours, soit après le traitement radiothérapique de neuf femmes porteuses de fibromes de l'utérus, l'une d'elles ayant eu deux grossesses. Le traitement des fibromes de l'utérus par les rayons X n'exige donc pas toujours, pour être mené à bien, la stérilisation des ovaires. L'irradiation de l'utérus seul permet, en effet, d'obtenir la dégénérescence du fibrome tout en respectant l'architecture de l'utérus et celle de l'ovaire. La plupart de ces malades ont continué d'être irradiées pendant les premiers mois de leur grossesse, sans qu'aucune complication immédiate ou tardive soit survenue chez la mère ou l'enfant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1923)

M. GLEY donne lecture de l'éloge qu'il a prononcé aux obsèques du professeur Langlois.

Eaux minérales et stations climatiques. — M. POUCHET lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources et de nouvelles stations climatiques, rapports dont les conclusions sont adoptées.

Discussion sur le statut des sages-femmes. — M. DOLÉRIS retient surtout du rapport de M. Bar deux points de vue qu'il lui semble difficile de concilier : 1° augmenter le nombre des sages-femmes afin qu'il puisse y en avoir dans les campagnes; 2° d'augmenter l'instruction des sages-femmes, ce qui rendra plus difficile l'obtention du diplôme. Il faudrait donc arriver à augmenter à la fois la qualité et la quantité, ce qui n'est pas toujours conciliable.

Et cependant ces deux réformes s'imposent. Sans nul doute il faut accroître les connaissances des sages-femmes, non seulement au point de vue accouchement et suites de couches, mais aussi et surtout au point de vue puériculture.

A ce dernier point de vue, comme au point de vue de la propagande morale, les sages-femmes sont appelées à jouer un rôle de premier plan. Intervient aussi la question d'hygiène. Il faut donc donner aux sages-femmes une instruction beaucoup plus étendue que celle qu'on a réclamée d'elles jusqu'ici. Il faut que toutes les élèves sages-femmes passent par une grande maternité. Il faudra aussi instituer les dispensaires intercantonaux, car il faut arriver à ce que les femmes de la campagne puissent être secourues, au cours de leur grossesse comme au moment de leur accouchement, et il faut que la loi de protection des enfants nouveau-nés puisse être appliquée.

Enfin, d'accord avec M. Bar, M. Doléris estime qu'il faut assurer aux sages-femmes une existence honorable et une retraite pour leur vieillesse. Question d'argent qui, d'après les calculs de M. Doléris, pourrait être assez facilement résolue.

Des injections intracardiaques. — MM. KEMAL-DJENAB et MOUCHET ont fait une série d'expériences physiologiques sur les injections intracardiaques de teinture de digitale ou d'autres substances. Il résulte de ces expériences que les injections intracardiaques ne semblent pas présenter d'avantages sur les injections intraveineuses. Il n'y aurait donc pas lieu de les préconiser chez l'homme, sauf dans les cas de syncopes cardiaques où elles pourraient trouver leur indication.

Cholécystite et ictère par obstruction du cholédoque due à la présence d'ascarides. — M. LE ROY DES BARRES communique une observation d'obstruction du cholédoque grave causée par des ascarides. Il pratiqua une cholécystectomie avec drainage de l'hépatique. Guérison.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 JUIN 1923)

Un cas de diabète grave traité par l'insuline. — MM. A. GILBERT, A. BAUDOUIN et Etienne CHABROL rapportent à l'actif de l'insuline, une observation très favorable. Ce médicament leur a permis non seulement de conjurer l'évolution d'un coma diabétique, franchement déclaré, mais encore de ramener un diabète consomptif, avec acidose considérable, au cadre d'un diabète simple et léger dont la glycosurie est actuellement intermittente. Dans ce traitement, les auteurs ont employé trois variétés d'insuline : les marques améri-

caine et française étaient titrées à 10 unités par centimètre cube, la marque anglaise à 20 unités.

Ils recommandent de ne recourir qu'à titre exceptionnel, dans les cas très graves, aux doses supérieures à 60 unités; la glycosurie de leur malade obéissait à des doses très faibles d'insuline, de l'ordre de 10 à 20 unités en vingt-quatre heures. Pour ne pas courir le risque d'une hypoglycémie thérapeutique dont on connaît les dangers, ils conseillent de se laisser guider dans l'administration du médicament par les résultats de l'examen fractionné des urines. La prudence commande de ne pas faire d'injection aux heures de la journée où le sucre urinaire fait défaut. Cette méthode de contrôle offre en pratique un plus grand intérêt que les analyses du sucre sanguin qui ne peuvent être indéfiniment répétées.

Statistique pour aider à préciser la fréquence de la syphilis. — M. Marcel PINARD cite la statistique des syphilis observés pendant les années 1922-1923, dans un dispensaire, et conclut en montrant l'importance des résultats obtenus par la création de dispensaires antisyphilitiques.

Sclérose en plaque et syphilis. — MM. DUFOUR et DUCHON présentent un malade, atteint de sclérose en plaque, chez lequel la ponction lombaire a montré de la lymphocytose, de l'albuminose, une réaction au benjoin nettement positive et une réaction de Bordet-Wassermann partiellement positive. La question de rapport de la syphilis et de la sclérose en plaque, n'est pas encore tranchée. Dans le cas rapporté par les auteurs, la réaction de Wassermann positive soulève trois hypothèses :

1° La sclérose en plaque est d'origine syphilitique, héréditaire le plus souvent.

2° La réaction de Wassermann positive, dans la sclérose en plaque, est une réaction de groupe, trouvée dans deux spirochètes différentes.

3° A l'occasion d'une poussée aiguë de sclérose en plaque à spirochétose spéciale, le liquide céphalo-rachidien donne la réaction de Wassermann positive, parce qu'il s'agit d'un syphilitique dont les humeurs pathologiques contiennent des anticorps spécifiques, ainsi que l'un de nous l'a montré récemment dans un liquide pleural, tuberculisant le cobaye, mais prélevé chez un hérédospécifique.

Valeur de l'examen clinique pour la surveillance des syphilis du névraxe au début. — MM. LORTAT-JACOB et L. BÉTHOUX, à propos d'un cas de méningo-radiculite survenu chez un syphilitique récent (deux ans), traité insuffisamment, montrent qu'un examen clinique rigoureux a permis « l'analyse topographique » des lésions du névraxe. Ils insistent sur l'importance de l'examen clinique au point de vue du diagnostic et du pronostic dans les syphilis nerveuses au début. Cet examen, en effet, est souvent négligé dans certains dispensaires antisyphilitique où « la prise du sang » et la « ponction lombaire » systématique tendent à remplacer l'aualyse clinique du malade.

Les applications de l'héliothérapie et leur adaptation aux services hospitaliers de l'Assistance publique de Paris. — MM. ARMAND-DELILLE expose les résultats obtenus par l'héliothérapie, tant dans les traitements de tuberculose osseuse que dans celui du rachitisme et après avoir projeté un film cinématographique relatif à l'héliothérapie préventive à l'école au soleil, il rappelle que l'héliothérapie peut être appliquée, même à Paris, dans la belle saison, et insiste sur la nécessité d'organiser systématiquement cette méthode thérapeutique dans les hôpitaux de Paris et les stations de convalescence qui en dépendent.

Résultats éloignés d'un cas de blocage huileux de la plèvre. — M. A. BERNOU a arrêté, il y a quatorze mois, par une injection massive d'huile dans la plèvre, un travail symphysaire qui menaçait de faire perdre le bénéfice de dix-huit mois de collapsothérapie. Quelques injections ont permis, en parant à la résorption de l'huile, de maintenir ce résultat.

Il admet que cette technique, en supprimant une complication encore assez fréquente au cours du pneumothorax artificiel, semble devoir améliorer les résultats définitifs donnés par cette méthode.

Erythème scarlatiniforme desquamatif postarsénobenzolique d'origine anaphylactique. — MM. RAYNAUD (de Montpellier) et LACROIX (d'Alger).

(SÉANCE DU 22 JUIN 1923)

Lèpre et syphilis acquise associées. — MM. L. BABONNEIX et E. RIVALIER présentent un sujet de soixante-quatre ans, qui a fait de longs séjours en Amérique du Sud, et qui est atteint de lèpre typique, ainsi qu'en témoignent les lésions cutanées : taches achromiques et hyperchromiques, tubercules, le facies et les troubles nerveux : atrophie des mains, mélange d'anesthésies et d'hyperesthésies, hypertrophie du cubital. D'ailleurs, l'excision d'un petit lambeau de tache hyperchromique, faite à Saint-Louis l'an dernier, y a révélé la présence de nombreux bacilles de Hansen.

Mais, en plus, ce malade est un syphilitique. Non pas parce que la réaction de Wassermann est positive chez lui, non pas parce qu'il est porteur d'une glossite analogue à la glossite tertiaire : la glossite lépreuse est bien connue depuis Leloir, et, tout récemment, G. Delamare attirait encore l'attention sur elle. Mais, parce qu'il est atteint d'aortite chronique avec ectasie de la carotide droite. Autant qu'on puisse présumer, des deux infections, la syphilis est la plus ancienne, puisque l'aortite a été constatée au moment du Conseil de révision, chez un sujet n'ayant jamais été atteint de rhumatisme. La lèpre a été certainement acquise aux pays chauds, et son début ne remonte qu'à deux ans environ.

M. COMBY (à propos du procès-verbal) signale les « jardins de soleil » du Maroc pour le traitement héliothérapique. Il montre les heureux résultats des camps de vacances et de l'institut d'héliothérapie. Il considère qu'il y aurait lieu de réclamer la création de solariums, comme il en existe déjà dans certains hôpitaux.

Un cas de septicémie à bacille de Friedlander. — MM. BROUARDEL, RENARD et BONNOT rapportent l'observation d'un homme de trente-cinq ans qui, au cours d'une infection présenta de l'ictère. On pensa, en l'absence d'Eberth et de para, à une angiocholite. Survint alors un abcès de la marge de l'anus, puis, un abcès périoste du tibia droit, dont le pus donne une culture pure du bacille de Friedlander.

Le malade succomba au progrès de l'infection. Il existait à l'autopsie une cirrhose et de nombreux abcès miliaires des deux reins où le pneumobacille fut retrouvé.

Diabète infantile compliqué de tuberculose pulmonaire traité par le pneumothorax artificiel et l'insuline. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, CHABANIER et POTEZ montrent un enfant de quinze ans atteint de diabète infantile compliqué de tuberculose pulmonaire et qu'ils ont traité par le pneumothorax artificiel avec M. Coulaud et par l'extrait alcoolique de pancréas (Chabanier). Le pneumothorax a freiné la fonte du poumon gauche, malgré un collapsus incomplet dû à la déviation médiastinale. L'insuline, dans une première cure, a fait tomber le sucre urinaire quotidien de 170 grammes à 6 et l'acétonurie de 1g77 à 0. Interrompue en raison d'une poussée fébrile, elle a été suivie d'une remontée de la glycosurie à 111 grammes et de l'acétonurie à 1g85. Reprise après cinq jours, elle a de nouveau jugulé glycosurie et acétonurie.

Du traitement du diabète et des états acidosiques par l'extrait alcoolique de pancréas (insuline). — MM. H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL et M. LEBERT ont traité, depuis janvier 1923, 21 cas de diabète, à l'aide d'un extrait alcoolique de pancréas, dont ils ont indiqué le mode de préparation très simple antérieurement.

Ces 31 cas se décomposent en 5 cas de diabète de l'enfance avec acétonurie, 8 cas de diabète gras, 4 cas de diabète avec dénutrition sans acétonurie, 9 cas de diabète maigre, avec dénutrition intense et acétonurie, 2 cas de précoma, et 3 cas de coma diabétique confirmé.

1. *Traitement de fond du diabète par la cure d'insuline.* — Durant ces cures, les sujets recevaient les quantités les plus fortes possibles d'hydrocarbonés (100 à 300 grammes suivant les cas).

Les résultats immédiats de ces cures consistent dans une

chute de la glycémie, de la glycosurie (qui, dans certains cas, a été réduite de près de 300 grammes à 0), et de l'acétonurie (qui, généralement, est annulée en quelques jours), et, de plus, par une modification considérable de l'état clinique (augmentation de poids pouvant aller jusqu'à 5 kilogrammes en vingt jours, reprise des forces, disparition de la sensation de soif, de la polyurie, du prurit).

Après suppression de l'insuline, l'amélioration se maintient plus ou moins longtemps : dans un cas, la guérison se maintenait totale, trois mois après suppression de l'insuline.

2. *Traitement des états acidosiques.* — Les manifestations cliniques qui accompagnent l'acétonurie sont remarquablement améliorées par l'insuline.

Dans 2 cas de précoma, la somnolence, la céphalée, la sensation d'oppression disparurent en quelques jours, et les malades étaient rétablis en peu de temps.

Dans 3 cas de grand coma confirmé, le coma céda en vingt-quatre heures à l'insuline (dans un cas injection intraveineuse). Dans 2 des cas, la malade guérit complètemeet, dans l'autre le malade est mort sans coma.

Les auteurs concluent de ces faits que si le coma constitue une indication formelle de l'insuline, la meilleure indication est constituée par les formes de diabète grave, avec dénutrition, que l'on s'efforcera de traiter aussi précocement que possible.

M. Apert a traité, par l'insuline préparé par MM. Chabanier, Lolo-Onell et Mlle Lebert, un sujet de dix-sept ans, atteint de diabète grave, ayant eu, à certains moments, jusqu'à 8 et 12 litres d'urines et 700 grammes de sucre. Aussi était-il resté infantile non pubère, 1m46 de taille et 32 kilogrammes de poids. Récemment, il avait maigri et ne pesait plus que 29 kilogrammes. Soumis à un régime constant, il conservait de 105 à 140 grammes de sucre avec 0,30 et 0,75 d'acétone.

Avec le même régime, l'insuline fit disparaître totalement l'acétone dès le troisième jour et fit tomber le sucre dès le premier jour à 30 grammes et finalement à moins d'un gramme. L'état général fut très amélioré.

M. Pinard. La syphilis est fréquente au cours du diabète, aussi y a-t-il lieu de recommander le traitement spécifique si l'on veut guérir le diabète. L'insuline est seulement un traitement des accidents.

M. Rist. A propos du cas rapporté par M. Laignel et pour lequel la radiographie pulmonaire plaide, d'après M. Pinard, en faveur de l'hérédosyphilis, l'auteur prétend qu'il n'existe pas d'aspect radiologique qui puisse permettre de soupçonner la syphilis d'une façon nette.

M. Chabrol se demande si, en dépassant la dose correspondant à 60 unités américaines, M. Chabanier a observé des accidents.

M. Chabanier dit n'avoir jamais observé d'accidents, même avec des doses supérieures à 60 unités américaines, mais il pense que cela tient à ce que les malades sont alimentés pendant le traitement et qu'ainsi la phase d'hypoglycémie est supprimée.

M. Labbé, tout en reconnaissant les excellents résultats obtenus avec l'insuline dans les diabètes graves, considère qu'il y a lieu d'établir des distinctions suivant la variété du diabète en cause.

Tout diabète, sans dénutrition azotée, mais avec acidose, par exemple, peut guérir par le régime, sans qu'on ait besoin de recourir à l'insuline. Il signale également la rareté du diabète rénal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 13 juin 1923)

Pancréas accessoire. — M. Cauchois, à propos de la communication de M. Gosset, apporte l'observation d'un malade qu'il a opéré pour un ulcère gastrique. Ce malade étant cachectique il s'est borné à pratiquer une gastro-entérostomie, en relevant l'estomac il a trouvé, dans le ligament gastro-colique, une masse assez volumineuse qu'il a enlevée, non sans difficultés. Le malade, après des symptômes de pancréatite, a succombé. A l'autopsie on a constaté l'intégrité du pancréas, mais on a trouvé des ilots de nécrose graisseuse. M. Cauchois pense que la masse qu'il a enlevée était un pancréas accessoire.

Chirurgie de l'intestin. — M. Descomps analyse deux observations adressées par M. Gruget (de Laval).

Premier cas : femme de cinquante-huit ans, kélotomie pour hernie étranglée, nouveaux phénomènes d'occlusion, nouvelle intervention ; étranglement du grêle, résection de 8 centimètres. Anastomose termino-terminale, guérison. M. Descomps préfère, dans ces cas, l'anastomose latéro-latérale.

Deuxième cas : femme de soixante-huit ans, en occlusion depuis quatre jours, intervention ; le grêle est rouge et dilaté, deux anses sont aculées et limitent un petit abcès résultant d'une perforation, résection de 11 centimètres, anastomose bout à bout. Guérison. L'anse réséquée était entourée d'une tumeur circulaire que l'examen histologique a montrée être un épithélioma. En outre, dans l'anse, se trouvait un lombric, dont la présence n'a peut-être pas été étrangère à la production de l'occlusion.

M. Descomps pense qu'en pareil cas l'indication était de s'en tenir à une simple dérivation.

Le procédé de Lambret. — M. Okinczyc rapporte une observation de MM. Combier et Murard dans laquelle, chez un homme atteint d'un cancer du rectum inopérable, a été pratiqué un anus iliaque par le procédé de Lambret avec la modification de Hayem, M. Okinczyc n'est pas partisan du procédé de Lambret dans les cas de cancer intestinal.

Décapitation de l'humérus, reposition sanglante et vissage. — M. Hallopeau analyse une observation de M. Brissar : jeune homme de dix-neuf ans, chute de bicyclette, fracture de la tête de l'humérus. Insuccès de l'appareil de Delbet, réduction sanglante et fixation à l'aide d'une vis. Parfaite restauration fonctionnelle. M. Hallopeau a eu recours, dans huit cas, au même procédé qui lui a donné de bons résultats.

M. Broca pense que dans la grande majorité de ces cas on peut recourir à la reposition sans ostéosynthèse.

MM. Roux-Berger, Mouchet et Basset ont eu recours, avec succès, à la reposition sans ostéosynthèse.

M. Ombrédanne se sert d'un appareil immobilisateur en abduction dont il a trouvé la description dans un ouvrage de Sutter.

Traitement du cancer par la curiethérapie. — M. Proust, à propos de trois malades présentés par M. de Nabias, deux atteints de cancer de la langue et un de cancer de la parotide, insiste sur les avantages, dans ces cas, d'applications de radium prolongées au moyen de rayons très filtrés.

Rétrécissement de l'intestin consécutif à une hernie étranglée. — M. Souligoux rappelle un travail qu'il a présenté en 1906 et dans lequel il décrivait un procédé consistant en une exclusion bilatérale suivie d'une iléosygmoïdostomie.

Résection osseuse péricardiaque chez un asystolique. — M. Gosset présente un malade qui était asystolique et chez lequel il a pratiqué une large résection précardiaque du squelette thoracique qui lui a permis de respirer librement.

Dysphagie grave, phrénospasme. — M. Lardennois présente un malade auquel, en Allemagne, on avait pratiqué une gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage. M. Lardennois libéra et ferma la gastrostomie et, par une thoracotomie postérieure, aborda l'orifice œsophagien qu'il incisa et dilata. Guérison.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 7 juin 1923)

Syndrome strié : spasmes de la face, du cou, des muscles glosso-laryngés et d'un membre supérieur. — MM. Souques et Blamoutier présentent une malade atteinte, depuis dix ans, de spasmes toniques permanents des muscles de la face, du cou, de la langue, du voile, du larynx et du membre supérieur gauche, spasmes exagérés par les mouvements volontaires et entraînant des troubles fonctionnels profonds, spé-

cialement une anorthrie extrêmement marquée. Les états psycho-affectifs ont une influence nette sur certains de ces spasmes.

Cette hypertonie étant survenue trois jours après un traumatisme, il y a lieu de supposer que celui-ci a déterminé un foyer hémorragique dans chacun des deux corps striés.

La limitation étroite de cette hypertonie permet d'admettre dans le corps strié, l'existence de centres distincts comparables aux centres moteurs de la zone corticale.

M. Clovis Vincent remarque que la malade présente quelques troubles caractéristiques de certaines lésions des corps striés; ils consistent essentiellement dans les phénomènes suivants :

1° Dissociation des synergies anormales dont les plus apparentes sont la flexion de l'avant-bras sur le bras, produite par le long supinateur et non par le biceps.

2° Contracture des muscles péribuccaux droits coïncidant au moment de l'ouverture de la bouche avec la contraction du peaucier gauche.

3° Dissociation entre l'élévation des globes oculaires et la contracture du frontal dans l'élévation du regard.

La contracture, dont est atteinte la malade, ne se rapproche qu'en apparence de la contracture de la maladie de Thomsen; en vérité, elle a les caractères de la contracture postencéphalitique et parkinsonnienne.

Un autre phénomène, qui appartient encore à la contracture postencéphalitique et à la maladie de Parkinson s'observe chez la malade de M. Souques : elle est non seulement anarthritique, mais aphone, muette et cette aphonie, ce mutisme est dû au blocage thoracique en inspiration, qui ne permet pas l'expiration, condition nécessaire du cri.

Clonus du pied d'origine périphérique. — M. Souques. En présence d'un clonus vrai du pied, il est logique de penser à une lésion centrale (spinale ou cérébrale), c'est-à-dire à une altération du faisceau pyramidal. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, la trépidation épileptoïde peut être déterminée par une lésion périphérique.

L'auteur en montre un cas démonstratif, clonus typique du pied droit, avec exagération des réflexes rotulien et achilléen du même côté du corps; les secousses ne diffèrent en rien de celles qui sont dues à une altération du faisceau pyramidal, et il s'agit là d'un clonus vrai, pathologique. Il n'existe pas chez la malade, de signes d'une lésion du système nerveux central. Mais, par contre, on constate, chez elle, au tiers supéro-interne du mollet droit, une induration large et profonde, située en plein jumeau interne, très douloureuse. Cette induration déjà ancienne est survenue dans les conditions suivantes : Il y a trois ans, l'enfant, en descendant à la course une rue escarpée, éprouva brusquement une très vive douleur, au niveau du mollet, qui lui fit garder le lit pendant trois semaines. La douleur n'a pas disparu depuis. Il s'en est suivi une rétraction musculaire du triceps sural. Il est rationnel de supposer que l'induration douloureuse du mollet est la suite d'une rupture musculaire et d'un hématome qui s'est organisé.

Pour que le clonus du pied, à la suite d'une lésion périphérique, puisse se produire, il faut :

1° Une hyperexcitabilité spinale produite et entretenue par une irritation périphérique.

2° Un certain état de rétraction ou de contraction du triceps sural.

Elévation de la température locale dans deux cas d'ostéite déformante de Paget. — MM. Souques et Blamoutier présentent deux malades atteints d'ostéite déformante de Paget, chez lesquels on constate, au niveau des os déformés, une hyperthermie considérable. Chez l'un l'ostéite est unilatérale et limitée au tibia : au niveau de cet os, le thermomètre marque 5 degrés de plus que sur le tibia sain. Lorsque la

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fièvres typhoïde et paratyphoïdes, par les docteurs Henri Dufour, médecin de l'hôpital Broussais, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, et Joseph Thiers, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine. In-16 de 450 p. avec fig. dans le texte. — Prix, cart. toile : 14 fr.; franco : 15 fr. 40. — Paris, G. Doin.

Innere Sekretion, von Dr Biedl. 4 Aufl. Bd. III. — Vienne (Autriche), Urban et Schwarzenberg, I., Mahlerstrasse.

Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten, von prof. Dr F. Lust. 3 Aufl. — Vienne, Urban et Schwarzenberg.

Leitfaden der klinischen Krankenuntersuchung, von Drs Elias, Jagie, Luger. Grundzahl 3. — Vienne, Urban et Schwarzenberg.

Indicanämie, von Dr Baar. — Vienne, Urban et Schwarzenberg.

Lexikon der gesamten Therapie, von Guttmann-Marle. 3. Lieferung. — Vienne, Urban et Schwarzenberg.

différence entre le côté malade et le côté sain n'atteint pas 2 degrés, il faut faire des réserves sur l'existence d'une hyperthermie pathologique. En effet, chez les sujets normaux, on peut trouver, entre les deux côtés du corps, des différences physiologiques qui, généralement, de quelques dixièmes, peuvent atteindre 1 et près de 2 degrés.

L'hyperthermie s'étend à tout l'os malade; elle peut même, par une espèce de rayonnement, le dépasser.

Est-elle constante, fréquente ou rare? Il est actuellement impossible de répondre à cette question. Est-elle permanente? Ce n'est pas probable; il est vraisemblable que, quand le processus « pagétique » s'éteint, elle doit disparaître aussi. Est-elle propre à l'ostéite déformante de Paget? Ne peut-elle pas se rencontrer dans l'ostéite syphilitique, désignée sous le nom de tibia en « fourreau de sabre »? On pourrait peut-être trouver là un moyen clinique de distinguer ou de confondre ces deux types d'ostéite déformante,

Deux cas de myopathie à forme de myosclérose. — MM. Lereboullet et Heuyer présentent deux enfants de douze et six ans, atteints très précocement de myopathie arrivée à un stade avancé et qui a pris, chez eux, une forme de myosclérose. Dans les deux cas, le caractère familial manque chez l'enfant le plus jeune, la diffusion de la myopathie est plus intense. Chez tous les deux existent des rétractions tendineuses et une infiltration scléreuse de certains muscles déterminant une attitude vicieuse des membres. L'existence d'un petit syndrome dystrophique, de légers troubles endocriniens, d'une contraction galvanotonique sur certains muscles permet de discuter le rapport de cette forme de myopathie avec d'autres formes récemment étudiées et qui ne sont peut-être que les différentes variétés d'une même classe de myopathies.

Diagnostic entre séquelle d'encéphalite léthargique et tumeur cérébrale, à propos d'un malade atteint d'amaurose depuis trois ans. — MM. H. Bouttier, L. Girot, Mlle S. Wertheimer présentent un homme de quarante-deux ans, qui, en 1920, après une période de fatigue et de fièvre, suivies de crises d'épilepsie jacksonnienne, a perdu la vue en huit jours, et a pris, dans la suite, un aspect figé avec tremblement, surtout du bras gauche, et une attitude d'hyperextension du cou rappelant un peu « la rigidité des décérébrés ».

Ce malade ne présente aucun trouble sensitif, il n'a aucune paralysie des membres ni du tronc, il est, dans l'ensemble, beaucoup plus extrapyramidal que pyramidal.

L'examen a toujours montré l'intégrité absolue de fonds d'yeux, la persistance du réflexe photomoteur, l'immobilité des globes oculaires par paralysie des fonctions, et une paralysie de la IIIe paire gauche.

Les auteurs estiment que ce malade pose deux problèmes : Quel est le siège de la lésion? Quelle en est la nature?

Ils croient à une lésion siégeant en arrière des ventricules quadrijumeaux, et intéressant la région striée et pédonculaire.

Mais, ils discutent surtout l'étiologie de ce syndrome, car, si, chez ce malade, bien des arguments plaident en faveur d'une encéphalite léthargique, ils estiment qu'on doit envisager également chez lui la possibilité d'une tumeur cérébrale.

Ce malade montre les difficultés nouvelles, que la connaissance de l'encéphalite léthargique a fait naître en neurologie, et, selon eux, seule, l'évolution du malade permettra de rattacher des troubles, soit à une tumeur, soit à une encéphalite léthargique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 4 MAI 1923)

Luxation latérale complète du coude. — M. Lapeyre relate l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ans qui se fit une luxation latérale externe complète du coude gauche avec arrachement d'un gros fragment épitrochléen. La réduction fut facilement obtenue sans anesthésie, mais, quelques jours après, on procéda à l'ablation du fragment épitrochléen, qui était resté assez éloigné de l'extrémité humérale. L'auteur insiste sur l'importance clinique de ce fragment épitrochléen (qu'il soit le résultat d'une fracture vraie ou d'un décollement épiphysaire tardif), qui peut être immédiatement une cause d'irréductibilité de la luxation et tardivement une menace sérieuse pour l'intégrité fonctionnelle du nerf cubital Aussi conseille-t-il son ablation.

Aortites et anévrismes de l'aorte. (*Présentation de pièces multiples.*) — MM. Vedel, Giraud et Puech.

Etude sur l'acide urique totale du sérum sanguin. Le facteur hépatique de l'hyperuricémie. — MM. Cristol et Nikolitch.

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique		17 gr.
Phosphate de soude		24 gr.
Eau distillée	Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 2 juillet. — Jury : MM. Legueu, président; Gosset, Couvelaire et Mathieu. — M. Robert (François). Les fistules lombaires après la néphrectomie. — M. Buzzi (Robert). La voie transpéritonéo-vésicale. — M. Serroro (Raoul). Eventration et hernies congénitales. — M. Blum. De la compression manuelle de l'aorte abdominale en obstétrique. — Mlle Baud (Charlotte). Les complications infectieuses de la curiethérapie du cancer de l'utérus. — Mlle Guyot (Jeanne). Etude sur les ostéites tuberculeuses.

Mardi 3 juillet. — Jury : MM. Letulle, président; Jeanselme, Bezançon et J.-L. Faure. — M. Serré (Roger). Etude des manifestations viscérales de la maladie de Recklinghausen. — M. Ducrochet. Les formes chroniques de la spléno-pneumonie tuberculeuse de l'enfant. — M. Péraldi (A.). De la vaccinothérapie dans quelques cas de suppurations. — Mlle Aizière. Du traitement des anémies infantiles. — M. Daviot (Charles). Les purpuras arsénobenzoliques (traitement de la syphilis). — M. Canoz (Max). Etude du danger rénal des rétrécissements urétraux. — Mlle Sansonetti (Angèle). Etude de la diathermie en gynécologie.

Jury : MM. Marfan, président; Chauffard, Broca (André) et Claude. — M. Girard (Jean). Gangrène pulmonaire à poussées successives. — M. Robert (Clément). Etude des spirochétoses. — Mme Delaplace (Suzanne). L'adénite rétro-mastoïdienne (syphilis du nourrisson). — M. Kohn (Richard). Etude du myxœdème congénital dans la première enfance. — M. Grenier (A.). Etude anatomique de l'adénite chez l'enfant. — M. Faillie (L.). Etude sur la physiologie de la marche en descente. — M. Bogoraze (Serge). Considérations relatives aux troubles psychiques dans l'encéphalite.

Jury : MM. Widal, président; Vaquez, Carnot et Balthazard. — M. Bécart (Auguste). Etude de la transfusion du sang. — M. Trotot (Jean). Etude de la tyrosino-réaction dans la tuberculose pulmonaire. — M. Sagardoy (J.-B.). La constipation rectopelvienne en dyschésie. — M. Coti (Toussaint). Mal de mer et son traitement. — M. Tisné. Etude des instabilités cardiaques de guerre et leur pronostic. — M. Haïdar (Ali). Syndrome de Maurice Raynaud d'origine oxycarbonée. — M. Pigot (Marcel). Les moyens de secours aux asphyxiés.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 juin. — MM. Madier, 15 ; Pascalis, 19 ; Petit-Dutaillis, 20.
Séance du 30 juin. — MM. Monod, 18 ; Lorin, 17 ; Fey, 12.
Séance du 1er juillet. — MM. Quénu, 13 ; Bloch (René), 18 ; Charrier, 14.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er mars 1924 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 17 septembre 1923, à 16 heures précises, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du mercredi 1er août au vendredi 31 août 1923 inclusivement.

— SANATORIUM D'HENDAYE. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante au sanatorium d'Hendaye. Les candidats désireux d'occuper l'emploi devront en faire la demande au bureau du Service de santé (n° 15), administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, Paris.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — M. le docteur Picard, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, a été nommé, après concours, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

CONGRÈS NATIONAL D'ÉDUCATION PHYSIQUE. (BORDEAUX, 24, 25, 26 sept. 1923.) — La Ligue girondine d'éducation physique et la Société médicale d'éducation physique et de sport, de Paris, organisent pour les 24, 25 et 26 septembre 1923 un Congrès national d'éducation physique qui tiendra ses assises à Bordeaux, et dont les séances auront lieu à la Faculté de médecine, à l'Athénée municipal et à la Maison communale d'éducation physique.

Le Comité du Congrès est ainsi constitué :

Président : professeur Sigalas, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; vice-présidents : professeurs Langlois (de Paris), Latarjet (Lyon), Cruchet (Bordeaux) ; secrétaires généraux : professeur agrégé L. Rocher, 28, rue du Teich, Bordeaux ; docteur G.-A. Richard, 53, avenue Trudaine, Paris ; secrétaires : docteurs Cadenaule et Loubatie, 5, cours de l'Intendance, Bordeaux ; R. Jeudon, 132, avenue d'Orléans, Paris ; trésorier : M. de la Vielleuze, 68, cours Victor-Hugo, Bordeaux.

Les travaux du Congrès seront répartis en trois sections pour chacune desquelles une question générale sera mise à l'ordre du jour :

A. Section physiologique : « La circulation et la respiration pendant l'exercice. »

B. Section éducation physique : « Dosage de l'exercice chez l'enfant et chez l'adolescent. »

C. Section sport : « Choix du sport selon l'âge. »

A l'occasion de ces travaux une exposition se rapportant à toutes les questions d'éducation physique se tiendra à la Faculté de médecine. Des démonstrations d'éducation physique et de pratique sportive, des présentations photographiques, des films concernant les sports et l'éducation physique auront également lieu pendant le Congrès.

COURS DE PÉDIATRIE PRATIQUE. — Les docteurs Armand-Delille, médecin de l'hospice Debrousse ; Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec ; Hallopeau, chirurgien de l'hôpital Trousseau ; Mouchet, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Ribadeau-Dumas, médecin de la Maternité ; feront, du 7 au 13 juillet, une série de conférences sur les affections respiratoires du nourrisson et la tuberculose de l'enfant.

Ces conférences, exclusivement pratiques, ne concernent que la clinique thérapeutique. Elles comportent des démonstrations sur le malade et les pièces anatomiques.

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant par le docteur Ribadeau-Dumas, médecin de la Maternité, 119, boulevard de Port-Royal.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT EN AVION

RESPONSABILITÉ DES COMPAGNIES DE TRANSPORTS AÉRIENS

Le développement de l'aéronautique est une question vitale; et si l'on ne prend pas encore un avion comme on prend un véhicule quelconque pour aller d'un point à un autre, il arrivera un jour où le voyage en avion aura lieu aussi communément que le voyage en chemin de fer et en bateau.

Mais, actuellement, le peu d'envie d'employer l'avion résulte des craintes d'accidents : tomber de plusieurs centaines de mètres en l'air est souvent la mort assurée à la fin de la chute, sans espoir de se sauver, en tout cas la cause d'un grave accident. Ce n'est pas engageant.

Les Compagnies de transports aériens qui se sont créées, ont essayé d'esquiver leur responsabilité. Mais le tribunal civil de la Seine (4e Chambre), dans un jugement du 18 décembre 1922, leur a fait l'application de la règle juridique suivante : le transporteur doit conduire le voyageur sain et sauf à destination.

Cette jurisprudence intéresse tout le monde. C'est pourquoi, il importe de la faire connaître à nos lecteurs.

Au mois de septembre 1921, une personne prit un billet à une Compagnie de transports aériens pour être transportée de Paris (aérodrome du Bourget) à Londres (aérodrome de Croydon), moyennant une somme de 300 francs. Non loin du point de destination, l'avion transporteur se brisa et blessa grièvement, dans sa chute, le voyageur.

L'incapacité dura longtemps; le préjudice était important. L'accidenté s'adressa à la Compagnie pour en obtenir la réparation. Ce fut en vain; elle lui répondit qu'elle avait toujours prévenu ses voyageurs, avant même leur embarquement, par une clause imprimée sur les billets, qu'elle entendait ne pas se rendre responsable des accidents susceptibles d'intervenir pendant le transport, et que le billet étant accepté sans protestation, ni réserve, elle était, par suite, exonérée de toute responsabilité.

L'affaire fut portée devant le tribunal qui ne put que repousser une thèse de cette nature, inadmissible à plusieurs points de vue.

D'abord, rien ne pouvait établir que le voyageur avait accepté la clause d'irresponsabilité de la Compagnie : le fait d'avoir reçu et pris le billet est insuffisant à cet égard. Pour qu'il y ait contrat, il faut accord de deux volontés. Or, disait le voyageur, qu'on me montre ma signature apposée au bas de cette clause d'irresponsabilité. Au surplus, qui donc lit, au moment de prendre son billet, les inscriptions, la plupart du temps en caractères microscopiques portées sur les billets?

En second lieu, il y a un texte de loi qui a eu précisément pour but d'éviter ces clauses d'irresponsabilité, qui mettaient les voyageurs à la merci des Compagnies de transport. La loi du 17 mars 1905, dite loi Rabier, a ajouté un paragraphe à l'article 103 du Code de commerce, prescrivant que le voiturier est garant de la perte ou des avaries de la chose qu'il transporte et que toute clause contraire, insérée dans la lettre de voiture, tarif ou autre document, est nulle et de nul effet. Cette prescription est générale : elle s'applique aussi bien aux transports par avion que par chemins de fer; seuls les transports maritimes échappent à son empire, mais pour des raisons toutes spéciales qu'il est sans intérêt de rappeler ici. Le fait que l'aviation n'existait pas en 1905 est inopérant en l'espèce; car les travaux préparatoires prévoyaient les transporteurs nés ou à naître.

Le législateur a jugé nécessaire que les Compagnies de transports fussent automatiquement responsables des accidents, sans qu'on ait à faire la preuve de leur faute; autrement, la victime serait désarmée, n'ayant pas à sa disposition les moyens de preuve que peut avoir le transporteur.

Le tribunal civil de la Seine a fait application de ces principes et a condamné la Compagnie de transport à réparer le préjudice justifié.

Peut-on dire qu'une décision de cette nature est susceptible de mettre obstacle au développement de l'aéronautique? Assurément non; il faut que le voyageur sache, s'il vient à être victime d'un accident, que le préjudice qui pourra en résulter pour lui soit réparé; car il se livre entièrement à la vigilance, à l'attention, à l'intelligence du pilote, préposé de la Compagnie. Il n'y a aucune raison d'admettre une règle différente de celle qui existe en matière d'accident causé par un chemin de fer ou par une automobile.

Quel est l'effet de cette jurisprudence? C'est, si les Compagnies sont sages, de s'assurer auprès de Compagnies solvables; elles feront payer, si cela est nécessaire, une somme supplémentaire.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 4 juillet. — Jury : MM. Delbet, président; Hartmann, Broca (Aug.) et Sebileau. — M. FONTAINE (Albert). Des indications et du siège de l'amputation dans les gangrènes. — M. BROUET (L.). Etude des nerfs rachidiens dans la zone abdominale du rein. — M. MIRKO-KANKOVITCH. Etude clinique et radiographique sur l'ostéoarthrite tuberculeuse chez l'enfant. — M. CHALONO. Genu valgum ostéogénique (tuberculose du genou). — M. GORNOUCO (Louis). Des accidents dentaires chez les syphilitiques. — Mlle GELÉ DE FRANCONY (Arlette). Etude du sport chez la femme. — M. PARROCEL (Etienne). Traitement de la méningite septique et sa curabilité.

Jeudi 5 juillet. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Chauffard, Nobécourt et Terrien. — M. CHANTIER (Edmé). Les complications tardives des blessures orbitaires. — Mme FALK-RAISSA-TROTSKY. Etude des septicémies à tétragène. — M. FORTIN (Emmanuel). Sur certains facteurs de la guérison de la méningite. — M. VASSAL (Philippe). Sur l'emploi de la sérothérapie de la rougeole (hôpital Trousseau). — Mme KARREL (Vincent). Etude du pimphigus épidémique du nouveau-né. — M. LABESSE (Maurice). Sur l'élimination de l'iode métalloïdique par les urines. — Mlle YOUKITCHEVITCH (Vera). Réflexions sur deux cas de tétanos chez l'enfant.

Jury : MM. Cunéo, président; J.-L. Faure, Lecène et Metzger. — M. JAMET (Alfred). Etude du cancer du col de l'utérus. — Mlle MEURS (Lucienne). Prolapsus de l'ovaire. — M. SABADINI (L.). Etude du traitement opératoire des prolapsus génitaux. — M. NECHITCH (Stevan). Hystérectomie périnéale. — M. EMERIT (Jean). Un nouveau cas de tuberculose de la glande parotide. — M. MAGNAC (L.). Etude de la tuberculose chirurgicale de la rate.

Samedi 7 juillet. — Jury : MM. Jeanselme, président; Brindeau, Nobécourt et Jeannin. — M. DUBOIS (Paul). Les épidermites à levures. — M. ENGELBACH (P.) Pédiculoïde des ventricosus, cause de dermatose chez les ouvriers du port du Havre. — M. GRANDHOMME. Etude de l'élimination des sucres urinaires chez la femme enceinte. — Mme ULRIC-LÉVY. Du diagnostic de l'intervention dans les sténoses du nourrisson. — Mlle REVON. Etude sur les états périodiques d'excitation chez les enfants. — M. HERVÉ (Frédéric). Conséquences médicales et économiques de la contagion intérieure dans les hôpitaux d'enfants. — Mme THIZY (Suzanne). Saint-Simon, clinicien.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PARALYSIE GÉNÉRALE INFANTILE

PAR MM.

Le Dr J. ROUBINOVITCH,
Médecin chef à l'hospice de Bicêtre,
BARUK et BARIÉTY,
Internes des hôpitaux de Paris (1).

Nous présentons ci-dessous l'observation d'un cas de paralysie générale infantile traité dans notre service et offrant certaines particularités cliniques intéressantes. Les signes de méningo-encéphalite se sont greffés sur un fond de débilité mentale accentuée et ont poursuivi régulièrement leur évolution jusqu'à l'âge de dix-sept ans, âge auquel notre malade a succombé à la suite d'une cachexie progressive.

A. Histoire de la maladie. — L'histoire de la maladie est la suivante :

A la naissance, rien d'anormal. L'enfant est né à terme et pesait 6 livres. L'accouchement ne présenta aucune difficulté.

A neuf mois, apparaissent les premières dents; mais elles tombent ensuite spontanément et très rapidement. De plus, l'enfant présenta, dès le début, un retard dans l'apparition de la parole et de la marche. C'est seulement à l'âge de deux ans qu'il commença à murmurer les premiers mots et un peu plus tard à faire ses premiers pas. Dès cet âge, on était frappé de son inertie : il restait immobile, ne jouait pas et semblait indifférent à tout ce qui l'entourait. Le développement mental fut, du reste, très lent. Ce n'est que vers quatre ans que le petit malade est arrivé à parler d'une façon distincte. Il est resté sale jusqu'à cette date.

Il est entré à l'école à cinq ans : durant sa fréquentation scolaire, ses progrès furent lents. Il a réussi cependant à apprendre à lire et à écrire; mais n'a jamais su compter ni mettre l'orthographe. De plus, son caractère était bizarre, « il n'était pas comme tout le monde », suivant l'expression de la mère, et restait isolé, taciturne, ne jouant jamais à l'école avec ses camarades. A la maison, il était doux, obéissant, affectueux vis-à-vis de ses parents. Jusqu'à l'*âge de sept ans*, il s'agissait donc, en somme, d'un enfant arriéré, débile, mais ne présentant pas de manifestations morbides bien saillantes.

C'est à l'âge de *sept ans* qu'apparurent les premiers symptômes nerveux dans le domaine de la motilité : la marche devient hésitante, le malade traîne la jambe, puis assez rapidement s'installe une paraplégie des membres inférieurs bientôt complète et confinant l'enfant au lit. Pas de troubles sphinctériens à cette date. Quant aux troubles moteurs, ils ne furent que transitoires; au bout de quinze jours, la marche redevint possible et l'enfant put même retourner à l'école.

Son état resta alors stationnaire jusqu'à l'âge de quatorze ans. C'est à cette date que débutent les signes d'*affaiblissement intellectuel* qui ne devaient que s'accentuer progressivement dans la suite : l'enfant ne travaille plus du tout en classe, oubliant le peu qu'il avait appris. L'écriture, la lecture deviennent impossibles. L'indifférence est totale et l'on ne peut plus fixer l'attention. Un an plus tard, environ, on ne pouvait même plus l'employer aux soins du ménage, on ne pouvait plus le laisser sortir seul, car il ne retrouvait plus le chemin de sa maison. Un jour, il faillit mettre le feu par imprudence. Devant cet état, le malade est conduit à l'asile Sainte-Anne, en mars 1920. Il y reste hospitalisé un peu plus de trois mois, puis est transféré à Bicêtre, le 24 juillet 1920.

B. Examen clinique. — A son entrée à Bicêtre, on constatait un état démentiel notable; cependant, l'enfant allait et venait et pouvait encore être occupé, sous une surveillance attentive, à quelques travaux simples (aider au ménage par exemple). Son caractère était instable, coléreux et brutal; il se battait fréquemment avec ses camarades qu'il cherchait même à mordre. L'examen somatique révélait, à cette date, l'existence d'une légère trémulation de la langue, d'une inégalité pupillaire avec faiblesse du réflexe lumineux et de l'embarras de la parole. Une ponction lombaire fut pratiquée le 10 août 1920 et permit de constater une tension de 45 au manomètre de Claude, une proportion de 1g50 d'albumine, une lymphocytose marquée (50 lymphocytes par champ), enfin le Wassermann était fortement positif dans le liquide céphalo-rachidien.



Fig. 1. — *Le malade à son entrée à Bicêtre.*

Depuis cette époque, les troubles psychiques et somatiques n'ont fait que s'accentuer. En outre, est apparu un *tremblement* de plus en plus marqué, tremblement en masse de tout le corps, à rythme rapide, s'exagérant au moindre mouvement. L'incoordination motrice devint telle que le malade fut bientôt complètement confiné au lit.

A la date du 9 mars 1922, le malade est complètement inerte dans son lit; la face est immobile, l'expression plutôt hostile, les sourcils froncés.

Le malade reste complètement indifférent, on est obligé de l'alimenter. Par contre, dès qu'on s'approche de lui, qu'on veut l'examiner, ou le déplacer dans son lit, il réagit violemment et pousse des cris. Le *négativisme* est très marqué; le malade s'opposant à tout mouvement qu'on désire lui faire exécuter, li se raidit fortement et se cambre, dès qu'on cherche à l'asseoir. La déchéance intellectuelle est

(1) La partie anatomo-pathologique de cette étude est due à M. le docteur Barbé, médecin de l'hospice de Bicêtre.

complète; le malade ne répond plus à aucune question et ne fait que répéter, des journées entières, les mêmes phrases, accompagnées des mêmes gestes, avec une stéréotypie frappante. La parole est lente, traînante, avec achoppement marqué et tremblement des lèvres.

Contrastant avec cette abolition à peu près complète des facultés intellectuelles, les sentiments affectifs sont relativement conservés : Quand il voit son frère, il exprime une joie intense; sa figure, ordinairement contractée, se détend, tandis qu'il crie : « Voilà mon frère. » Il présente parfois des accès de pleurs. Enfin, par moment, on trouve une note d'euphorie. A la suite de la recherche du réflexe oculo-cardiaque, il s'écria subitement, avec un air joyeux : « je suis guéri. »

Le gâtisme est complet (incontinence des urines et des matières fécales). A l'examen somatique — l'enfant se présente comme assez bien développé. Le front est bombé — les bosses frontales saillantes. On trouve des dents d'Hutchinson typiques. Les organes génitaux ont subi l'évolution normale de la puberté — pas d'autres malformations sur le reste du corps.

A l'examen du système nerveux — le tremblement est très marqué sur tout le corps, les réflexes tendineux sont nettement exagérés, le réflexe plantaire est en flexion.

Les pupilles sont très inégales, la gauche plus grande — le réflexe lumineux est aboli; il est difficile de rechercher le réflexe accommodateur, en raison de l'impossibilité de fixer l'attention du malade.

La marche est absolument impossible. A noter l'absence d'attitudes catatoniques.

L'examen des autres appareils est négatif : rien au cœur, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine; pas de fièvre; le foie et la rate sont normaux. Le réflexe oculo-cardiaque est normal.



FIG. 2. — *Le même à la période terminale.*

Enfin, une seconde ponction lombaire a été pratiquée le 21 février 1922 et a montré 1 gramme d'albumine et 42 lymphocytes par millimètre cube.

A partir de mars 1922, l'aggravation de tous les symptômes s'accentue : progressivement, le membre supérieur droit s'immobilise en flexion de tous les segments les uns sur les autres, en même temps qu'il est le siège d'une raideur marquée; il est impossible d'étendre l'avant-bras sur le bras. Puis, durant le mois de juillet, surviennent deux crises épileptiformes généralisées avec prédominance au membre supérieur droit, des escarres apparaissent aux deux fesses. Enfin, en l'espace de quatre à cinq mois, survint un amaigrissement considérable, véritable fonte musculaire; vers la fin de sa vie, le malade se trouvait dans un état d'émaciation incroyable; on ne voyait plus trace de masses musculaires; à la face, les orbites apparaissaient excavées; les photographies ci-dessous permettent mieux que n'importe quelle description de saisir l'étendue de cette véritable phtisie. La mort survint par les progrès de la cachexie le 6 septembre 1922.

Telle est l'histoire de notre malade. Dans les antécédents héréditaires, on constate que la mère a fait deux fausses couches sur quatre grossesses, elle présente des crises d'angine de poitrine, et un Wassermann positif. Le père est mort subitement. Il a présenté, à plusieurs reprises, des troubles mentaux et a été interné à l'asile de Saint-Lô. Il a fait de notables excès éthyliques. Parmi les collatéraux, il faut citer un frère de onze ans, bien portant.

C. EXAMEN ANATOMIQUE. — L'autopsie a montré une *atrophie du cerveau*, le poids total des deux hémisphères est de 900 grammes. La dure-mère est épaissie et adhérente en plusieurs endroits aux parois craniennes. La pie-mère épaissie présente des lésions de méningo-encéphalite. On note quelques suffusions sanguines au niveau des lobes pariétaux et occipitaux, mais ces suffusions ne paraissent pas en rapport avec une hémorragie de la dure-mère ou des vaisseaux de l'écorce par traumatisme. Leur siège, leur étendue et leur aspect font plutôt penser à une suffusion due au décubitus post mortem. Il existe très peu d'adhérences de la pie-mère au tissu cortical sous-jacent. On note une atrophie marquée des lobes frontaux, et au niveau du plancher du IVe ventricule quelques rares granulations épendymaires.

Etude histologique (due à l'obligeance du Dr Barbé que nous remercions ici de sa grande amabilité). On prélève des pièces sur :

1° Le lobe frontal gauche;
2° Le cervelet;
3° La moelle épinière (cervicale, dorsale, lombaire).

Les fragments d'écorce et de cervelet sont inclus directement. Les fragments de moelle épinière sont traités par le chromage rapide. Les coupes sont colorées par les méthodes : hématoxyline éosine, picrocarmin, bleu de méthylène, Weigert Pal pour la myéline.

On constate que les *cellules pyramidales* sont *atrophiées*, *déformées*, à noyau excentrique. Dans leur intervalle on note de gros noyaux libres et des lymphocytes. Les capillaires ont leur paroi épaissie. Les cellules sont ovalaires, arrondies, sans prolongements. Il existe une augmentation du nombre des cellules rondes ou cellules satellites. Les fibres à myéline de la substance grise sont atrophiées ou disparues. Autour des vaisseaux se voit un manchon de petites cellules rondes, on note en outre une prolifération névroglique.

Dans le cervelet, on trouve peu de chose : une légère raréfaction des cellules de Purkinje.

Au niveau de la moelle épinière, les méninges sont très épaissies. On constate une atrophie marquée des cornes antérieures, une dégénération

légère des cordons de Goll, une augmentation de largeur du canal épendymaire.

Les autres organes thoraciques et abdominaux ne présentent pas de modifications pathologiques.

En somme, si nous reprenons les différents éléments de notre observation, nous constatons chez notre malade deux ordres de manifestations : d'une part, des troubles mentaux caractérisés à peu près exclusivement par une diminution progressive des facultés intellectuelles, par un état *démentiel*. Cette démence, qui a débuté au voisinage de la puberté, est globale, portant à peu près également sur toutes les facultés, mémoire, jugement, association des idées, etc. La sphère affective paraît cependant moins touchée que la sphère intellectuelle. Par contre, il est un fait négatif important, c'est l'absence de toutes manifestations délirantes. On ne trouve même pas chez notre malade de ces modifications du ton affectif qui masquent souvent chez l'adulte les premiers signes de l'état démentiel de la paralysie générale. A aucun moment, on n'a constaté d'excitation maniaque ou hypomaniaque, ni de dépression mélancolique. En un mot, tous les troubles mentaux de notre malade se résument dans un phénomène unique : l'état *démentiel global* et *progressif*.

Par contre, les signes somatiques sont extrêmement nombreux et variés. Ils sont, d'autre part, précoces, débutant avec une certaine allure de brusquerie, par une paraplégie transitoire, du reste survenue dès l'âge de sept ans. Ces signes somatiques ont pris une importance marquée : rapidement, au fur et à mesure de l'affaiblissement psychique, s'est constituée une incoordination motrice considérable, confinant bientôt le malade au lit. Enfin, et nous désirons insister particulièrement sur ce point, les derniers six mois de la maladie ont entraîné un amaigrissement intense, une véritable fonte musculaire, une phtisie de tout l'organisme telle qu'il est rare d'en rencontrer de semblables et d'aussi rapides chez l'adulte, même dans les maladies cachectisantes.

Enfin, le syndrome humoral de la méningo-encéphalite se trouve réalisé chez notre malade.

Tels sont les différents éléments symptomatiques de notre observation. Si leur ensemble est assez caractéristique, lors de la période d'état, le début de l'affection n'est pas sans poser, par suite notamment du jeune âge du sujet, quelques difficultés de diagnostic. Au point de vue mental, en effet, le point capital à établir, c'est l'existence d'un état démentiel, c'est-à-dire d'un affaiblissement *acquis* des facultés psychiques. Or, notre malade présentait, dès sa plus tendre enfance, un état de débilité mentale profonde. Cependant, en poussant plus loin l'interrogatoire, nous apprenons qu'à partir de quatorze ans environ, le malade, qui jusque-là avait pu suivre l'école et apprendre à lire et à écrire, perd peu à peu ses connaissances et entre dans un état de déchéance progressive. Si dans notre observation il semble qu'il y ait nettement une date marquant le début de la démence, on conçoit que, dans certains cas, le diagnostic puisse devenir très difficile entre la paralysie générale et certaines méningo-encéphalites congénitales réalisant le syndrome de l'idiotie ou de l'imbécillité. Toulouse et Marchand ont, à diverses reprises, insisté sur ces faits (1).

(1) Toulouse et Marchand. *Soc. méd.-psychol.*, 1901 ; — *Soc. méd. des hôpit.*, 1899.

C'est en se basant sur des cas analogues que certains auteurs, notamment Bourneville, refusaient de donner une autonomie clinique à la paralysie générale infantile. Il est évident, qu'en se tenant au sens le plus large de cette affection, sens que lui assigne l'étymologie même de son titre parfaitement justifiée (παραλυσις dissolution), la notion de paralysie générale, de dissolution progressive de toutes les facultés cérébrales, suppose l'existence préalable d'un cerveau suffisamment développé. Il s'agit donc, en premier lieu, d'établir que les symptômes sont acquis, et de les différencier de l'idiotie ou de l'imbécillité. Une fois bien établi qu'on se trouve en présence d'un état démentiel, il s'agit de le différencier de certaines démences infantiles : l'épilepsie réalise, lorsque les crises sont nombreuses et répétées, un état d'affaiblissement mental analogue; mais toujours proportionnel au nombre des crises et régressif dans l'intervalle de celles-ci. Rien de tel chez notre malade qui n'a présenté de convulsions qu'à la période terminale. Par contre, on pourrait penser, en pareil cas, à la démence précoce : le négativisme, la stéréotypie de langage et d'attitudes sont des signes habituels dans cette dernière affection. Régis a, du reste, signalé certaines difficultés de diagnostic, entre la paralysie générale infantile et la démence précoce. Cependant, dans ce dernier cas, l'affaiblissement intellectuel est relativement peu marqué, la mémoire est souvent remarquablement conservée, tout au moins pendant une grande partie de l'évolution de la maladie. C'est l'affectivité qui, avant tout, est atteinte. Celle-ci est, au contraire, relativement indemne chez notre malade, qui présente, par contre, une disparition presque complète de toutes ses facultés intellectuelles. En outre, les signes physiques et humoraux, tout à fait caractéristiques, confirment le diagnostic de paralysie générale.

En somme, nous retrouvons, dans l'histoire clinique de notre malade les éléments symptomatiques principaux de la paralysie générale de l'adulte : démence progressive et globale, accompagnée de signes physiques et somatiques spéciaux. Toutefois, le jeune âge du malade imprime, à l'ensemble du tableau clinique, un cachet bien déterminé, et nous désirons insister sur ces particularités de la paralysie générale infantile. Celle-ci a, du reste, été longtemps méconnue et si, dès 1877, de nombreux cas de paralysie générale juvéniles étaient signalés, tant en France (Régis, Toulouse) qu'en Angleterre, il fut longtemps admis que l'affection ne pouvait guère se développer avant dix-sept à vingt ans. Moussous, en 1894, au Congrès de Rome, attira l'attention sur des manifestations beaucoup plus précoces, survenant dès l'enfance. Depuis cette date, un assez grand nombre de cas ont déjà été publiés, en particulier par Toulouse et Marchand, Régis, Vallon, Joffroy, etc. La Thèse de Delmas a été consacrée à ce sujet (1).

La plupart des auteurs signalent la grande fréquence du début de la maladie, au voisinage de la puberté. Il semble que cette période de transformation de l'organisme et notamment du système nerveux, la rende plus vulnérable. L'on sait, du reste, la grande fréquence des diverses psychoses de l'enfance, au moment de la puberté. Le début peut, parfois, être beaucoup plus précoce, pouvant remon-

(1) Delmas. Paralysie générale des adolescents, *Th. de Bordeaux*, 1899.

ter jusqu'à quatre-cinq ans et au delà. C'est dans ces derniers cas, que le diagnostic avec l'idiotie peut être particulièrement difficile. Le début de la méningo-encéphalite est souvent annoncé, à plus ou moins brève échéance, par des signes de localisations (monoplégie, paraplégie) plus ou moins fugaces; mais qui peuvent revêtir une certaine allure de brusquerie. C'est le cas de notre malade qui a fait une paraplégie transitoire, sept ans avant les premières manifestations mentales. Celles-ci débutent, le plus souvent, à bas bruit : elles consistent, à peu près exclusivement, dans un affaiblissement intellectuel progressif : l'enfant devient indifférent, il n'apprend plus rien en classe, oublie peu à peu toutes les connaissances acquises jusqu'alors, devient distrait et est bientôt incapable de faire tout travail. La symptomatologie se borne, le plus souvent, à ce seul état démentiel. On ne trouve, pour ainsi dire, jamais de ces états délirants tels qu'on les observe chez l'adulte. On ne rencontre même pas de modifications du ton affectif; l'excitation maniaque ou la dépression mélancolique sont exceptionnels; mais très rarement, on peut noter un début confusionnel, comme dans un cas de Toulouse et Marchand. Toutefois, dans la grande majorité des cas, la démence est isolée. Ces faits n'ont rien qui puisse nous surprendre du reste : les états vésaniques sont rares chez les enfants et il semble que ceux-ci n'aient pas encore, dans leur cerveau, les matériaux nécessaires à la construction d'un délire. Il ne faut pas oublier, d'autre part, que, même dans la paralysie générale de l'adulte, les délires ne constituent qu'un élément contingent, qu'ils peuvent manquer à tel point, que certains auteurs, notamment Baillarger, étaient arrivés à séparer nettement la folie paralytique de la démence paralytique qui reste, malgré tout, le symptôme mental constant et caractéristique.

Contrastant avec ce peu de richesse de signes mentaux, les symptômes physiques prennent, dans la paralysie générale de l'enfant, une importance prépondérante. Il semble qu'ils soient d'autant plus accusés, que le malade est plus jeune (Charcot et Dutil). Dès le début, il est fréquent de constater des signes de localisation. Le tremblement est précoce et revêt une intensité particulière. L'incoordination motrice est très accusée. Enfin, l'affection retentit, habituellement, d'une façon très marquée, sur le développement somatique du sujet. Les auteurs signalent l'arrêt de la croissance, l'absence d'ossification des cartilages de conjugaison [Joffroy (1)] et surtout, lorsque l'affection survient avant la puberté, l'absence de développement des organes génitaux.

Joffroy a cité un cas net d'infantilisme, à la suite de la méningo-encéphalite. Nous n'avons pas constaté ces phénomènes chez notre malade : son développement physique fut normal et les organes génitaux subirent l'évolution ordinaire de la puberté. Nous n'avons pas noté non plus de troubles endocriniens. Par contre, les derniers mois de la maladie furent marqués par un amaigrissement considérable, par une véritable consomption très rapide et impressionnante sur laquelle, du reste, la plupart des auteurs ont insisté et à laquelle Toulouse et Marchand réservent le nom de « phtisie nerveuse ».

Un point reste à élucider, c'est celui de l'état de l'enfant, antérieurement aux premières manifestations de la méningo-encéphalite : dans un assez grand nombre de cas (comme chez notre malade), il s'agit d'enfants arriérés, frappés de débilité mentale profonde, marqués, dès la naissance, de nombreux stigmates dystrophiques et hérédosyphilitiques. Cependant, ce n'est pas là une règle absolue : il n'est pas rare de voir évoluer la méningo-encéphalite chez des sujets normalement développés au point de vue mental. Vallon (1) cite le cas d'une paralysie générale juvénile, survenue chez un sujet très brillant, le premier de sa classe, ayant obtenu le brevet supérieur et d'une conduite parfaite.

(1) JOFFROY. *Revue neurol.*, 1908.

Si nous envisageons maintenant la question au point de vue étiologique, presque toujours, on retrouve, chez les ascendants, une hérédité nerveuse chargée. Parmi les facteurs en cause, deux surtout doivent être retenus : la syphilis, l'alcoolisme. Le plus souvent, il s'agit d'hérédo-syphilis. Cependant, on a signalé des cas de paralysie générale précoce, consécutifs à un chancre buccal, occasionné par une nourrice syphilitique, mais ce sont là des faits exceptionnels.

Il faut noter aussi l'existence parfois d'hérédité similaire, et de paralysie générale chez les ascendants. Quant à l'alcoolisme, il est souvent associé à la syphilis. Chez notre malade, nous avons trouvé différents stigmates de spécificité (notamment les dents d'Hutchinson); le Wassermann est positif. La mère présente de l'aortite et un Wassermann positif. Le père a été un alcoolique et a été interné, à plusieurs reprises, dans un asile d'aliénés.

En résumé, démence simple sans délire, accompagnée de signes physiques marqués, d'un arrêt du développement somatique et sexuel, et d'une consomption terminale, tels sont les caractères cliniques propres à la paralysie générale infantile. A ces caractères cliniques, correspondent, également, quelques particularités anatomiques : le cerveau est, en général, atrophié en masse. Chez notre malade, le poids total de l'encéphale était de 900 grammes.

Or, d'après Clapham, le poids moyen de l'encéphale avant vingt ans, serait de 1.313 grammes dans le sexe masculin et de 1.179 dans le sexe féminin. La dure-mère participe habituellement au processus et présente de la pachyméningite avec adhérence à la calotte cranienne. Histologiquement, les lésions sont très analogues à celles que l'on observe dans la paralysie générale de l'adulte.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera des indications bibliographiques très détaillées :

1° Dans l'article de MOUSSOUS sur la PARALYSIE GÉNÉRALE INFANTILE dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher-Comby-Marfan.

2° Dans l'article de DUPRÉ sur la PARALYSIE GÉNÉRALE dans le *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet. Dans cet article sont énumérés tous les travaux ultérieurs à ceux cités dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher-Comby-Marfan, notamment la thèse de Delmas et les publications de Régis, Toulouse et Marchand-Joffroy ci-dessus indiquées.

3° La liste très complète des travaux plus récents se trouve dans les Fiches bibliographiques de la *Revue neurologique* (années 1912 et 1921).

4° Enfin, nous citerons encore deux communications à la *Société clinique de médecine mentale* :

a. L'une de M. A. MARIE, sur un cas de paralysie générale infantile, à la séance du 21 février 1921 (Cf. *Bulletin*, p. 79).

b. L'autre de MM. RAYNEAU et MARCHAND, sur un cas de paralysie générale juvénile (avec examen de pièces), à la séance du 21 mars 1921 (Cf. *Bulletin*, p. 123).

(1) VALLON. *Soc. méd.-psychol.*, 28 nov. 1898.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALIE

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

A voir, dans les musées anatomiques, les dimensions véritablement monstrueuses que prend généralement la tête hydrocéphale, il semble difficile qu'une pareille anomalie, puisse passer inaperçue au cours de la grossesse et de l'accouchement ; et cependant, les statistiques nous apprennent que les cas où elle est complètement méconnue, ou plus souvent diagnostiquée trop tardivement, sont presque la règle.

Il est donc de la plus haute importance de bien connaître les aspects cliniques que peut revêtir cette complication dont le diagnostic est, en somme, facile, *à la condition d'y penser*, et dont le traitement si utile, puisque la vie de la mère en dépend, est encore plus simple, même pour le praticien isolé.

DIAGNOSTIC PENDANT LA GROSSESSE. — *Théoriquement* : Qu'il s'agisse d'une présentation du siège (cas fréquent) ou d'une présentation du sommet, on doit observer les signes suivants. Volume exagéré de l'abdomen. Disproportion entre le volume de la tête et celui du tronc. Hauteur anormale de l'épaule au-dessus du pubis. Siège péri-ombilical du maximum des bruits du cœur. Sillon circulaire de Fabre, perceptible de tous les côtés, entre la tête et le dos.

Pratiquement : Tous ces signes existent bien, mais ils sont peu nets, ne frappent pas l'observateur non averti, et pour être mis en évidence demandent à être soigneusement recherchés. Cela tient à ce que la plupart découlent de la disproportion qui existe entre le tronc et la tête du fœtus ; or, cette disproportion, facile à apprécier à la *vue*, est beaucoup plus difficile à mettre en évidence par le *palper* à travers la paroi abdominale, parce que la tête hydrocéphale n'a pas une consistance suffisante pour donner aux doigts des sensations bien nettes et indiscutables.

Les deux signes les plus caractéristiques, qui doivent attirer l'attention et faire rechercher les autres, sont évidemment l'exagération de volume de l'utérus par rapport à l'âge de la grossesse, et le défaut d'engagement de la présentation à la fin de la grossesse : ce dernier signe n'étant valable, bien entendu, que pour les présentations du sommet.

Donc, en présence d'un abdomen gravide, de volume anormal, on devra penser à une gemellaire, à une hydramnios, à une grossesse compliquée de kyste de l'ovaire ; mais, si les signes de ces anomalies ne sont pas absolument nets, on recherchera soigneusement ceux de l'hydrocéphalie : on agira de même en l'absence d'un engagement du sommet, après avoir éliminé les causes les plus habituelles de dystocie : rétrécissements du bassin, placenta et tumeurs prævia.

DIAGNOSTIC PENDANT LE TRAVAIL. — C'est surtout dans les cas d'hydrocéphalie *en présentation du sommet* que le diagnostic précoce est important, si l'on veut éviter les pires désastres ; c'est dans ces cas, aussi, qu'il est généralement le plus difficile.

Théoriquement : Etant donné le volume de la tête hydrocéphale, il semble bien qu'il doit y avoir une impossibilité absolue à toute descente, et que, par conséquent, la présentation doit rester indéfiniment mobile et facilement perceptible au-dessus du détroit supérieur.

Pratiquement : Par suite toujours du défaut de consistance de cette tête gonflée de liquide, d'une part, les sensations fournies par le palper sont des plus floues, d'autre part, sous l'influence des contractions utérines énergiques, la présentation hydrocéphale arrive à se déformer, à se laminer dans certaines de ses parties et à engager, souvent assez profondément le sommet de la *voûte* distendue.

En clinique, voici comment les choses se présentent le plus souvent : Appelé auprès d'une parturiente dont le travail traîne, malgré des douleurs énergiques, on commence, comme on doit toujours le faire, par pratiquer le palper abdominal : celui-ci indique une présentation molle, mal limitée, parfois fluctuante, mais ne donnant pas du tout la sensation de mobilité, de ballottement, comme le ferait une tête normalement ossifiée, *le défaut d'engagement ne frappe donc pas comme il devrait le faire* ; pour éclairer un diagnostic incertain de la présentation on passe alors au toucher : et l'on constate l'une des deux éventualités suivantes. Ou bien par suite de la rupture prématurée, habituelle dans ces cas, de la poche des eaux, et du défaut d'engagement de la présentation, le col n'est encore que très incomplètement dilaté : et alors l'examen à bout de doigt, seul possible, et n'explorant qu'une faible partie de la convexité de la voûte, ne peut donner une idée quelconque du volume de la tête, à moins pourtant qu'une exploration attentive, ce qui devrait être le cas habituel, ne mette en évidence, dès ce premier examen, la largeur anormale et la tension particulière au niveau des sutures et des fontanelles ; ou bien, le col est déjà dilaté et l'exploration *manuelle*, moyen d'investigation parfait pour apprécier le volume d'une tête, serait facilement réalisable, mais si le col est dilaté, c'est que la tête est arrivée à se laminer, à réaliser l'engagement de sa voûte, et en présence de la constatation d'un sommet qui semble descendre normalement, parfois même arriver presque sur le périné, qui se douterait que la base n'a pas suivi, qu'elle reste bien au-dessus du détroit supérieur, qu'elle ne pourra franchir ? On ne pousse donc pas plus loin l'examen, pensant que tout ira bien, et se terminera rapidement ; contrairement, à ces prévisions optimistes, et malgré des contractions de plus en plus violentes et rapprochées, la progression reste stationnaire ; si l'attente se prolonge, l'ascension de l'anneau de Bandl vient faire craindre une rupture utérine ; on se décide alors à faire une application de forceps, celle-ci paraît devoir être des plus simples, puisque la tête est là, presque sur le périné, et pourtant l'application des cuillères est déjà difficile et un esprit averti constaterait un écartement tout à fait anormal des branches des cuillères ; les tractions, contrairement à ce que l'on pensait, doivent être énergiques, on a bien l'impression que la tête est solidement retenue, on insiste et brusquement le forceps dérape : une ou deux applications successives sont suivies du même résultat, fatal puisque les becs des cuillères, dont la courbure est calculée pour une tête normale, ne peuvent, en aucun cas, dépasser la plus grande circonférence de la tête hydrocéphale, condition indispensable pour réaliser une prise solide qui ne dérape pas.

Telles sont les circonstances cliniques qui entourent, habituellement dans la pratique, le diagnostic de l'hydrocéphalie au cours de l'accouchement, et qui expliquent la fréquence des cas méconnus ou reconnus tardivement. Ce diagnostic n'est pourtant pas difficile et deux signes très nets, très caractéristiques permettent de l'établir à coup sûr : ce sont, avant dilatation complète, la constatation, facile avec un peu d'attention, d'une *largeur* et d'une tension tout à fait anormales des sutures et des fontanelles, et après dilatation du col, le *toucher manuel profond* qui permet de sentir le gros volume de la voûte et la petitesse de la face.

Mais, naturellement, on aura l'idée de rechercher ces deux signes que si l'on a déjà la pensée attirée sur la possibilité d'un cas d'hydrocéphalie.

Cette pensée doit survenir tout naturellement à l'esprit, toutes les fois que l'on constate *une disproportion manifeste entre l'intensité des contractions utérines et leur peu de résultat sur la marche du travail.* Cette disproportion existe et doit attirer l'attention lorsque avec des douleurs intenses, rapprochées, souvent manifestement exagérées, le col ne se dilate pas; elle est encore plus manifeste lorsque après une longue attente, et des douleurs qui aboutissent presque à la tétanisation de l'utérus et à l'ascension de l'anneau de Bandl, la descente de la présentation ne progresse pas; elle est frappante enfin dans les cas de pseudo-engagement de la voûte, car alors il ne peut être normal de constater que des douleurs pareilles n'arrivent pas à expulser une tête qui semble déjà arrivée sur le périné.

Dans tous ces cas, qui indiquent une dystocie grave, il ne faut pas oublier la possibilité d'un cas d'hydrocéphalie et il suffit de rechercher attentivement les deux signes que nous avons indiqués plus haut, pour l'établir, et mettre rapidement un terme aux trop longues souffrances, absolument inutiles, de la parturiente, et aux dangers auxquels elle est exposée.

En somme, le diagnostic de l'hydrocéphalie, au cours de l'accouchement, est des plus simples, à la condition qu'en présence des anomalies que nous venons de signaler dans la marche du travail, *on ait l'idée d'y penser.*

La même condition est nécessaire pour le diagnostic, lorsque la *tête hydrocéphale vient dernière*, au cours d'un accouchement en siège : parfois, au moment de l'extraction du tronc, l'existence d'un spina bifida a pu faire soupçonner l'hydrocéphalie, les deux malformations coexistant fréquemment; beaucoup plus souvent, si le diagnostic n'a pas été fait in utéro au cours de la grossesse ou au début du travail, ce seront les difficultés, l'impossibilité même d'extraire la tête dernière qui devront faire penser à la complication que nous étudions. Donc, ici encore, pour diagnostiquer l'hydrocéphalie de la tête dernière, il faut d'abord y penser; et en présence d'une tête dernière qui ne vient pas, il ne faut pas vouloir l'arracher coûte que coûte, il faut se rendre compte de la cause de cette rétention et par un toucher manuel profond, voir si cette tête à extraire ne présente pas des dimensions tout à fait anormales.

Traitement. — Le traitement de l'hydrocéphalie est des plus simples : dès que le diagnostic est établi, que le col soit ou non dilaté, que la tête vienne première ou dernière, il faut vider celle-ci de son contenu liquide et cela par une perforation simple faite en n'importe quel point, et avec n'importe quel instrument de fortune, à la seule condition qu'il puisse être manié sans risquer de blesser la mère. La tête vidée, la parturiente sera à l'abri de tout danger immédiat, et l'on pourra soit laisser l'expulsion se faire spontanément, soit, si l'on est pourvu d'instruments suffisants, pratiquer l'extraction immédiate.

Dans les cas où le diagnostic a été tardif, parfois établi seulement après plusieurs interventions, il faudra avoir soin, après la sortie du fœtus, d'explorer les voies génitales pour voir s'il n'y a pas eu de rupture utérine, complication malheureusement trop fréquente dans les cas négligés de dystocie par hydrocéphalie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 16 juin 1923)

Intoxication par la malléine et carence du pigeon. — MM. F. Arloing et A. Dufourt ont vu que la malléine brute administrée à des pigeons mis à un régime carencé à des doses de IX, XVIII ou XXVII gouttes au total, n'influence pas l'évolution ni les symptômes de la carence.

La malléine se comporte en cela comme la tuberculine brute alors que des poisons alcaloïdiques (pilocarpine, adrénaline et atropine) favorisent à des doses indifférentes pour des pigeons soumis à un régime normal la rapidité d'apparition et l'évolution mortelle de la carence.

La recherche des sels biliaires par la réaction de Meillère. — MM. Brulé et H. Garban. Imparfaite en théorie, la réaction de Hay a cependant, croyons-nous, une valeur considérable pour la recherche des sels biliaires dans l'urine; mais cette valeur est encore discutée par certains auteurs. Il était donc intéressant de la vérifier, en recherchant simultanément les sels biliaires par la réaction de Pettenkofer. Celle-ci n'est précise et sensible que si l'on a, au préalable, isolé et concentré les sels biliaires; dans ce but, la technique proposée, en 1913, par M. Meillère nous a paru excellente, bien que longue. Nous l'avons appliquée, en même temps que la réaction de Hay, à l'examen de 130 urines.

Dans les rétentions biliaires, fortes ou légères, les deux réactions fournissent des résultats concordants. Sauf de très rares exceptions, la réaction de Meillère est nettement positive toutes les fois qu'existe une réaction de Hay, même légère. Mais la réaction de Meillère est assez souvent positive alors que la réaction de Hay est négative; la première est donc plus sensible que la seconde et ce fait n'est pas surprenant puisqu'elle concentre les sels biliaires.

Les deux réactions peuvent manquer, en dehors de toute hémolyse, alors que l'urobilinurie est nettement supérieure à la normale; la rétention semble alors porter, électivement, sur les pigments.

Avec la technique employée, la réaction de Meillère reste absolument négative chez les sujets normaux. Bien que plus sensible que la réaction de Hay, elle ne permet donc pas de mettre en évidence la présence normale des sels biliaires dans les urines, fait qui reste cependant possible.

En recherchant les sels biliaires dans l'urine, à la fois par un procédé basé sur leurs propriétés chimiques, et par un procédé basé sur leurs propriétés physiques, on obtient donc des résultats concordants. La réaction de Meillère confirme la valeur de la réaction de Hay; celle-ci reste beaucoup plus pratique et la longueur de la technique proposée par M. Meillère n'en permet guère l'usage quotidien.

Glycosurie alimentaire et système neurovégétatif. — MM. D. Santenoise et J. Tinel ayant pratiqué un grand nombre d'épreuves de glycosurie alimentaire chez des sujets

à reins et à foie normaux, et ne présentant pas de troubles fonctionnels d'ordre thyroïdien, ont observé que :

I. Les grands vagotoniques tolèrent remarquablement le glucose tandis que les hypovagotoniques présentent de la glycosurie avec des doses relativement faibles.

II. En faisant varier les doses de glucose ingérées, ils ont observé dans l'ensemble un certain parallélisme entre l'intensité du réflexe oculocardiaque et l'apparition de la glycosurie alimentaire.

III. Chez des sujets comme les maniaques, les anxieux et les épileptiques qui présentent des variations rythmées du tonus vago sympathique on observe parallèlement des variations nettes de la tolérance aux glucoses.

IV. Les variations du tonus vagosympathique provoquées artificiellement par les agents pharmacodynamiques permettent d'enregistrer des résultats du même ordre. Les auteurs ont ainsi provoqué chez douze sujets la glycosurie après injection d'atropine (glycosurie atropinique).

V. Inversement, en excitant le vague avec l'ésérine, ils ont vu s'élever nettement le seuil de la tolérance au glucose.

VI. Ayant observé chez l'animal que l'insuline est un excitant du parasympathique les auteurs se demandent si l'action de l'insuline n'est pas dans une certaine mesure en rapport avec cette action sur le système neuro-végétatif.

Identité des réactions hémoclasiques après ingestion de lait ou d'eau pure. — MM. Fr. Moutier et J. Rachet ont été frappés de l'instantanéité des réactions hémoclasiques obtenues aussi bien après autohémo ou autosérothérapie que après l'épreuve classique de l'hémoclasie digestive. Cette brusquerie d'apparition ne peut être expliquée que par une perturbation brusque du système vaso-moteur. Pour vérifier cette hypothèse ils ont successivement recherché l'hémoclasie consécutive à l'ingestion de lait, d'eau pure, de poudre de lait. Le fait de constater chez quinze malades un parallélisme rigoureux entre les réactions sanguines au lait et à l'eau, montre qu'elles ne peuvent être conditionnées que par des perturbations vaso-motrices, et que les qualités chimiques, albuminoïde ou minérale, des ingesta n'interviennent pas dans la production de ces réactions. De plus, les auteurs n'ont pas une seule fois pu vérifier la coïncidence de l'hypervagotonie et de l'hémoclasie positive.

Caractères et signification de la « raie blanche ». — MM. Tinel, Schiff et Santenoise, au cours de recherches sur la signification des différentes raies vaso-motrices, ont été amenés à une conception physiopathologique particulière de la « raie blanche » dite surrénale qui offre plusieurs caractères distinctifs :

1° Ses limites rectilignes et régulières montrent qu'elle est d'origine capillaire et sans relation avec les aires vasculaires artérioliques.

2° Elle persiste et même s'accentue dans les territoires atteints de paralysie vaso-motrice après lésion des troncs nerveux. Elle est donc indépendante de l'innervation du territoire considéré ; elle semble devoir être envisagée comme une manifestation de la contractilité propre des parois capillaires, sorte de contractilité idioplasmatique comparable à la contractilité idiomusculaire et s'exagérant, comme elle, par la suppression ou la diminution du tonus nerveux.

3° Cette contraction des parois capillaires, qui répond à l'excitation mécanique réalisée par la chasse sanguine locale, est toujours extrêmement faible. Elle ne peut se manifester qu'en situation horizontale. Quelle que soit son intensité, il suffit de mettre le territoire cutané en position déclive pour en empêcher l'apparition ou pour la faire disparaître très rapidement.

4° L'injection d'adrénaline, au bout de quelques minutes, rend impossible la provocation de la raie blanche. Elle apparaît, au contraire, avec une intensité particulière au cours du sommeil chloroformique.

En résumé, la raie blanche dite surrénale paraît être une manifestation de la simple excitabilité mécanique des parois capillaires, excitabilité qui, d'une part, s'exagère par la suppression du tonus nerveux vaso-constricteur, tandis que l'exaltation de ce tonus peut au contraire la faire momentanément disparaître, excitabilité faible, d'autre part, car le seul poids de la masse sanguine, dans la position debout, suffit à la rendre impossible.

Dans ces conditions, il apparaît légitime de considérer la raie blanche comme un phénomène physiologique banal, mais qui s'exagère considérablement en cas de défaillance du tonus sympathique. C'est la raison, semble-t-il, pour laquelle on la rencontre si fréquemment au cours de l'insuffisance surrénale.

Contribution à l'étude du foie embryonnaire du cobaye. — M. Parat n'a pu, contrairement à l'opinion d'Aron, constater la transformation des cellules hépatiques en cellules sanguines ; celles-ci proviennent, au début de l'hématopoïèse, du courant sanguin et se greffent entre les cellules hépatiques. Plus tard, elles naissent aux dépens du mésenchyme périportal qui est alors un véritable tissu myéloïde. On sait que cette fonction myéloïde peut, dans certaines circonstances, se réveiller chez l'adulte. De plus, l'hématopoïèse provoque la trabéculation et la lobulation du parenchyme hépatique.

Le titrage des acides organiques de l'urine par la méthode de van Slyke et Palmer chez les anxieux et les déprimés. — MM. Laignel-Lavastine et René Cornélius ont eu la pensée d'étudier l'acidité urinaire vraie ou ionique chez des anxieux et déprimés du service de Laënnec ainsi que chez des malades de la consultation. Tous les sujets étudiés étaient, soit des anxieux chroniques en état de crise anxieuse, paroxystique ou des anxieux chroniques sans paroxysmes ou enfin des petits mélancoliques. Tous avaient une alimentation rigoureusement normale comme quantité et qualité, particulièrement une petite ration de viande, et leur état mental n'entraînait aucun refus d'alimentation ou de boissons. Il ne pouvait donc s'agir d'acidose lié à un jeûne absolu ou relatif ou à un abus d'aliments carnés.

L'acidité organique des urines des malades a été titrée par la méthode de van Slyke et Palmer.

« On dose ainsi, disent MM. Goiffon et Nepveu, les acides tels que lactique, acétique, butyrique, etc., mais les acides aminés, dont le plus important est la créatinine, sont comptés dans le dosage. Leur action et celle des bases faibles telles que l'ammoniaque ont été étudiés et la correction correspondante déterminée par les auteurs. En pratique, à leur exemple, nous n'utilisons que la valeur totale, brute, donnée par le dosage. » C'est aussi cette valeur totale que les auteurs out utilisée dans leurs recherches.

Comme van Slyke et Palmer, R. Goiffon et F. Nepveu, les auteurs ont trouvé chez des individus normaux cliniquement des volumes oscillant entre 300 et 500 centimètres cubes Hcl N/10 par vingt-quatre heures. Sans atteindre les valeurs élevées qu'on trouve chez les acidosiques acétonuriques, les chiffres que les auteurs ont trouvés chez les anxieux et les mélancoliques sont notablement plus élevés que les chiffres normaux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 11 MAI 1923)

A propos des pseudo-coxalgies. Un cas d'ostéomyélite atténuée de la hanche. — MM. Massabuau, Guibal et Marican rapportent l'observation d'un malade de neuf ans qui présentait cliniquement des signes atténués de coxalgie (notamment les mouvements étaient à peu près conservés, la douleur avait rapidement disparu, il n'y avait pas d'adénopathie). A trois mois d'intervalle deux radiographies ont montré l'absence de destruction osseuse, une apparence de condensation des surfaces en contact, l'irrégularité de la partie supérieure du col fémoral, une coxa valga avec allongement du col. Les auteurs estiment que le processus d'ostéopériostite du col, la condensation osseuse du col et de la cavité cotyloïde sont des lésions d'ostéomyélite : il en est résulté une irritation du cartilage diaépiphysaire du fémur, cause de l'allongement du col et de la coxa valga.

Tumeur des apophyses clinoïdes antérieures. — MM. Margarot et Jambon. Les signes cliniques (atteinte des IIe et IIIe paires, léger syndrome d'hypertension intracranienne),

et la radiographie démontrent l'existence d'une tumeur de petit volume, prolongeant en arrière et en haut les apophyses clinoïdes antérieures. L'hypophyse paraît normale. La constatation d'une glycosurie avec polyurie légère et l'ébauche d'un syndrome adiposo-génital sont de nature à confirmer les notions actuelles qui rattachent ces troubles à des lésions intéressant le plancher du IIIe ventricule et la région infundibulo-tubérienne.

Contribution à l'étude anatomique de l'appendice. — M. CLOTTENS constate l'existence le long du méso-appendice d'un hile vrai avec interruption histologique des fibres musculaires aux points de pénétration des vaisseaux. La continuité anatomique entre la sous-muqueuse bien défendue contre l'infection, et la sous-séreuse, très mal défendue, est importante au point de vue de la topographie de début des lésions inflammatoires.

Dispositif simple pour l'observation exacte du ménisque dans les burettes graduées. — MM. PORTES et CLOTTENS.

La thérapeutique thermale à Châtel-Guyon. — M. Pierre MARTIN (de Châtel-Guyon).

(SÉANCE DU 18 MAI 1923)

Un cas d'ostéomyélite du calcanéum. — MM. MASSABUAU, A. GUIBAL et MARICAN présentent l'observation d'un enfant qui a présenté une ostéomyélite aiguë (à staphylocoques) du calcanéum gauche.

Ces lésions sont intéressantes par leur rareté, par rapport aux lésions dues à la tuberculose, et par la difficulté de leur diagnostic, surtout lorsque l'évolution a été torpide, et qu'une fistulisation précoce est apparue.

Ictère hémolytique congénital. — M. LEENHARDT, Mlle GIRAUD et M. SIMÉON présentent une petite malade de onze ans, d'un développement physique et intellectuel normal, mais cependant endocrinienne, et chez laquelle on a connu, fortuitement, l'existence d'un ictère présentant tous les caractères d'un ictère hémolytique congénital. Il semble y avoir à ce sujet une hérédité dans la famille paternelle. Pas de syphilis. Wassermann négatif. Ictère permanent, mais à variations journalières. Foie un peu gros, rate énorme, selles non décolorées, sérum ictérique, symptomatologie nulle.

L'examen hématologique montre le syndrome typique des ictères hémolytiques congénitaux.

Syndrome mésocéphalique post-commotionnel. — MM. J. EUZIÈRE, BLOUQUIER DE CLARET et PAGES présentent l'observation d'un sujet atteint d' « astasie-abasie trépidante et crises hystériformes ».

Ils ont pu mettre en évidence une série de signes cérébelleux tout à fait nets prédominant dans la moitié droite du corps, de signes d'irritation pyramidale (Oppenheim positif à gauche) et de la diplopie intermittente.

L'origine commotionnelle du syndrome paraît vraisemblable en raison des anamnestiques (début après commotion par éclatement d'obus en août 1918), par la présence de signes nets de sympathicotonie (réflexe pilo-moteur, dermographisme, hypertension, réflexe oculo-cardiaque inversé), par un état d'asthénie physique et intellectuelle très marquée.

Le sujet a présenté dans le service, deux crises qui ont eu un caractère comitial net ; une ponction lombaire, pratiquée au lendemain d'une crise a montré une réaction cytologique légère (3,2 éléments au Nageotte) avec 50 p. 100 de polynucléaires.

Il est vraisemblable d'admettre qu'il y a eu une lésion en foyer au niveau du mésocéphale et ce cas est à rapprocher de ceux qu'ont publiés Guillain, Riot, Français, Pitres et Marchand.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR

DÉFINITION. — Fracture siégeant au-dessus ou au travers du massif condylien qui constitue l'épiphyse inférieure du fémur. On peut distinguer, en effet, les fractures supracondyliennes, à côté desquelles le décollement épiphysaire et les fractures condyliennes.

ÉTIOLOGIE. — **Fréquence.** — Ce sont des fractures assez rares : parmi elles les fractures supracondyliennes sont les plus observées.

Causes prédisposantes. — ÂGE. — Fractures supracondyliennes, surtout avant vingt ans.

Décollement épiphysaire, essentiellement de six à dix-huit ans.

Fractures condyliennes, les plus rares. Surviendraient surtout après cinquante ans. Quelques cas cependant ont été observés chez des sujets jeunes.

SEXE. — Hommes plus souvent.

FRAGILITÉ OSSEUSE. — Surtout quand le membre est resté longtemps immobilisé pour lésion à distance (luxation congénitale, coxalgie, fracture de jambe) ou pour lésion de voisinage (arthrite du genou).

Causes déterminantes. — Choc direct : souvent réalisé; passage d'une roue de voiture, chute sur le genou d'un corps pesant, coup de feu.

Causes indirectes. — Chutes sur les pieds, sur le genou, souvent d'un lieu assez élevé. Citer en particulier le membre qui tombe dans un trou profond, le membre qui est aggripé par les rayons d'une roue. Assez souvent traumatisme à l'occasion de manœuvres thérapeutiques : ostéoclasie, réduction de luxation congénitale, manœuvres obstétricales. Quelquefois traumatisme minime et fracture presque spontanée.

MÉCANISME. — **Choc direct.** — Fracture au point d'application de la force.

Action indirecte. — Divers mécanismes sont à envisager.

a. TASSEMENT de l'épiphyse sur la diaphyse. Dans la chute sur les pieds, la diaphyse tend à pénétrer dans l'épiphyse. Si le point d'appui est d'aplomb, l'épiphyse éclate plus ou moins, il y a séparation des deux condyles : fractures sus et intercondyliennes. Si le point d'appui est oblique (pied en varus ou en valgus) la force porte entièrement sur un seul des condyles qui sera fracturé (respectivement l'interne ou l'externe) : fracture unicondylienne.

En rapprocher le cas où la rotule pressant à la façon d'un coin sur la trochlée sépare les deux condyles.

b. FLEXION. — Dans la chute sur genoux fléchis, la courbure normale de l'os tend à s'exagérer; la diaphyse peut se briser ou sinon la fracture porte à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse : fracture supracondylienne.

En rapprocher la fracture par flexion dans les manœuvres d'ostéoclasie.

c. EXTENSION. — L'hyperextension peut être réalisée par la chute dans un trou ou dans les manœuvres de redressement d'une ankylose du genou. L'hyperextension plus la rotation est réalisée quand le membre est pris dans les rayons d'une roue (un enfant qui s'étant accroché derrière une voiture a la jambe prise par la roue). Fracture supracondylienne quelquefois. Plus souvent décollement épiphysaire.

d. INCLINAISON LATÉRALE. — Mécanisme rare. Un des condyles peut être arraché par le ligament latéral et le ligament croisé correspondant, d'où fracture unicondylienne.

e. TORSION. — Encore plus rare. Si le pied subit ce mouvement, c'est plus souvent les os de la jambe qui se brisent. Cependant cette pathogénie peut réaliser la fracture supracondylienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — I. **Fracture supracondylienne** (fracture de Boyer).

TRAIT. — *Siège.* — Haut, à quelques centimètres au-dessus de l'épiphyse. Bas, à la jonction épiphyso-diaphysaire. Le siège haut est le seul que l'on rencontre chez l'enfant.

Direction. — Trois variétés : transversale, oblique (en bas, en avant et en dehors) ou spiroïde; bec de flûte à sommet antérieur taillé aux dépens de l'épiphyse. Souvent, en regard de la pointe, une fissure descend vers la trochlée.

FRAGMENTS. — Leur surface de section est plus ou moins régulière et déchiquetée.

DÉPLACEMENT. — Peut manquer complètement. *Fracture sous-périostée, fracture avec pénétration de la diaphyse dans l'épiphyse (rare), fracture avec engrènement.*

Le plus souvent il existe :

1° Déplacement antéro-postérieur : le fragment diaphysaire se porte en avant, embrochant la masse du quadriceps, pouvant perforer la peau (surtout dans les fractures obliques ou spiroïdes), quelquefois repoussant la rotule et la faisant basculer en avant de telle façon que sa base devient antérieure. Le fragment épiphysaire bascule en arrière attiré par les jumeaux, la surface de section peut regarder directement en arrière, la pointe du fragment peut embrocher les muscles postérieurs de la cuisse et menacer les vaisseaux et nerfs de la cuisse.

2° Déplacement vertical : le chevauchement est plus considérable, le fragment épiphysaire se trouvant remonté.

3° Déplacement transversal : en général diaphyse portée en dehors, épiphyse portée en dedans.

Possibilité de rotation en dehors du fragment inférieur qui entraîne la jambe.

VARIÉTÉS. — *Fracture en bois vert*, chez l'enfant avec déformation angulaire (angle ouvert en arrière).

Fracture oblique avec trait inversé (trait oblique, en bas, en arrière), le fragment inférieur est porté en avant.

II. **Décollement épiphysaire.** — Peut être partiel ou total, pur ou accompagné de fracture (cette forme mixte est la plus fréquente).

1° DÉCOLLEMENT PUR OU TOTAL. — Trait suit cartilage et décrit une courbe à concavité supérieure. Déplacement habituel inverse du précédent, diaphyse portée en arrière, déplacement latéral peut exister seul ou combiné, assez souvent rupture de la synoviale articulaire au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital.

2° DÉCOLLEMENT MIXTE TOTAL. — Suit le cartilage, puis écorne la diaphyse et laisse adhérent à l'épiphyse un fragment diaphysaire plus ou moins volumineux.

3° DÉCOLLEMENT PARTIEL. — Simple bâillement au niveau du cartilage, séparant un seul des condyles de la diaphyse.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique de l'alimentation des nourrissons. Aliments normaux. Aliments de régime (1), par G. SCHREIBER.

Précis très clair et très complet qui mérite d'être entre les mains de tous ceux qui s'occupent de puériculture.

Après des notions sur l'allaitement normal avec du lait de femme au sein, en dehors du sein et sur le sevrage, on trouve successivement des chapitres sur les procédés correctifs du lait de vache (coupage, maternisation), les divers procédés de stérilisation ; le lait homogénéisé, les laits concentrés, les laits modifiés (écrémé, peptonisé, hypersucré), les laits fermentés.

On trouve ensuite des renseignements sur l'administration des bouillies au nourrisson sain ou malade, les farines lactées, les panades, la viande, le régime sec, la diète hydrique; enfin les régimes de transition et les associations alimentaires.

M. LANCE.

(1) In-16 de 320 pages, 21 figures. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

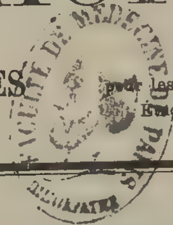
Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 2 juillet. — MM. Leveuf, 18; Bergeret, 15.

Consultation écrite. — Séance du 3 juillet. — MM. Monod, 16; Leveuf et Bloch (Jacques), 18; Petit-Dutaillis, 13; Bloch (René), 18.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique :

MM. les docteurs Chauveau, Fernand Merlin, Grinda, Armaingaud, Briand, Chevallereau, Roubinovitch, Savariaud, Legrain, Marie.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXIIe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 8 au 13 octobre 1923, sous la présidence de M. le docteur Témoin, correspondant national de l'Académie de médecine.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Transfusion sanguine.* — Rapporteurs : MM. Jeanbrau (de Montpellier) et Victor Pauchet (de Paris).

2° *Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux.* — Rapporteurs : MM. Bégouin (de Bordeaux) et Savariaud (de Paris).

3° *Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales.* — Rapporteurs : MM. P. Mathieu (de Paris) et Villaret (de Lyon).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 1er août, le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, à Paris, 6e.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

GUERRE. — Par décret du 29 juin 1923 sont promus, pour prendre rang du 29 juin 1923, aux grades ci-après :

(Armée active.) *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — MM. les médecins-majors de 1re classe David de Drézigué, Biérer.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Bloch, Arnould, Dizac, Masson, Chon.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Rivet, Sciaux, Fiquet, Toureng, Pinaud, Cristofle, Schousboë, Hugonot, Bidault, Vignon, Guillaume, Franck de Préaumont, Bourquard, Girod, Astruc, Franchi.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Sénéchal (de Paris).

Officier d'Académie. — M. le docteur Mendy (de Paris).

(Au titre étranger.) — *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Lopez (de Quito, Equateur), Neukens (de Bruxelles) et Tchavoff (de Sofia).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Arcos, Ayora, Barba, Ordones, Pallares et Salas (de Quito), Lloy (de Cheltenham) et Santamaria (de Burgos).

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La prochaine séance de la Société Se pathologie comparée aura lieu mardi prochain 10 juillet, à 4 h. 3/4, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Estrabaud (d'Ecommoy), Saunal (de Paris) et Serrulaz (de Seyssel).

TREIZE LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRE ET GANGLIONNAIRE ET QUELQUES ÉLÉMENTS D'ORTHOPÉDIE PRATIQUE, par le docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime, avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu et Tridon, chirurgiens assistants à l'hôpital maritime; Mozer, chef de laboratoire de l'hôpital maritime; Parin, chef de laboratoire de radiologie de l'hôpital maritime, du 16 au 29 juillet 1923.

Les cours auront lieu l'après-midi à 2 heures, à l'hôpital maritime.

Les matinées seront réservées à des démonstrations pratiques.

Examens cliniques, les lundis. Opérations et ponctions, les mardis et vendredis. Plâtres et appareils amovibles, les mercredis et samedis. Démonstrations de laboratoire les jeudis.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Parin, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

GROUPE MÉDICAL PARLEMENTAIRE

On nous communique le procès-verbal suivant :

« Le Groupe médical parlementaire s'est réuni le 7 juin, à 17 h. 15 au Sénat, sous la présidence de M. le docteur Chauveau.

1° Le secrétaire lit la protestation de l'Union des syndicats médicaux contre la proposition de loi Mercier, tendant à faire participer les accidentés agricoles dans la rémunération des déplacements des médecins et l'admission des sociétés agricoles.

A l'unanimité, le Groupe décide de charger un de ses membres, M. Dudouyt, de suivre cette affaire au Sénat et de s'opposer au vote de cette proposition.

2° Prorogation des baux professionnels et admission des médecins au droit de la propriété commerciale.

Après discussion, le Groupe refuse d'appuyer ladite demande, la profession médicale ne lui semblant pas assimilable à un commerce, malgré le paiement de la patente.

3° Dispenses d'examen. Le Groupe décide, malgré les promesses verbales faites par le ministre de l'Instruction publique, de renouveler ses démarches et de lui demander le retrait de l'arrêté l'autorisant à dispenser certains candidats des examens exigés pour le doctorat en médecine.

Le président et le secrétaire du Groupe feront des démarches pressantes en ce sens.

4° Suppression des chevaux aux médecins militaires.

M. le docteur Peyroux, député, ancien médecin militaire, fera une démarche personnelle auprès de M. le ministre de la Guerre pour demander le retrait de la circulaire.

5° Les dispensaires de prophylaxie antisyphilitique.

Une longue et très intéressante discussion, à laquelle prennent part MM. Peyroux, Pinard, Goy, Dron, Merlin, Chauveau, etc., a lieu à ce sujet.

Sans se prononcer sur le fond et la valeur de la méthode Vernes, le Groupe décide de demander au ministre compétent de faire étudier expérimentalement et comparativement les diverses méthodes de luttes antisyphilitiques et cela par des spécialistes compétents au lieu de se borner à une seule et unique méthode.

La séance est levée à 17 h. 15.

Le président : CHAUVEAU, Sénateur.

Le secrétaire : GILBERT LAURENT, Député. »

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

CHRONIQUE

UN DON PRINCIER EN FAVEUR DES DIABÉTIQUES PAUVRES

L'édition européenne du *New-York Herald* du jeudi 21 juin dernier annonce que M. John D. Rockefeller jeune vient de donner 150.000 dollars, ce qui équivaut au cours actuel à 2.400.000 francs, pour encourager et faire connaître le traitement du diabète sucré par l'insuline.

Cette somme importante sera répartie entre treize hôpitaux des Etats-Unis et du Canada, afin de procurer à ces établissements l'insuline nécessaire au traitement des diabétiques pauvres et d'enseigner aux praticiens de médecine générale, la manière d'employer ce nouveau médicament.

M. John Rockefeller a été amené à faire ce don sur la recommandation du docteur Simon Flexner, directeur de l'Institut Rockefeller de New-York, qui a déclaré que l'insuline était le remède spécifique du diabète sucré qui cédait toujours à son action. L'insuline du docteur Best et du docteur Banting de Toronto est encore un médicament coûteux : une dose revient à un dollar, de plus, elle s'administre seulement en injections hypodermiques répétées plusieurs fois par jour.

L'insuline est un extrait spécial des cellules du pancréas qui constituent les îlots de Langerhans, c'est la sécrétion interne, tandis que la sécrétion externe est le suc pancréatique. Ces deux sécrétions paraissent avoir, sur le métabolisme du sucre, des actions antagonistes ce qui explique les insuccès de bien des expérimentateurs. C'est en mai 1921. que les recherches commencèrent au laboratoire de physiologie de l'Université de Toronto, sous la direction du professeur J. J. R. Macleod.

Pour éliminer l'effet du suc pancréatique, les expérimentateurs ont ligaturé, chez le chien, le canal pancréatique et ont obtenu l'atrophie des cellules zymogènes ; ils ont ensuite enlevé le pancréas dégénéré et en ont extrait l'insuline.

En novembre 1921, ils découvrirent que le pancréas du veau, avant le cinquième mois de la vie fœtale, ne possède que la sécrétion interne sans suc pancréatique, ils firent macérer cette glande dans la solution de Ringer et après filtration obtinrent un liquide riche en insuline : 15 centimètres cubes de cette solution diluée, injectés à un chien de 10 kilogrammes abaissaient, en trois heures, la teneur en sucre du sang de 4 p. 1.000 à 1,5 p. 1.000.

L'année suivante, le docteur Slater Jackson et le professeur J. J. R. Macleod étudiant le pancréas des poissons à la station biologique marine de St. Andrews, New Brunswick, trouvèrent chez les élasmobranches et les Téléostéens, en particulier, chez la raie (raja), le chien de mer (squalus acanthias), une nouvelle source très importante d'insuline.

On connaît les propriétés physiologiques de l'insuline, mais on ignore sa nature chimique, il y a de belles recherches à poursuivre sur ce sujet, sur lequel je reviendrai.

Il convient de rappeler ici que c'est à l'hôpital de l'Institut Rockefeller que le docteur Fr. Allen a commencé avant la guerre ses travaux sur l'étiologie et le traitement du diabète sucré, qu'il continue avec une ténacité remarquable au « Physiatric Institute » de Morristow, N. J. Dès cette époque, il insistait sur l'influence des lésions des îlots de Langerhans dans l'apparition du diabète sucré. Depuis, il a étudié le diabète expérimental chez le chien privé d'une partie plus ou moins grande de son pancréas : la découverte de l'insuline a confirmé ses prévisions.

J.-M. LE GOFF.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CRITIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIE DES OPÉRATIONS DIRIGÉES CONTRE LA CONSTIPATION ET LA STASE

Par le docteur A.-C. GUILLAUME,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'équivoque, en définitive, ne profite à rien ni à personne; jetant le trouble dans les esprits, elle a pour première conséquence le doute et pour ultime conclusion le discrédit.

Pour être née et s'être développée dans l'équivoque des termes impropres, la chirurgie de la stase passe par ces différents stades du doute et du discrédit, et c'est pourquoi nombre de médecins et de chirurgiens, pris parmi les meilleurs esprits de notre époque, n'éprouvent, à l'égard des mérites tant prônés de ces diverses opérations, que le scepticisme le plus complet.

Il faut le reconnaître d'ailleurs, de nombreuses publications ont contribué à créer et à entretenir cette équivoque. Ne parle-t-on pas, notamment, de *chirurgie de la constipation*, laissant ainsi croire que l'acte opératoire est à même de modifier utilement la durée du transit colique des déchets du bol alimentaire.

Considérations théoriques sur le but opératoire.

J'ai ailleurs insisté (1) sur la nécessité de bien distinguer l'un de l'autre les deux états pathologiques de constipation et de stase qui, s'ils coïncident souvent, sont cependant deux ordres de troubles absolument différents dans leur essence et leur signification pathologique.

Dans l'étude précédemment citée j'ai de même insisté sur le fait que l'opération, quand elle est vraiment indiquée et raisonnablement pratiquée, ne s'attaque pas au symptôme CONSTIPATION, mais au trouble STASE (2).

Si l'on se pénètre bien de ce principe, particulièrement évident, on aplanit ou même on supprime du même coup, nombre de contestations qui, autrement, ne peuvent manquer de s'élever.

*
* *

Les troubles présentés par les malades atteints de stase avec constipation sont en effet de deux ordres très différents :

1° TROUBLES DU DYNAMISME INTESTINAL se traduisant par un *ralentissement du transit des déchets alimentaires*, ralentissement qui aboutit à une *raréfaction et à un espacement anormal des exonérations*;

2° DES TROUBLES DE LA SANTÉ GÉNÉRALE qui sont attribuables à une intoxication dont le point de départ est l'intestin, troubles qui se traduisent par une atteinte des fonctions du système excito-moteur organo-végétatif (retentissement sur les fonctions viscérales), par une atteinte de la santé générale, par des signes de toxémie et de bacillémie (amaigrissement, pyélonéphrites).

(1) La constipation et la stase intestinale, *Bull. méd.*, avril 1923, n° 17.

(2) Sauf le cas de dyschésie d'origine locale ano-rectale. — Voir Etude sur la dyschésie, *Bull. méd.*, 1923, n° 18.

*
* *

Devant ces deux ordres très différents de troubles, l'idéal serait, évidemment, et pour atteindre au maximum des résultats, de réaliser une intervention opératoire (1) à double effet qui : 1° palliant efficacement aux perturbations du dynamisme intestinal rendrait ainsi aux selles leur régularité normale; 2° assurant l'élimination ou la destruction des produits toxiques ou infectés du contenu intestinal, ou encore réalisant le barrage organique qui s'opposerait à la diffusion de ces produits dans l'organisme, empêcherait la toxi-infection à point de départ intestinal.

L'opération idéale ainsi réalisée serait donc à double but et à double effet : d'une part, elle lutterait contre la constipation; de l'autre, elle s'opposerait aux effets nocifs de la stase.

Jusqu'à présent, aucune opération connue, nous le verrons ultérieurement, n'a pu atteindre ce double but.

Est-il bien nécessaire d'ailleurs d'en arriver là? C'est un point qui mérite discussion.

Ce que nous savons de la constipation et de la stase intestinale nous montre qu'en fait toute la gravité des états de constipation résulte de la stase qui peut leur être associée.

Dans ces mêmes états de constipation avec stase associée (la stase faisant toute la gravité de la constipation), la toxi-infection est, nous le savons (2), d'autant plus intense que la stase porte sur un segment intestinal dont le contenu est plus liquide et, par conséquent, plus facilement absorbé.

Si l'on veut agir opératoirement sur l'élément gravité d'un état de constipation, c'est donc contre la stase, et non pas contre la constipation, qu'il faudra diriger l'intervention opératoire.

D'un autre point de vue, nous ne devons pas oublier, quand nous préconisons ou quand nous exécutons une intervention chirurgicale qui comporte un certain pourcentage de risques, que l'indication opératoire est seulement à retenir dans les cas où, après juste estimation des dangers courus par le malade dans l'une ou l'autre éventualité, la balance laisse au patient de plus grandes chances d'amélioration ou de guérison après intervention, que par le traitement médical abstentionniste.

Ce sont ces deux ordres de faits qu'il faut mûrement peser avant de songer à la possibilité d'une intervention opératoire pour stase intestinale.

Or, jamais le signe constipation, considéré isolément, n'est pour le malade une cause de danger (abstraction faite, bien entendu, des risques d'occlusion qui peuvent se produire dans des affections dont le symptôme initial est la constipation), la stase est, dans ces états, le seul trouble qui peut donc être traité chirurgicalement (et dans les cas seulement où ce phénomène morbide ne peut être réduit par les traitements purement médicaux). Ceci dit, revenons aux opérations dirigées contre la stase.

(1) Nous n'étudierons ici, bien entendu, que le traitement des stases intestinales chroniques. Pour le traitement des stases aiguës, voir A.-C. GUILLAUME. *Les Occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin*, Masson, Paris 1922.

(2) Voir La constipation et la stase intestinale, *Bull. méd.*, avril 1923, n° 17.

*
* *

Si l'on ne connaît pas de bonne opération capable de modifier utilement la constipation, on connaît, par contre, plusieurs opérations capables de lutter efficacement contre la stase.

Nous allons étudier les divers types d'opérations préconisés, le but qui leur a été assigné, leur physiopathologie, leurs résultats.

Pour effectuer cette étude, il est bon de grouper les opérations en deux grandes catégories : 1° les *opérations indirectes* par lesquelles on se propose de lutter contre les effets de la cause, déterminée ou non, qui engendre la constipation, la stase et leurs conséquences; 2° les *opérations directes* qui ont pour but de supprimer la cause initiale de tous ces troubles.

LES OPÉRATIONS INDIRECTES

Nous allons étudier tout d'abord les opérations indirectes, disons de suite d'ailleurs que ce sont les seules qui, après expérience, tendent à être conservées parmi les méthodes de traitement de la stase.

Principes généraux des opérations indirectes dirigées contre la stase.

Tout le mal, dans les états de stase, vient de la résorption des produits liquides, toxiques et infectés, du contenu intestinal; le but que l'on doit se proposer d'atteindre, dans les états de stase, est donc la rapide évacuation de ces produits toxi-infectieux, la suppression de leur stagnation, ou encore la suppression des régions de l'intestin dans lesquelles se produit cette résorption.

Nous allons voir que les opérations proposées et pratiquées visent à atteindre l'un ou l'autre but ou les deux réunis.

1° Dérivation et évacuation rapide des produits toxi-infectieux. — Quelle que soit la cause initiale des stases intestinales chroniques, un fait est évident : la possibilité et même la fréquence de stases en certaines régions de l'intestin, iléon, segment cæco ascendant; un autre fait est au-dessus de toute contestation : la nécessité de supprimer la stagnation dans ces régions. Celle-ci ne pouvant être toujours obtenue par les moyens médicaux, on a donc voulu dériver opératoirement les matières qui stagnent dans ces segments et, tout naturellement, on a cherché à atteindre ce but en anastomosant une zone déclive de ces segments de stagnation, avec un point de l'intestin situé plus ou moins loin, en aval, du précédent; on arrive ainsi à raccourcir le trajet des matières et à éviter l'obstacle en le contournant. De cette idée directrice sont dérivées une série d'opérations dites de *court circuit* intestinal.

Les opérations sont de deux types différents suivant qu'elles sont réalisées par anastomose intestinale sans section interrompant la continuité normale du tractus intestinal, soit qu'il y ait anastomose consécutive à une interruption par section de la continuité intestinale.

Le premier type d'opération est réalisé par l'anastomose latéro-latérale unissant le grêle ou le fond cæcal avec l'anse sigmoïde; le deuxième type d'opération est réalisé par la section de l'intestin grêle et l'implantation du bout supérieur de celui-ci dans l'anse sigmoïde, le bout inférieur étant simplement fermé (théoriquement, on fait ainsi une exclusion du gros intestin).

Le premier type d'opération prendra le nom d'anastomose *cæco, typhlo ou iléo-sigmoïdienne* (*cæco ou iléo-sigmoïdostomie latérale*), la seconde opération sera nommée *iléo-sigmoïdostomie terminale*, avec exclusion colique.

Nous reviendrons plus loin sur les résultats et les effets de ces opérations.

2° Suppression par résection des segments intestinaux d'absorption. — On se propose, dans ces cas, de supprimer, en la réséquant, la zone malade, la zone altérée anatomiquement, dans laquelle s'effectuent les résorptions toxi-infectieuses; on est donc amené à effectuer l'ablation du segment cæco-ascendant du gros intestin et la partie terminale de l'iléon (zones dans lesquelles se produit la stase); on pratique une iléo-colectomie.

L'étendue de cette colectomie, n'est pas, suivant les chirurgiens, toujours la même. Dans certains cas on se limite à l'ablation du segment physiologique cæco-ascendant, enlevant alors en bloc la terminaison iléale, le cæcum, l'appendice iléo-cæcal, le côlon ascendant et une partie du transverse adjacent, on exécute une *hémicolectomie droite* avec reconstitution de la continuité du tractus intestinal par anastomose, l'une à l'autre, des deux extrémités de la brèche intestinale pratiquée (anastomose de l'iléon au transverse, iléo-transversostomie complémentaire).

Dans d'autres cas, l'exérèse porte sur la plus grande partie des côlons, on résèque alors, en outre du segment cæco-ascendant, le transverse, le descendant et le côlon iliaque, ne laissant en place que l'anse sigmoïde, le rectum et son canal anal, c'est la *colectomie totale ou mieux subtotale*, qui est complétée (reconstitution de la continuité du tractus intestinal) par l'implantation du bout iléal dans l'anse sigmoïde (*iléo-sigmoïdostomie terminale complémentaire*).

En résumé, les quatre grands types d'opérations sont :

1° *Opération sans résection*. — L'anastomose latérale, cæcale ou iléale, avec l'anse sigmoïde.

2° *Opération sans résection, mais avec section du grêle*, l'iléo-sigmoïdostomie terminale simple.

3° *Opération avec résection partielle des côlons*, l'hémicolectomie droite avec iléo-transversostomie complémentaire;

4° *Opération avec résection subtotale des côlons*, colectomie subtotale avec iléo-sigmoïdostomie terminale complémentaire.

A côté de ces quatre opérations type, les plus fréquemment pratiquées, il y a toute une variété d'interventions qui sont des modifications des principes qui ont présidé à la conception des opérations précédentes.

J'ai groupé dans la figure I, les schémas de ces diverses interventions.

Les figures du groupe I sont des anastomoses latérales, par anastomose de la fin de l'iléon, du cæcum, ou des côlons, avec d'autres parties de l'arc colique, le schéma I_1 représente une anastomose latérale iléo-sigmoïde; la figure I_2, une anastomose latérale cæco-sigmoïde; la figure I_3, une anastomose colo-colique (ascendant-transverse); la figure I_4, une anastomose iléo-colique (sur le transverse); on peut également, dans le même ordre d'idées, anastomoser le transverse ou le descendant, à l'anse

sigmoïde ou à l'ampoule rectale, pour établir un court circuit qui évite l'angle gauche (obstacle de l'angle gauche); on peut aussi réaliser l'anastomose du côlon sigmoïde avec le rectum (dans le cas de tumeur sténosante sigmoïdo-rectale),

Les figures du groupe II représentent des implan-

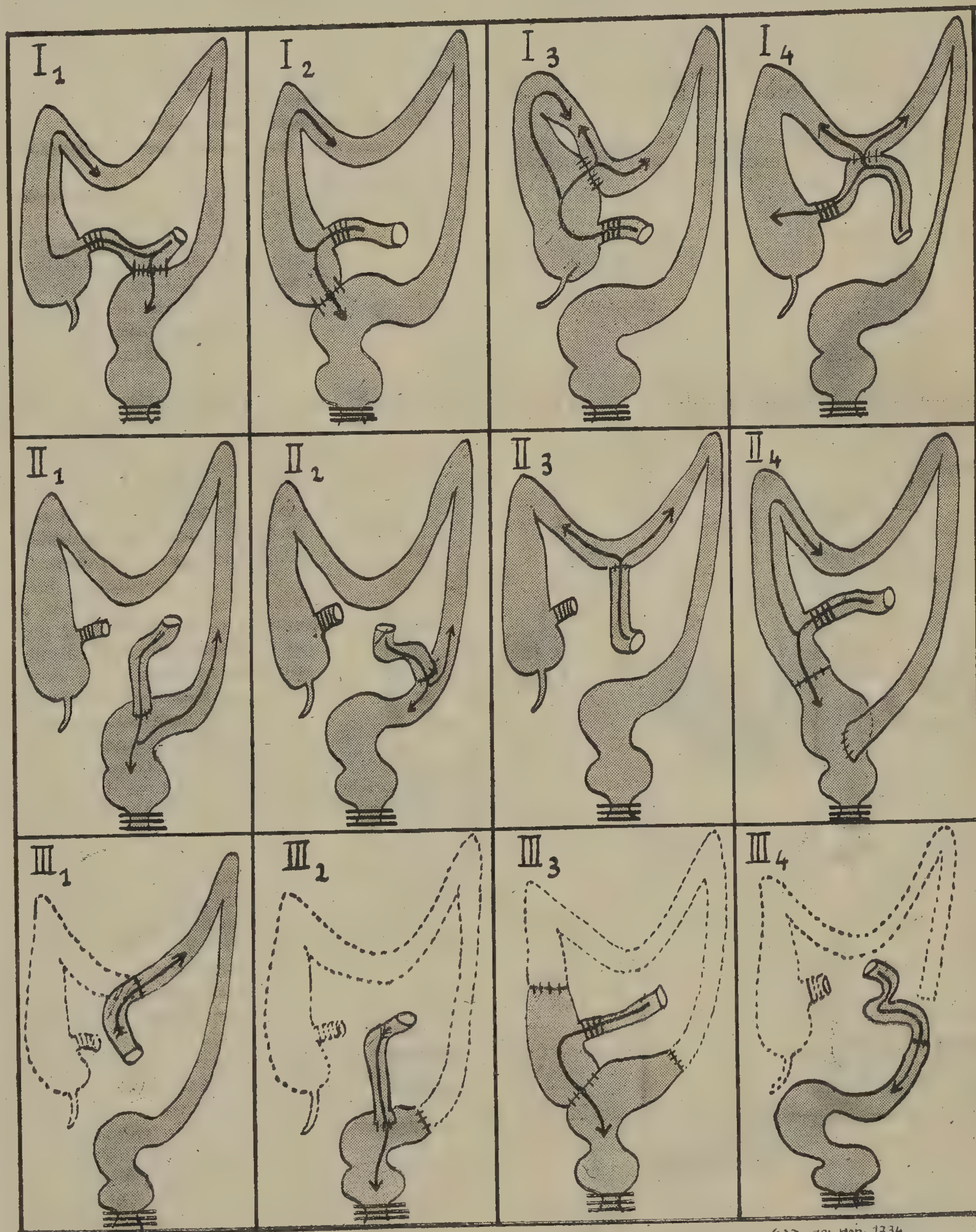


FIG. I. — **Les opérations indirectes.** — *Anastomoses latérales.* — I_1, anastomose iléo-sigmoïdienne ; — I_2, anastomose cæco-sigmoïdienne ; — I_3, anastomose colo-transverse ; — I_4, anastomose iléo-transverse.
Implantations. — II_1, iléostomie terminale sigmoïdienne; — II_2, iléostomie terminale sur le descendant ; — II_3, iléostomie terminale sur le transverse ; — II_4, colostomie en Y.
Résections. Iléo-colectomies. — III_1, hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse ; — III_2, colectomie subtotale avec implantation iléo-sigmoïdienne ; — III_3, colectomie subtotale sous-cæcale avec anastomose cæco-sigmoïdienne ; — III_4, colectomie subtotale avec implantation iléale haute.

tations ; le schéma II_1 représente une implantation iléale dans l'anse sigmoïde; le schéma II_2, une implantation iléale dans le descendant; la figure II_3 une implantation iléale dans le transverse ; la figure II_4, l'anastomose en Y imaginée par MM. Lardennois et Okinczyc.

Les schémas du groupe III représentent des résections iléo-coliques ; la figure III_1 représente

une résection de la partie droite des côlons, une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse complémentaire ; la figure III_2, une colectomie subtotale avec implantation iléo-sigmoïde complémentaire ; la figure III_3, une colectomie subtotale avec conservation du cæcum et cæco-sigmoïdostomie complémentaire (procédé de M. Lardennois) ; la figure III_4, représente une colectomie subtotale avec anastomose complémentaire haute, iléo-iliaque ou iléo-descendante.

Il existe encore quelques autres modalités opératoires, signalons, par exemple, les colectomies segmentaires limitées, portant sur le transverse, ou le descendant, et qui sont pratiquées dans les cas où un obstacle (tumeur sténosante) s'oppose au passage des matières. A vrai dire, ce type d'intervention n'est pas de ceux qui méritent de retenir beaucoup l'attention pour nous qui étudions seulement la stase intestinale chronique.

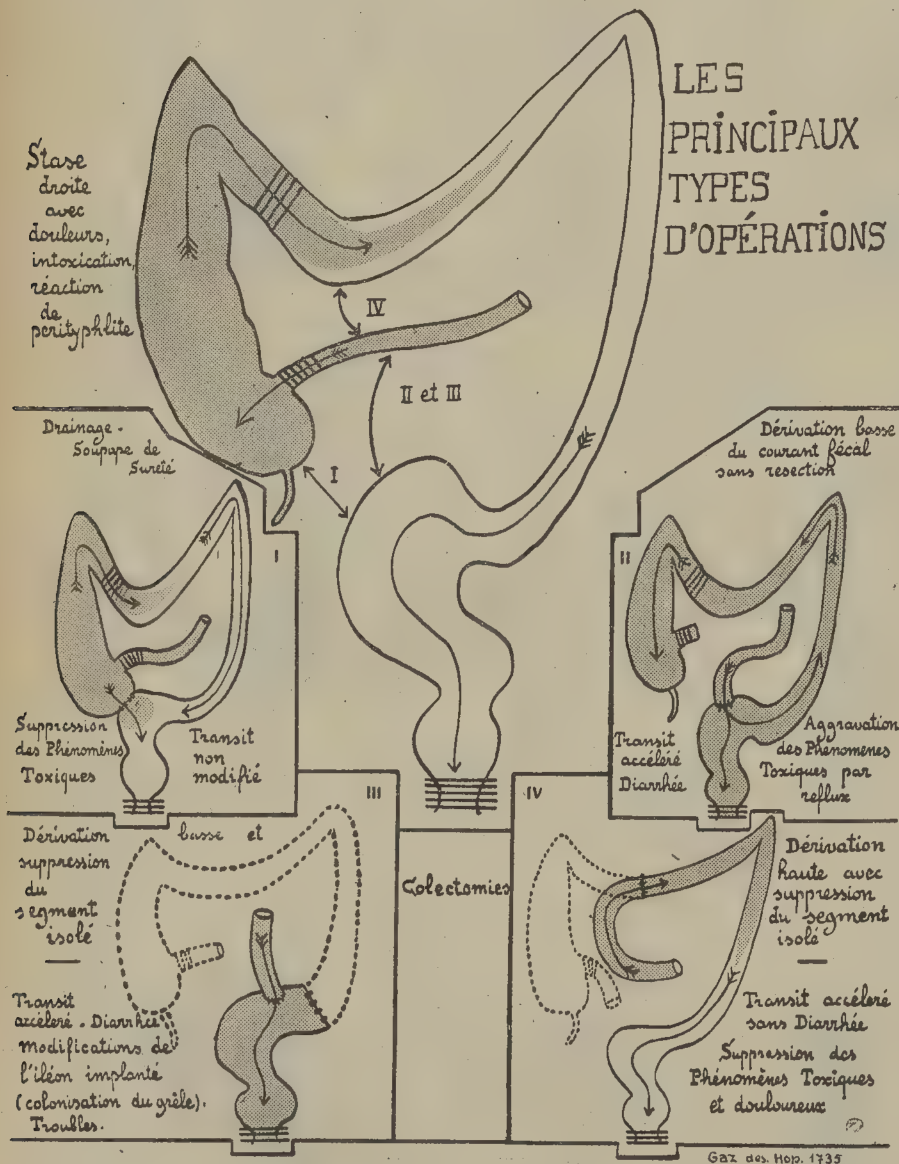


Fig. II.

* * *

Etudions maintenant la physio-pathologie et les effets des divers types d'interventions sur le fonctionnement de l'intestin.

Physio-pathologie des opérations.

Point n'est besoin, pour cela, d'étudier le fonctionnement de l'intestin dans chacune des interventions qui ont été reproduites dans la figure I, il suffit, me semble-t-il, d'indiquer seulement la physiologie intestinale postopératoire dans le cas des quatre opérations types couramment pratiquées :

La *cæco-sigmoïdostomie.*

L'*iléo-sigmoïdostomie simple.*

La *colectomie subtotale avec iléo-sigmoïdostomie complémentaire.*

L'*hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse.*

Ces types d'opérations (voir fig. II) sont, en effet, les modalités fondamentales de la chirurgie de la stase, et il est facile de grouper autour d'eux, les modalités accessoires signalées précédemment.

Expérimentation. — Des iléo-sigmoïdostomies exécutées chez le chien, Lance conclut que pendant les premiers jours, les selles sont liquides, très fréquentes, accompagnées de ténesme rectal et de crises douloureuses ; ces troubles entraînent une perte de poids.

Vers le cinquième jour, après l'intervention, les selles s'épaississent et deviennent peu à peu solides et moulées, parallèlement leur expulsion se régularise, devient normale, et l'animal reprend le poids qu'il avait antérieurement.

Nannotti explique cette adaptation par des modifications dans le pouvoir d'absorption du segment d'intestin compris entre la bouche anastomotique et l'anus, absorption qui est d'autant plus importante que ce segment d'intestin est plus long.

Druchert, par contre, explique les phénomènes observés d'une autre façon, le côlon, exclu fonctionnellement, se rétracte, se ratatine immédiatement ; le contenu intestinal déversé directement par l'iléon dans le côlon terminal est, dans les premiers jours, expulsé immédiatement à l'extérieur par l'anus, d'où diarrhée initiale ; ultérieurement il se produit du reflux dans le côlon situé en amont de l'anastomose, le côlon se laissant dilater par diminution de la tonicité de sa musculature ? Les matières refluent ainsi jusqu'au cæcum.

Les matières accumulées se déshydratent et prennent une consistance solide.

Quand on pratique, non plus seulement l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion droite par section iléale, mais l'iléo-sigmoïdostomie avec colectomie subtotale, la diarrhée existe d'une façon permanente.

Les recherches expérimentales de M. Alglave (chien et porc) ont conduit aux conclusions suivantes :

L'exclusion unilatérale subtotale du gros intestin avec iléo-sigmoïdostomie est une opération qui, plus ou moins rapidement, porte gravement atteinte

à la nutrition des animaux les plus résistants. Chez le chien, déchéance rapide et prédisposition aux maladies infectieuses et parasitaires, et mort après le sixième mois; chez le porc, déchéance encore plus rapide et mort avant le cinquième mois; chez les herbivores, mort en quelques jours.

Pour la colectomie subtotale avec iléo-sigmoïdostomie (chez le chien et le porc), mêmes conclusions.

La colectomie partielle droite est, au contraire, bénigne et n'entraîne pas de troubles sérieux.

Pathologie humaine. — Nous étudierons successivement l'effet de ces interventions sur les fonctions intestinales et sur les troubles accusés par les malades en distinguant les éléments suivants :

Le *transit intestinal.*
La *stase constatée à l'examen aux rayons X.*
Les *phénomènes toxiques.*
Les *douleurs.*
Les *modifications anatomiques intestinales post-opératoires.*

L'analyse des travaux et des observations publiées d'une part, l'étude clinique et radiologique d'un bon nombre de malades opérés par divers chirurgiens tant dans les services hospitaliers qu'en pratique de ville, d'autre part, m'ont montré qu'il est possible de tirer les conclusions suivantes :

Influence exercée par les divers types d'opérations sur la rapidité du transit intestinal. — Pour étudier ce point du problème, il faut grouper deux à deux, les quatre grandes modalités opératoires et opposer l'un à l'autre les deux groupes suivants :

1° *Les implantations basses de l'iléon* (*iléo sigmoïdostomie avec ou sans résection colique*);
2° *L'implantation haute de l'iléon* (*colectomie avec iléo transversostomie*) *et l'anastomose latérale iléo ou cæco sigmoïdienne.*

Les opérations du premier groupe modifient en effet le transit intestinal; à l'opposé, les opérations du second type ne modifient, en général, pas considérablement ce transit.

Pour les opérations du premier groupe (transit modifié), il n'est pas inutile d'insister.

L'anastomose de la fin du grêle (matières liquides) dans l'anse sigmoïde, détermine l'afflux brutal des produits du repas dans l'intestin terminal qui, on le sait, est le siège de l'acte de défécation. L'arrivée de ces matières déterminera par conséquent (afflux soudain) le réflexe de défécation, et les matières seront expulsées à l'extérieur dans l'état où elles quittent l'iléon, c'est-à-dire à l'état liquide, avant qu'ait pu s'effectuer la déshydratation qui, normalement, se produit dans l'arc des côlons; l'iléo sigmoïdostomie aura donc pour conséquence première la *diarrhée.*

Si le but assigné à l'opération était de combattre le ralentissement pathologique qui caractérise l'état de constipation, on est obligé de convenir que le résultat obtenu dépasse le but que l'on se proposait d'atteindre, et que l'on est, pour avoir voulu éviter un éceuil, tombé sur un autre; on est tombé de Charybde en Scylla.

La diarrhée dans les suites immédiates de ces opérations, est constante.

Il est vrai que dans certains cas, cette diarrhée initiale s'atténue ultérieurement, c'est alors que l'éducation s'est faite de résister à l'afflux soudain des matières déversées par l'iléon dans le segment terminal du gros intestin; mais, les matières qui, dans ces conditions, ne sont pas expulsées au dehors, sont rejetées par violent péristaltisme intestinal, et dans l'arc des côlons, et dans le grêle. Nous verrons les conséquences de ce reflux quant aux phénomènes toxiques, mais dès à présent il nous faut insister sur le fait qu'après un certain temps se produisent, dans l'intestin ainsi modifié, des phénomènes d'iléite et de colite.

Pour les opérations du deuxième groupe (transit peu modifié) quelques remarques sont nécessaires.

Il est des cas où, après opération, le transit est accéléré, parfois même d'une façon notable; parmi les malades opérés par mon maître M. Robineau (cæco-sigmoïdostomie et hémicolectomie droite), j'ai



Fig. III. — *Hémicolectomie droite à la sixième heure après l'ingestion de repas baryté.* — Trois mois après opération. Revue six mois après, parfait état, deux selles moulées par jour.

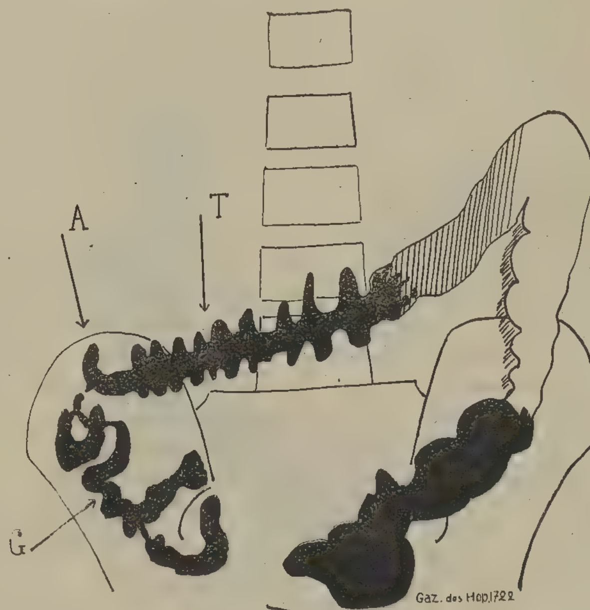


Fig. IV. — *Hémicolectomie droite.* — Huitième heure.

noté dans plusieurs cas une restauration notable de la fonction d'évacuation des fèces, les selles très irrégulières et très espacées avant l'opération, deve-

naient plus régulières et plus fréquentes, et c'est là un résultat parfois durable. (Voir fig. III, IV, V.)



Fig. V. — *Hémicolectomie droite*. — Dixième heure.

Dans les observations publiées par divers auteurs, on trouve également nombre d'exemples d'une telle amélioration des fonctions d'évacuation des déchets alimentaires.

Mais c'est là un résultat qui est loin d'être constant ou durable, on peut même dire que, dans la majorité des cas, le transit intestinal n'est pas notablement modifié, n'est jamais normal, ou que, si pendant les premiers temps après l'opération on constate une accélération du transit, dans les mois et les années qui suivent, ce transit reprend ses caractères d'irrégularité et d'espacement. Les opérations du deuxième groupe ne doivent pas être considérées comme étant capables, pratiquement, de modifier l'état de constipation.

Influence exercée par les divers types d'opérations sur les phénomènes de stase droite apparente aux rayons. — Il faut, ici encore, grouper deux à deux les diverses modalités opératoires, et placer dans un premier groupe les colectomies (partielles et totales), dans un deuxième groupe l'anastomose latérale et l'iléo sigmoïdostomie terminale.

Dans les opérations du premier groupe (colectomie partielle et colectomie subtotale), il ne peut évidemment plus être question de stase droite cæco ascendante puisque ce segment du gros intestin est supprimé; par contre, dans les opérations du deuxième groupe, la stase droite persiste, soit que la bouche anastomotique ne draine qu'une partie des fèces (anastomose cæco sigmoïdienne), soit qu'il y ait un reflux indirect (iléo-sigmoïdostomie).

Ce reflux, dans l'arc colique, des matières déversées dans l'intestin terminal par l'iléon, est un fait surabondamment démontré par de nombreuses observations radiologiques, effectuées (voir fig. VI) non seulement grâce au lavement baryté abondant (dont il ne faut pas tenir compte car il ne reproduit pas les conditions normales), mais surtout par l'étude radiologique de l'évacuation d'un repas opaque.

Cette étude (voir fig. VII), montre que les matières déversées dans l'intestin terminal par l'iléon, refluent lentement par antipéristaltisme dans l'arc colique et peuvent venir s'amasser dans le segment proximal de l'intestin.

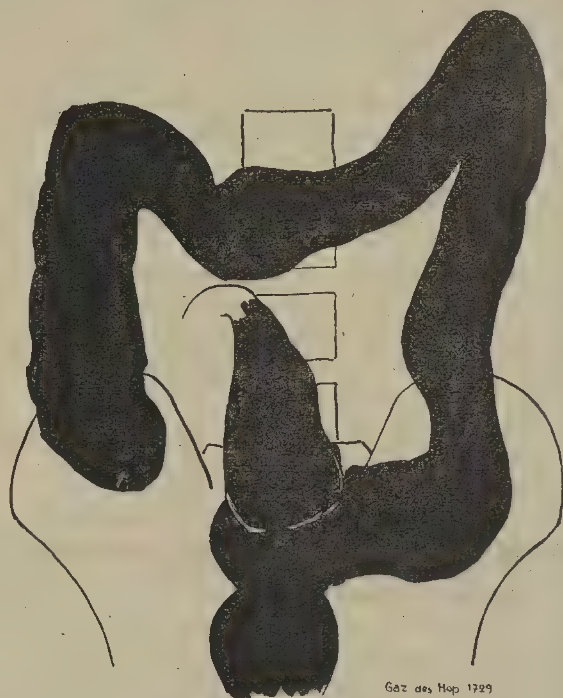


Fig. VI. — *Iléo-sigmoïdostomie. — Aspect de l'intestin par radio après lavement opaque.*

De nombreuses observations cliniques, notamment celles de MM. Lecène, Mauclaire, Souligoux, Lardennois, démontrent l'existence du reflux et de

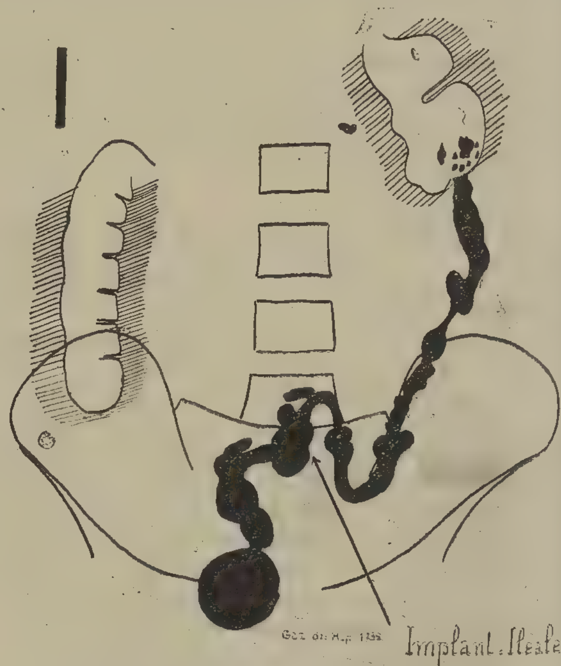


Fig. VII. — *Iléo-sigmoïdostomie terminale avec exclusion droite.* — Schéma d'après un cliché de Case (*X Rays examination of the digestive tract*) montrant le reflux dans l'arc colique. Ce cliché, pris douze heures après l'ingestion du repas baryté, montre que la baryte atteint l'angle gauche. La baryte étant arrivée dans l'anse sigmoïde à la huitième heure, l'antipéristaltisme la pousse graduellement vers le segment proximal. A noter aussi, point important, qu'il n'y a pas de reflux dans l'iléon ; ceci est dû au fait que l'implantation iléale a été pratiquée de telle manière (procédé de Kellog) que le reflux est impossible.

la stase droite dans le cas d'iléo-sigmoïdostomie terminale et leur gravité, et dans nombre de cas on a été amené, après de telles opérations, à drai-

ner à l'extérieur le côlon droit (cæcostomie ou appendicostomie).

Une observation intéressante par sa rareté et la valeur des constatations directes effectuées, est à signaler.

Sur un sujet de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, Sorrel a trouvé une iléo-sigmoïdostomie latérale sans exclusion.

Le segment iléal situé en aval de l'anastomose (dans le côlon proximal) compris entre ce point et l'abouchement du grêle était rétracté, le reste du grêle dilaté, comme le gros intestin d'ailleurs (1), le gros intestin était rempli de matières fécales qui étaient venues dans l'arc colique, soit par l'iléon (segment situé en aval de l'anastomose), soit par reflux dans l'arc colique (descendant transverse et côlon proximal).

Il y a lieu de se ranger sans réserve à l'opinion de M. Lardennois : « Il ne paraît pas niable que l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale soit dangereuse. Non seulement elle trouble notablement la digestion, mais elle peut créer dans le gros intestin une *stagnation plus grave que celle qu'elle prétend guérir.* »

Influence des divers types d'opérations sur les phénomènes toxiques. — Ici encore deux groupements, mais non plus deux à deux des opérations.

Dans le premier groupe, nous rangerons, seule, l'iléo-sigmoïdostomie simple terminale; dans le deuxième groupe, les trois autres opérations types (anastomose latérale, et les deux modes de colectomies).

L'iléo-sigmoïdostomie simple, avec conservation de l'arc colique, aggrave, en effet, le plus souvent, les phénomènes toxiques, et ce fait s'explique parfaitement par les constatations radiologiques.

L'examen à l'écran (voir fig. VII) montre, en effet, que les matières déversées dans l'anse sigmoïde par l'iléon implanté, si elles ne sont pas immédiatement expulsées par l'anus, refluent en grande partie (poussées lentement par un antipéristaltisme qui, en quelques heures, amène les matières de l'anse sigmoïde au cœcum) dans l'arc colique conservé qui constitue ainsi un vaste cul-de-sac branché latéralement, comme un gigantesque appendice, sur la voie directe créée par l'acte opératoire. Ce cul-de-sac, véritable bas-fond physiologique, sorte de puisard, est le siège de phénomènes de putréfaction, de stase, et de résorption des produits toxiques. Ayant eu pour but d'exclure la zone de stagnation en dérivant les matières, on aboutit à la constitution d'une zone de stagnation encore plus dangereuse, puisqu'elle est placée, latéralement, sur la voie principale.



Fig. VIII. — *Cæco-sigmoïdostomie.* — Sixième heure. Plusieurs mois après opération. Selles régulières spontanées, plus de douleurs.

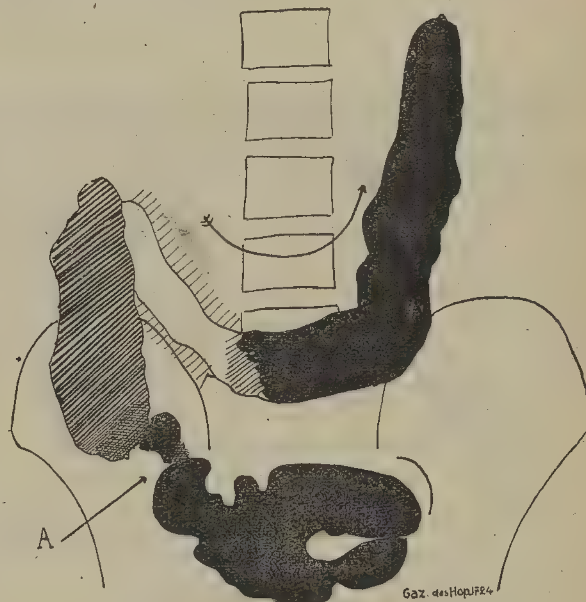


Fig. IX. — *Cæco-sigmoïdostomie.* — Même examen, plusieurs heures après. Les clichés montrent que la baryte passe à la fois par l'anastomose et par l'arc colique.



Fig. X. — *Cæco-sigmoïdostomie.* — Cliché plusieurs mois après opération montrant que la baryte passe à la fois par l'anastomose et l'arc des côlons.

Au contraire, les trois autres modes d'opérations, ceux du deuxième groupe, diminuent l'importance des phénomènes toxiques; en ce qui concerne l'anastomose latérale cæco-sigmoïdienne, celle-ci agit, semble-t-il, à la manière d'une soupape de

(1) Il s'agit, ne l'oublions pas, d'un cadavre.

sûreté qui draine utilement le cæcum dans l'anse sigmoïde, laissant passer les produits de fermentation sans drainer complètement le contenu du segment cæco-ascendant. (Voir fig. VIII, IX, X.)

INFLUENCE DES DIVERS MODES D'OPÉRATIONS SUR LES DOULEURS. — Il ne faut pas attendre de ces divers types d'opérations qu'ils suppriment, d'une façon définitive et complète, les phénomènes douloureux; même dans les cas où le maximum de résultat est assuré par l'opération, il est fréquent d'observer, de temps à autre, la réapparition de troubles douloureux, atténués il est vrai par rapport aux douleurs qui existaient antérieurement à l'opération, mais suffisantes cependant pour gêner le patient.

Du point de vue des douleurs, la classification des opérations est la suivante :

1° Persistance et aggravation des douleurs dans l'iléo-sigmoïdostomie simple, par suite des phénomènes de distension qui se produisent dans l'arc colique laissé en place.

2° Persistance et réapparition assez fréquente des douleurs, à type de coliques violentes, dans la colectomie subtotale, par suite de l'afflux brutal des matières liquides dans la zone de défécation, de la lutte de cette zone de l'intestin contre cet afflux, et des phénomènes de reflux dans l'iléon qui en sont la conséquence (1). Ajoutons que la diarrhée devient parfois sanglante et nombre de ces opérés versent dans la psychose avec morphinomanie.

Dans les deux autres types d'opérations (anastomose latérale et colectomie droite), les phénomènes douloureux sont beaucoup plus rares, plus espacés, et moins importants. *(A suivre.)*

(1) En outre, il faut tenir compte, dans la colectomie subtotale, des phénomènes pénibles de vide abdominal (malaise douloureux), des douleurs véritables et de l'état psychopathique, qui résultent de l'ablation d'un organe du volume du côlon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JUIN 1923)

Relations entre la radio-activité, la température et la sulfuration des sources de Bagnères-de-Luchon. Hypothèse explicative. — M. A. LEPAPE.

Hémodynamométrie veineuse. Hémodynamométrie cardiaque. — M. L. DESLIENS.

Sur l'origine des accidents provoqués chez l'homme par les fortes dépressions atmosphériques et sur la protection de l'aviateur contre les troubles d'ordre anoxhémique. — M. J. BEYNE.

De l'importance du calcium et du potassium dans la physiologie pathologique du cancer. — M. M. WOLF.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1923)

Discussion sur le statut des sages-femmes. — M. HERGOTT (de Nancy) estime que l'instruction des sages-femmes doit les mettre à même de surveiller les fonctions de la maternité. Pour peu que ces fonctions dévient, elles doivent appeler le médecin. Il faut qu'elles comprennent bien l'utilité de cette collaboration. Il faut donc leur donner des notions suffisantes d'anatomie, de physiologie et de pathologie pour les mettre à même de reconnaître les complications qui peuvent nécessiter la présence du médecin. Un examen à la fin de leur seconde année d'études permettra de reconnaître si elles ont acquis les notions suffisantes.

M. Hergott insiste sur les qualités morales que doivent présenter les sages-femmes. On a exprimé à leur égard des sentiments de défiance qui ne sont pas justifiés. Il faut savoir que la plupart des avortements sont des autoavortements. La plupart des femmes qui veulent avorter savent se procurer les instruments nécessaires.

Il est bien vrai que la plus grande partie des campagnes manquent de sages-femmes. C'est là une lacune qu'il faut faire disparaître. Pour cela, il faut assurer aux sages-femmes une existence honorable.

M. VANVERTS a fait une enquête auprès des directeurs d'écoles de sages-femmes. Il résulte de cette enquête que le nombre des élèves sages-femmes va toujours diminuant. Comme ses collègues, M. Vanverts conclut qu'il faut arriver à augmenter le nombre des sages-femmes. Pour cela, il faut qu'elles puissent vivre de leur métier. Il en résulte que de grandes réformes s'imposent.

M. BAR résume la discussion générale. Sur bien des points importants il y a accord unanime. Mais M. Bar, tout en étant rapporteur de la Commission, déclare faire partie de sa minorité. Plusieurs collègues ont abordé des points spéciaux de la question sur lesquels M. Bar ne s'arrêtera pas, voulant s'en tenir à la discussion générale.

M. Bar rappelle l'hommage que M. Pinard a rendu à de célèbres sages-femmes qui ont rendu des services éminents. Il s'associe à cet hommage légitime rendu aux sages-femmes historiques. Mais ce sont là des exceptions. S'en tenant au côté pratique de la question, M. Bar veut envisager le sort des sages-femmes en général. Or, que doivent-elles être? des collaboratrices, des auxiliaires du médecin. Il ne faut pas considérer la sage-femme comme un médecin à compétence limitée. Il faut les envisager comme des assistantes des femmes enceintes. Pour remplir ce rôle, il leur faut une instruction suffisante pour que les femmes en couches et les enfants soient assurés des secours qui leur sont nécessaires. Dans la pratique que leur demande-t-on? d'être capables d'assurer ces secours d'assistance, de faire une sage propagande auprès des femmes enceintes pour qu'elles accomplissent normalement leurs fonctions de maternité. Elles doivent donc se tenir en constante collaboration avec le médecin, sans pour cela être une subalterne. Cette synergie entre elles et le médecin est indispensable.

M. Bar insiste particulièrement sur le complément d'instruction qui doit être donné aujourd'hui aux sages-femmes au point de vue de la puériculture. Il signale en passant que dans la loi de protection des enfants du premier âge il n'est pas question des sages-femmes. C'est là une regrettable lacune car la sage-femme est particulièrement désignée pour tenir un rôle de premier rang dans la puériculture.

M. Bar se félicite des progrès réalisés par les consultations de nourrissons. Ces consultations sont, selon lui, la pierre angulaire de la puériculture. Elles ont pris une extension considérable. La coopération de la sage-femme à la puériculture est donc indispensable.

Bien des enquêtes ont été faites, celles, entre autres, de M. Hergott qui prouvent que la plupart des femmes de la campagne accouchent sans le secours du médecin ni de la sage-femme. Il faut que cela change. Il faut que ces femmes soient assurées du secours d'une sage-femme. La première nécessité qui s'impose est donc d'améliorer la situation des sages-femmes. Il faut qu'elles puissent vivre et vivre honorablement. Il faut qu'elles soient assurées d'un gage en rapport avec les sacrifices qu'on leur aura demandés. Si on veut relever la profession de sage-femme, on doit aborder nettement la question des honoraires.

L'Académie ne saurait ignorer la vraie situation dans laquelle se trouvent actuellement les sages-femmes. Aussi depuis 1894 le nombre des élèves sages-femmes va toujours diminuant. L'une des causes de cette triste situation est la création d'un grand nombre d'infirmières volontaires dont beaucoup empiètent sur les frontières qui ne devraient être

réservées qu'aux sages-femmes, car beaucoup de ces jeunes filles se portent précisément vers la puériculture.

M. Bar fait observer avec raison qu'il y a une loi d'assistance aux malades qui tous sont assurés d'avoir un médecin. Aucune loi n'assure à la femme enceinte l'assistance qui lui est nécessaire.

Les maladies mentales et la réforme n° 1. — M. Benon adresse un travail sur ce sujet.

La douleur peut être absente au cours d'une appendicite latente. — M. Capresco adresse une note sur ce sujet.

Le système moteur et le système valvulaire de la respiration. Remarques au sujet d'un réflexe trachéo-laryngien et naso-laryngien. — M. Semer adresse une note sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 15 juin 1923)

M. Barbarin. **Trois cas de fracture de l'extrémité supérieure du tibia.** — L'auteur a traité ces cas par la méthode non sanglante (immobilisation en flexion) avec un excellent résultat.

M. Buquet. **Hernie étranglée de l'ovaire et de la trompe chez un nourrisson.** — L'auteur avait porté le diagnostic d'hernie de l'épiploon ou de l'ovaire. Le bébé guérit après kélotomie et résection de l'ovaire et de la trompe herniés.

M. Mossé (M. Dartigues, rapporteur). **Occlusion intestinale à la suite d'une ligamentopexie.** — Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans qui, sous les efforts de toux provoqués par une bronchite, fit cette occlusion.

M. Mossé trouva une anse intestinale étranglée dans un anneau formé en arrière par l'utérus, en avant par la paroi abdominale, en haut par les ligaments ronds suturés sur la ligne médiane par la ligamentopexie. La malade guérit. Dartigues insiste à ce sujet sur la nécessité de recourir surtout aux procédés de ligamentopexie latérale, et dit qu'on devrait arriver logiquement à l'Alquié-Alexander classique après laparotomie et sous le contrôle de la vue par conséquent.

M. René Bonamy fait remarquer que, quel que soit le procédé d'hystéropexie par fixation des ligaments ronds, il y aura toujours un orifice entre la paroi abdominale et l'utérus par où l'intestin pourra s'étrangler.

M. Roulland rappelle que le procédé Mossé ressemble au procédé d'hystéropexie de Doléris dont il est très satisfait. Il croit qu'il y a avantage à laisser une certaine élasticité pour les grossesses futures possibles et à prendre les ligaments à quelques centimètres de leur insertion.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(du 9 au 13 juillet 1923)

THÈSES

Lundi 9 juillet. — Jury : MM. Roger, président; Hartmann, Sebileau et Chiray. — M. Fouquet (André). Etude des fausses hémoptysies par hémorragies des voies aériennes. — M. Mailley (Henri). Le traitement de la syncope cardiaque au cours de l'anesthésie. — M. Lebègue (Roger). Etude de la congestion hépatique d'origine digestive. — M. Mitrovitch (J.). Thermocoagulation des albumines dans les urines et crachats. — M. Vacher (L.). Etude des fistules éloignées au cours des mastoïdites. — M. Vincent (Maurice). Etude des céphalées dans les sinusites postérieures. — M. Brouet. Etude des nerfs rachidiens dans la voie d'abord lombo-abdominale du rein. — M. Ferrier (Pierre). L'hydronéphrose intermittente par vaisseau anormal.

Mardi 10 juillet. — Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Guillain et Villaret. — M. Ragouneau (Louis). Les rhino-pharingites des brightiques. — M. Loventhal (André). Etude des syphilis viscérales méconnues. — M. Caublot (Paul). Du bactériophage de d'Hérelle. — M. Fauquet (A.). Etude de la spléno-pneumonie. — M. Couton (Marc). Gastro-entérites infantiles. — M. Bismuth (Albert). Aortite abdominale à forme gastralgique. — M. Trystram. Contribution à l'étude des colibacillémies à forme typhoïde.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Brindeau, Claude et Laignel-Lavastine. — M. Doubrère (Roger). L'occlusion postopératoire précoce en gynécologie. — M. Turnesco. Le mésentère. Etude d'anatomie chirurgicale. — Mme Brunet (Adèle). La fonction sécrétoire de l'épithélium mammaire. — M. Cerné (L.). Les hypnotiques uréiques. — M. Grenaudier (M.). Contribution au diagnostic de l'encéphalite léthargique. — M. Padéano (Gabriel). Le syndrome hébéphréno-catatonique dans l'encéphalite épidémique.

Jeudi 12 juillet. — Jury : MM. Gilbert, président; Ménétrier, Bezançon et Claude. — M. Laborde-Scar. Le dosage des albumines. — M. Aldel Ouahab (H.) Etude comparée du tempérament lymphatique. — M. Bonnin (Joseph). Etude sur le diagnostic de l'adénopathie tuberculeuse de l'enfant. — M. Mallet (L.). L'infortune du poète Gilbert. — M. Paul Abely. Terminaison de la mélancolie. — M. Thomas (P.). De la démence précoce consécutive au mal comitial. — M. Bernier. Hémoclasie digestive.

Jury : MM. Achard, président; Prenant, Duval et Rathery. — M. Millot. Le pigment purique chez les vertébrés inférieurs. — M. Parat. Etude des rapports des cellules sanguines avec les cellules hépatiques (foie du cobaye). — M. Magnillat (Louis). Traitement préventif et curatif de l'érysipèle. — M. Delvallez. Myocardite syphilitique. — M. Leforestier. L'appréciation radiologique de l'activité sécrétoire de l'estomac et du pancréas. — M. Sénéchal (P.). Etude de la myocardite éthylique.

Jury : MM. Letulle, président; Bernard, Sergent et Lereboullet. — M. Bonnichon. Etude des tumeurs mixtes des lèvres. — M. Herpe (Henri). Méningite tuberculeuse. — M. Cogné (René). Sur un cas de rougeole congénitale. — Mlle Denis. L'assistance sociale dans la consultation des nourrissons. — M. Biraud. L'enseignement de l'hygiène aux Etats-Unis. — M. Boucher (R.). L'endocardite maligne rhumatismale.

RENSEIGNEMENTS

Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Services automobiles P.-L.-M. dans le Vivarais et le Velay. — Pour faciliter les relations entre la station thermale de Vals-les-Bains, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, du 1er juillet au 16 septembre, un service automobile entre Montélimar et Vals-les-Bains par Villeneuve-de-Berg et Aubenas.

Ce service, qui fonctionnera tous les jours, sera en correspondance à Montélimar avec les trains de et pour Paris, Lyon et Marseille.

Des billets directs avec enregistrement direct des bagages seront délivrés pour Vals par les gares de Paris, Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Nice, Nîmes, Montpellier et Cette ou vice versa.

En outre du service précité et de circuits d'excursions dans les environs de Vals : Pont d'Arc et Gorges de l'Ardèche, Défilés de Ruoms, Bois de Païolive, Gorges du Chassezac, Mont Mézenc, etc., la Compagnie P.-L.-M. organise, dans la région, pendant la même période, les autres services ci-après :

Les mardi, jeudi et dimanche : Vals-les-Bains, lac d'Issarlès; aller par Mézilhac et Le Gerbier-des-Joncs; retour, le mardi, par l'auberge de Peyrebeilhe et Thueyts ; le jeudi et le dimanche par Saint-Cirgues-en-Montagne et Montpezat.

Les jeudi et dimanche : Le Puy, lac d'Issarlès; aller par Laussonne et le Gerbier-des-Joncs; retour par l'auberge de Peyrebeilhe.

Les services de Vals au lac d'Issarlès et du Puy au lac d'Issarlès seront en correspondance et permettront aux voyageurs de se rendre de Vals au Puy ou vice versa.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

N° 55. — MARDI 10 & JEUDI 12 JUILLET 1923. 96e ANNÉE. MARDI 10 & JEUDI 12 JUILLET 1923. — N° 55.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 6 juillet. — MM. Gouverneur, 19; Girode, 18; Gatellier, 17; Pascalis, 16.

Séance du 7 juillet. — MM. Maurer et Madier, 18; Bergeret, 20.

Classement des candidats admissibles :

MM. Gouverneur, 65; Leveuf, 64; Bergeret, 63; Girode et Pascalis, 62; Bloch (Jacques), Monod et Petit-Dutaillis, 60.

— Concours du prosectorat. — *Epreuve d'admissibilité.* — Séance du 4 juillet. — Dissection prolongée :

MM. Braine, 28; Reinhold, 25; Wilmoth, 26; Michon, 27.

Séance du 5 juillet. — Dissection extemporanée :

MM. Braine, 29; Reinhold et Wilmoth, 28; Michon, 29.

Sont proposés : MM. Braine et Michon.

— Hospice de Bicêtre. — Une place d'interne en médecine est vacante dès maintenant à l'hospice de Bicêtre, service du docteur Roubinovitch.

Les internes ou internes provisoires désirant occuper la place devront s'adresser à M. le docteur Roubinovitch.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Marseille. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de M. Brunet.

Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Vignoli.

ÉCOLE DE PUÉRICULTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Fondation franco-américaine), 64, rue Desnouettes, Paris (XVe), téléphone Ségur : 75-78. (Directeur : M. le professeur A. Pinard.) — Année scolaire 1923-1924. — *Enseignement pour étudiants docteurs en médecine.* —

I. Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions et les docteurs en médecine sont admis aux consultations de l'Ecole de puériculture, sur présentation d'une carte spéciale qui leur est remise sur demande adressée à M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

II. Enseignement complémentaire réservé aux étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions et aux docteurs en médecine français et étrangers.

L'enseignement aura lieu à partir du 1er octobre, sous la direction de M. le professeur Pinard, assisté de MM. les professeurs Couvelaire, Marfan, Léon Bernard, les docteurs Weill-Hallé, médecin de l'hôpital de la Charité; Lévy-Solal, agrégé, accoucheur des hôpitaux; M. Armand Guillon, directeur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Cet enseignement dure environ un mois et comprend : *a.* un stage dans les dispensaires de l'Ecole de puériculture; *b.* des leçons, des démonstrations et des travaux pratiques; *c.* douze visites d'œuvres d'hygiène et de protection de la mère et de l'enfant.

Programme des cours. — Hygiène de la femme en état de gestation et du nouveau-né.

Hygiène et assistance du nourrisson.

Hygiène et assistance de la seconde enfance et de l'âge scolaire.

Organisation administrative de l'hygiène sociale de l'enfance en France.

Démonstrations pratiques de laiterie et de diététique.

Un certificat sera délivré aux candidats qui auront suivi avec assiduité cet enseignement.

L'examen, donnant lieu à l'attribution du diplôme universitaire, aura lieu dans la première quinzaine de novembre.

Les candidats devront fournir, avant le 30 septembre prochain, les certificats des stages suivants : quatre mois dans un service d'accouchement; quatre mois dans un service de première enfance; quatre mois dans un service de deuxième enfance.

Les certificats seront soumis à la Commission de l'enseignement qui sera juge de leur validité.

Les candidats devront, en outre, avoir suivi l'enseignement complémentaire de l'Ecole de puériculture.

L'examen comportera : 1° des épreuves pratiques; 2° des

interrogations sur la puériculture avant et après la naissance; 3° l'examen des titres des candidats.

Droits d'inscription : 100 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de l'Ecole de puériculture, docteur B. Weill-Hallé, médecin de l'hôpital de la Charité, 64, rue Desnouettes, Paris (XVe).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICATE

ERREUR DE DIAGNOSTIC. GROSSESSE

Dans un numéro précédent de la *Gazette des hôpitaux* (1923, n° 32, p. 514), nous avons fait connaître le jugement rendu par le tribunal correctionnel d'Evreux, le 16 novembre 1922, qui avait acquitté le docteur V..., poursuivi pour homicide involontaire sur la personne de la dame J... Le médecin avait cru reconnaître un fibrome à opérer d'urgence; mais, aux premiers temps de l'hystérectomie, il s'aperçut que la dame J... était simplement enceinte ; s'orientant alors vers l'opération césarienne, il finit par retirer de l'utérus une fille vivante et viable, née à terme ou bien près du terme, mais la malade succomba d'une hémorragie résultant de la rupture de cinq des six ligatures au gros catgut de l'incision utérine de 16 centimètres de longeur.

L'acquittement fut prononcé pour cette raison que les médecins ne sauraient être inquiétés pour une violation ou une fausse application des règles de l'art médical dont la critique échappe d'autant plus aux profanes que les dogmes sont loin d'obtenir le consentement universel des professionnels d'une même époque et que leur existence est limitée dans le temps. Le tribunal avait fait application de ce principe, qu'il ne peut résulter, d'une discussion scientifique, une responsabilité civile ou pénale à la charge du médecin ou du chirurgien. Et nous disions que le tribunal avait bien jugé : du moment qu'il n'avait pas relevé une faute contre le chirurgien, celui-ci ne pouvait être retenu ni civilement, ni pénalement ; pour déclarer s'il y avait ou non faute, les juges avaient un pouvoir souverain d'appréciation.

Le père de la dame J..., qui s'était constituée partie civile et avait réclamé, tant en son nom personnel qu'au nom et comme tuteur des trois enfants mineurs de la défunte, le paiement d'une somme de 106.000 francs en réparation du préjudice subi, avait vu sa demande repoussée purement et simplement.

Il fit appel de ce jugement ; et la Cour d'appel de Rouen a rendu son arrêt le 21 avril 1923. La Cour a estimé que le docteur V... avait commis une faute et l'a, en conséquence, condamné à des dommages-intérêts dont l'ensemble s'élève à 11.500 francs, et aux dépens de l'instance tant devant le tribunal que devant la Cour.

Quel est le fondement de cet arrêt?

La Cour ne s'écarte pas du système de droit admis par le tribunal d'Evreux, conforme à la jurisprudence.

« Attendu, dit-elle, qu'une erreur de diagnostic, même lorsqu'elle a eu pour conséquence de décider d'une opération malencontreuse qui a entraîné la mort du malade, ne saurait, en principe, et par elle-même, constituer en faute le médecin ou le chirurgien qui l'a commise; qu'il est avéré, en effet, qu'en raison des difficultés, parfois presque insurmontables, que peut présenter un diagnostic, le savoir et l'expérience, non plus que les explorations les plus attentives et les plus minutieuses, ne mettent pas toujours l'homme de l'art à l'abri d'erreurs de ce genre, et que les maîtres les plus compétents et les plus consciencieux n'en sont pas exempts. »

Mais, en vertu de son pouvoir d'appréciation, la Cour a recherché si l'erreur de diagnostic qui a amené le docteur V... à pratiquer, sur la veuve J..., une opération qui a eu des suites mortelles, n'était pas imputable à son imprudence, à son inattention ou à sa négligence.

Elle commence par dire que « l'erreur de diagnostic commise apparaît comme peu compréhensible, suivant l'expression employée par les experts eux-mêmes dans leur rapport; en effet, bien que l'autopsie ait démontré que la veuve J... avait un pannicule graisseux, notablement développé, il semble invraisemblable que les explorations que l'intimé prétend avoir pratiquées sur elle, ne lui aient pas fait reconnaître l'existence d'une grossesse qui était à terme ou près du terme ».

Elle ajoute que le médecin est inexcusable de n'avoir pas tout tenté pour lever le doute qu'il pouvait avoir avant de procéder à une opération dont pouvait dépendre la vie de deux êtres : « Que, tout d'abord, n'ayant jamais soigné la veuve J... qu'il ne connaissait même pas personnellement, il aurait dû, ce qu'il reconnaît n'avoir pas fait et ce que ne manquent jamais de faire les praticiens consciencieux, car la plus élémentaire prudence le leur impose, demander à sa nouvelle cliente, si elle avait un médecin habituel ou tout au moins si elle avait déjà consulté un de ses confrères; qu'il se peut qu'elle lui eût, alors, indiqué le docteur M... qui était le médecin de sa famille, depuis plus de trente ans et qu'elle avait consulté quatre mois auparavant pour des troubles digestifs; qu'en ce cas, il aurait pu apprendre de son confrère que, celui-ci, par un simple diagnostic *de visu*, avait eu l'impression d'une grossesse, ainsi que cela résulte non seulement de l'information, mais aussi d'une lettre produite aux débats par la défense; qu'il est possible, toutefois que la veuve J... se soit gardée de lui faire connaître son médecin, mais qu'au moins on ne pourrait pas reprocher au docteur V... de n'avoir pas tenté de se renseigner. »

La Cour reproche, en second lieu, au médecin de ne pas avoir accompli le devoir qu'il avait, « en l'état actuel de la science radiologique, que homme de l'art doit nécessairement connaître, de ne pas négliger de recourir à cet efficace procédé de diagnostic qu'est la radiographie dans les cas douteux ».

« Attendu, dit-elle enfin, que si le docteur V... avait fait appel à tous les moyens qui étaient à sa disposition pour assurer, dans la mesure du possible, l'exactitude de son diagnostic, il est probable, sinon certain, qu'il aurait découvert la grossesse ; que si, cependant, malgré tout ce qu'il aurait tenté pour s'éclairer, la fatalité avait voulu que cet état ne lui fût pas révélé et qu'il eût persisté dans son erreur, c'est alors qu'il serait en droit de dire qu'il n'a encouru aucune responsabilité, en raison d'une opération qu'un diagnostic consciencieux, mais erroné, lui aurait fait pratiquer. » Et la Cour lui fait grief d'avoir hâtivement entrepris l'opération, dont il devait prévoir les suites, après avoir omis de faire tout ce qui dépendait de lui pour se mettre à l'abri d'une erreur.

La Cour n'a condamné qu'à des dommages-intérêts ; elle n'avait pas à prononcer de sanction pénale, parce que, seule, la partie civile avait fait appel. Le ministère public s'était abstenu.

Les extraits de l'arrêt, qui sont ainsi donnés, permettent de se rendre compte du point de vue, auquel la Cour de Rouen s'est placée pour infirmer la décision des premiers juges.

Sans entrer dans une discussion scientifique, elle a examiné si le médecin *avait tout fait* pour éviter une erreur de diagnostic ; elle a répondu négativement. L'enseignement que l'on doit retirer de cette décision est, que le médecin ou le chirurgien, dans les soins qu'il donne à son malade, doit s'entourer de toutes les précautions possibles, pour éviter qu'on puisse lui imputer des imprudences ou des négligences.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LES IIIes JOURNÉES MÉDICALES BELGES

Elles constituent un événement important dans la vie des médecins belges. Les organisateurs ont, comme le disait le professeur Forgue, modernisé les congrès médicaux. Elles sont dépourvues de l'apparat et de la discipline de ceux-ci : après chaque communication, les auditeurs peuvent éclaircir un point resté obscur dans leur esprit, susciter des discussions en se basant sur leurs observations et leurs expériences personnelles, approfondir une donnée qui les intéresse particulièrement. Ce sont de véritables journées de perfectionnements, dépourvues de toute solennité, mais fécondes en résultats, des journées où règne une belle confraternité.

Organisées, réglées de main de maîtres, par le docteur Mayer et le docteur Beckers, le secrétaire général, elles se sont déroulées sans un accroc au milieu du contentement et de l'enthousiasme des participants. Ceux-ci au nombre de 1300, étaient venus de tous les coins de la Belgique. Signalons la présence du doyen des médecins belges, le docteur Dechesne. Notre vénérable confrère, père du général Dechesne, tombé glorieusement à l'ennemi, est âgé de quatre-vingt-quatre ans et exerce la médecine depuis cinquante-sept ans ; médecin de campagne, il a gardé bon pied, bon œil, malgré l'intense labeur qu'il a livré et journellement, il fait encore ses visites. Il a été de toutes nos réunions et de toutes nos fêtes.

Les Journées étaient placées sous le haut patronage de Leurs Majestés le Roi et la Reine. Le Roi qui s'intéresse à toutes les branches de l'activité nationale avait voulu rendre hommage à notre effort scientifique. La Reine prend un intérêt particulier à ces assises. On sait le rôle magnifique qu'elle joua pendant la guerre ; on connaît sa participation généreuse à toutes les œuvres de la Croix-Rouge, sa pitié maternelle pour toutes les souffrances.

En tête du Comité d'honneur, on lisait les noms de Son Excellence M. Maurice Herbette, ambassadeur de France ; Son Excellence M. Frédéric Barbey, ministre de Suisse; Son Excellence le comte Gaston d'Ansembourg, chargé d'affaires du grand duché de Luxembourg. Trois noms! Trois symboles! Le Comité d'organisation a payé une dette de reconnaissance en les associant.

Si, dans ces journées, la médecine belge montre ce qu'elle veut, ce qu'elle peut, ce qu'elle vaut, elle ne peut pas oublier les enseignements précieux venus de ces merveilleux centres d'activité scientifique que sont les Facultés françaises de médecine. Si la guerre nous a intimement unis, la médecine belge n'a pas attendu le 2 août 1914 pour se dire l'amie et l'admiratrice de la médecine française. En sollicitant le patronage du ministre de Suisse, les médecins belges ont voulu reconnaître la généreuse hospitalité que la nation suisse avait offerte à nos malheureux prisonniers quand, exténués par des privations et des souffrances inouïes, ils arrivaient dans ce pays au cœur si noble et si sensible. En inscrivant au Comité d'honneur le nom du chargé d'affaires luxembourgeois, les organisateurs sanctionnaient l'accord intellectuel entre nos deux petits pays, complétant ainsi l'accord économique qui avait déjà matérialisé nos sympathies.

Du côté belge, on trouvait encore, au Comité d'honneur : M. le vicomte Berryer, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène ; M. le professeur Nolf, médecin lui aussi, ministre des Sciences et des Arts ; M. Henri Jaspar, ministre des Affaires étrangères ; M. Albert Devèze, ministre de la Défense nationale; M. Max, bourgmestre de Bruxelles ; M. Emile Béco, gouverneur du Brabant; MM. Jules Bordet, Antoine Depage, Paul Héger, Jean Verhoogen, René Verhoogen, Paul Vandervelde, tous professeurs à la Faculté de médecine de Bruxelles ; M. O. Velghe, directeur général du service d'Hygiène; M. le docteur Vince, président du collège des médecins de Bruxelles ; M. le général médecin Wilmaers, inspecteur général du Service de santé de l'armée.

Le Comité d'organisation comprenait tous les membres du Comité de rédaction du *Bruxelles médical*.

Les Journées médicales tinrent leurs assises au palais d'Egmont, vaste et somptueux palais, propriété autrefois du duc boche d'Arenberg qui y reçut, en des fêtes fastueuses, l'aliéné de Doorn. Edifié dans le style classique, la façade ornée de pilastres et de colonnes ioniques avec balustrade, il est actuellement la propriété de la ville de Bruxelles. Une exposition de spécialités pharmaceutiques où la France est largement représentée, occupe les galeries surplombant les escaliers de marbre rose.

La séance inaugurale eut lieu dans la vaste salle du manège transformée, par la ville, en salle de fêtes. Toutes les places sont occupées. La Reine, par une délicate attention, a voulu honorer de sa présence la cérémonie d'inauguration. Au bureau ont pris place tous les membres du Comité de patronage et d'organisation. Le ministre de l'Intérieur prend, le premier, la parole. M. Berryer rend hommage à la souveraine qui s'intéresse, tout particulièrement, à l'essor scientifique du pays. Il fait l'éloge du Corps médical dont les efforts tendent constamment vers le perfectionnement d'une science inspirée par les sentiments les plus désintéressés.

Le professeur Depage, délégué de l'Université de Bruxelles, rappelle l'époque héroïque où la Reine assistait aux réunions de la Panne, dont les Journées médicales sont la continuation indispensable. Il fait applaudir successivement les noms des savants étrangers qui ont bien voulu aider, par leur contribution, au succès de ces réunions et fait un éloge du professeur Forgue, du glorieux radiographe Bergonié, des professeurs Pittard (de Genève), Balthazard (de Paris), de Levaditi, si connu en Belgique et de tous ceux qui, par leurs travaux, honorent la science internationale.

Puis, M. le professeur Forgue, délégué du gouvernement français, apporte le salut et les vœux de réussite du Corps médical français. M. Forman, délégué du grand duché de Luxembourg, rappelle les liens qui unissent les deux pays.

Le professeur Pittard, délégué du gouvernement suisse, se fait l'interprète des sentiments amicaux des médecins de son pays.

Après chacune de ces allocutions, l'harmonie communale joue les hymnes nationaux que l'assistance écoute debout.

Le général Oberlé, délégué du maréchal Lyautey, apporte à nos souverains le respectueux souvenir du Sultan du Maroc, rappelle la triomphale visite, au Maroc, de notre Roi et de notre Reine, et signale l'attention, toute particulière, que prennent les médecins de là-bas, au travail scientifique de nos compatriotes. Le docteur Gardette, délégué de l'Association de la presse médicale française, souhaite longue vie à *Bruxelles médical* et le docteur René Beckers remercie tous les dévouements qui se sont offerts pour assurer le succès des Journées médicales. Puis, le travail scientifique commence. Le professeur Pittard, le savant anthropologue de Genève, inaugure la série des grandes conférences. Il avait pris pour sujet : *Ce que nous savons de la plus antique humanité.* Son exposé reposera uniquement sur les faits connus et les découvertes faites. Se basant sur la configuration des crânes et des mâchoires, il est d'avis qu'il faut faire rentrer dans une même famille, les types de Neanderthal, de Spy et de la Chapelle-aux-Saints, etc., et commente les conclusions de ses études. Il est impossible de donner une date, actuellement, à l'humanité primitive. Il faut descendre dans l'échelle géologique, plus bas qu'on ne le fait actuellement pour trouver le type primitif.

L'Europe apparaît comme le plus ancien centre humain. Toutes les races primitives sont caractérisées par la dolichocéphalie ; la brachycéphalie se rencontre à partir du pléistocène. Il faut, pour le moment, imaginer plusieurs races primitives. Cette conférence magistrale, dite dans une langue riche et claire, illustrée de projections démonstratives, obtint le plus vif succès et l'orateur fut longuement félicité par la Reine.

L'après-midi, le professeur Forgue occupait, le premier, la tribune pour nous parler *des hautes traditions de la chirurgie d'armée en France* et de trois de ses plus grands représentants : *Ambroise Paré*, *Percy* et *Larrey*. Discours académique d'une haute tenue littéraire, plutôt que conférence!

Il étudie chacun de ses types à un triple point de vue : le chirurgien, le savant, l'homme. Il fait ressortir les qualités d'audace, de sang-froid, d'initiative, d'endurance et de pitié, de chacun de ces chirurgiens militaires. Percy propose

la neutralisation des blessés et du personnel de la Croix-Rouge. Il est d'avis qu'il faut porter les secours le plus près du champ de bataille et tente une application de ce principe. Réalisation, hélas! malheureuse. Larrey a repris l'idée et prit une série de mesures qui lui permirent d'intervenir rapidement. Le savant professeur montre alors, par des exemples, le travail opiniâtre de ces chirurgiens dans les circonstances les plus difficiles; il passe en revue leur activité scientifique. Ambroise Paré assiste à l'emploi des armes à feu. Une nouvelle chirurgie se crée; il pratique la ligature des artères (1552).

Le contraste des méthodes chirurgicales d'alors, avec les méthodes actuelles est frappant : Celles-là sont toutes d'intervention rapide, celles-ci de conservation intégrale. Autrefois les mesures expéditives étaient nécessaires.

Les amputations étaient fréquentes. La guerre n'était que de mouvement. Actuellement, par suite de l'armement effroyable dont disposent les troupes, la stabilisation est de règle.

Le travail du chirurgien militaire était alors extraordinaire; le professeur Forgue nous montre Larrey pratiquant amputation sur amputation, pendant des journées entières. Sa dextérité était incroyable. Larrey avait vu juste en affirmant que tout blessé, opéré dans les vingt-quatre premières heures, avait la chance de s'en tirer. A la lumière des idées modernes, nous en connaissons le motif. Le développement microbien dans les vingt-quatre premières heures est insignifiant; passé ce délai, la flore des plaies se multiplie avec rapidité. Si l'on compare les succès opératoires de Larrey avec les désastres chirurgicaux de 1870, on est effrayé. Larrey employait l'alcool camphré pour ses pansements et faisait de l'antisepsie sans le savoir. 1870 a été le triomphe de la charpie. Que de malheureux ont payé de leur vie ces traitements mal conduits !

Et voici que nous apparaissent les qualités de chacun de ces grands bienfaiteurs. Chez tous trois, la hauteur morale égale la valeur technique et intellectuelle. Ils font le bien pour goûter le plaisir de l'avoir fait. Ils cherchent à être utiles à tous.

Goguenards, ils plaisantent de leurs misères pour ne pas avoir à en pleurer. Vivant dans un fraternel coude-à-coude avec les soldats, ils les connaissent, les encouragent, les réconfortent. Aussi, quelle affection, quel respect, quel dévouement chez tous les hommes. Rapprochant, alors, de ces hautes figures, les chirurgiens de la grande guerre, le professeur Forgue est fier d'affirmer que ceux-ci furent à la hauteur de ceux-là et que les qualités de dévouement et d'abnégation se transmettent héréditairement chez tous ceux qui eurent la douloureuse mission de panser les héroïques Poilus.

La péroraison est hachée d'applaudissements unanimes ; la gratitude et la reconnaissance veillent encore dans les cœurs belges.

Le professeur De Beule (de Gand) succède, alors, au professeur Forgue. Dans une conférence d'une clarté, d'une simplicité remarquables, l'orateur parle de la *stase iléo-colique*. Après en avoir esquissé la pathogénie, il en expose la symptomatologie en s'appuyant sur des clichés radiographiques nombreux et d'une merveilleuse netteté. Le professeur de Gand montre toute la difficulté du diagnostic, toute la symptomatologie d'emprunt de cette maladie et fait ressortir, à juste titre, que la maladie de Lane ne peut être confirmée que par des radiographies en série. Il expose longuement le traitement, passe au crible de la critique les différentes méthodes opératoires et termine par un court exposé des cinquante-quatre cas qu'il a opérés. Dite avec une modestie trop grande (le professeur De Beule a énormément travaillé cette question), la conférence du médecin gantois enthousiasma l'auditoire.

Puis, ce sont les communications, si intéressantes, du docteur Maurice Delort (de Paris) qui parle du *syndrome duodénal*, du docteur Bigwood, assistant à l'Université de Bruxelles qui met en relief la *signification de l'ammoniaque urinaire*, en tant que facteur régulateur de l'équilibre physico-chimique des humeurs.

Il étudie sa provenance et montre tout le bénéfice que le médecin peut retirer de cette étude en l'appliquant à la clinique.

Le docteur Remy, inspecteur d'hygiène au ministère de l'Intérieur et de l'hygiène envisage l'importance des *aptitudes* et les influences qu'elles exercent sur le travail intellectuel et manuel.

Le lundi, le cycle des grandes conférences reprenait avec le professeur Balthazard et le professeur Bergonié. Le savant médecin-légiste de Paris avait pris pour sujet : *La médecine française et les lois sociales*. Celles-ci se développent avec rapidité. M. le ministre Strauss, depuis 1893, s'est attaché avec passion à l'étude et à la mise au point de toutes ces questions d'un intérêt primordial. De tout temps, le Corps médical a assuré l'assistance aux indigents. Mais, dans les dernières années, l'Etat a voulu se substituer à la charité privée et, c'est ainsi, que nous voyons entrer en vigueur la loi sur l'assurance médicale gratuite aux indigents malades. Puis, naissent les lois dont les effets s'étendent aux vieillards infirmes ; la loi sur les accidents du travail, dont bénéficièrent, peu après, les ouvriers agricoles et qui se trouve être complétée finalement par la loi sur les maladies professionnelles.

L'orateur commente chacune de ses lois ; il expose ensuite le mécanisme de la loi sur les assurances sociales qui sera bientôt soumise à la Chambre des députés et il estime que 13 à 14 millions de citoyens français bénéficieront de sa mise en vigueur.

Si les médecins n'ont jamais été hostiles aux lois sociales, ils ont cependant le devoir de défendre leurs intérêts matériels légitimes et d'empêcher l'avilissement moral de leur profession. Dans le passé, ils ont toujours fait les frais des mesures d'hygiène prises en faveur de la collectivité.

Il y a donc tout intérêt pour le corps médical à participer activement à l'élaboration de la loi nouvelle et d'assurer la surveillance de son application. C'est le meilleur moyen pour éviter les pires abus que la tracasserie administrative n'a jamais réussi à enrayer d'ailleurs. De la sorte les médecins non seulement défendront leur dignité professionnelle, mais ils rendront des services signalés aux malades en leur permettant d'obtenir les traitements les meilleurs et les plus efficaces. Il faut une union complète et d'elle seule résultera le plus grand bien pour la collectivité.

Cette péroraison, dans un pays comme le nôtre, où la lutte avec les mutualités atteint son paroxysme, ne pouvait manquer d'impressionner, et les applaudissements furent nourris.

Au moment où le professeur Bergonié, amputé du bras droit, se lève, la salle lui fait un accueil enthousiaste. Admiration sublime de gens qui savent ce qu'est le dévouement, admiration sublime à la modestie de ce savant qui, comme tant d'autres dans ce beau pays de France, va jusqu'au sacrifice pour la poursuite d'une idée belle et humanitaire. Appelé tout récemment à la direction de la Commission régionale de la lutte contre le cancer à Bordeaux, nul n'était mieux placé que le professeur de radio et de curiethérapie à l'Université de Paris pour nous exposer la lutte contre ce nouveau fléau social, pour s'occuper de la solution d'un des problèmes qui intéressent actuellement, le plus, l'humanité : la guérison du cancer.

Grâce à la façon méthodique dont les centres de lutte viennent d'être organisés, M. Bergonié espère enregistrer en peu de temps des données intéressantes qui permettront au besoin de modifier ou d'adapter les moyens d'attaque et d'obtenir ainsi des résultats encourageants. Les dernières statistiques accusaient une augmentation nette du mal. En France, 40.000 décès sont dus annuellement au cancer. Statistique suffisamment triste pour chercher à enrayer cette mortalité. Comment organise-t-il la lutte? De jeunes médecins reçoivent un enseignement spécialisé dans les centres dont la France vient d'être dotée. Dans chaque centre se trouve attaché un chirurgien qui établira un diagnostic aussi précoce que possible. L'anatomo-pathologiste du centre fait l'analyse histologique des tissus suspects. Le radiothérapeute applique le traitement adéquat. C'est de la collaboration intime de ces trois hommes que dépend tout le succès de la lutte. Ces centres d'utilité publique sont aussi des centres de recherches où règnent l'amour du travail et le désir d'être utile à tous.

Rapidement, M. Bergonié expose ses vues sur la patho-

génie et l'étiologie du cancer. Vues intéressantes qu'un article comme celui-ci ne peut avoir l'intention de résumer. Inutile de vous dire tout l'intérêt que prirent les auditeurs à l'exposé du savant conférencier.

Comme pendant à cette conférence, on entendit ensuite M. le professeur Albert Dustin (de Bruxelles), professeur d'anatomie pathologique, chef du service des autopsies des hôpitaux; le docteur Dustin s'est spécialisé dans les questions d'histologie néoplasique; il exposa d'une façon magistrale les données nouvellement acquises sur la pathogénie des tumeurs malignes.

Le mardi le professeur Levaditi, dont la récente série de conférences en Belgique eut un retentissement énorme dans les milieux médicaux, s'occupa des *nouvelles découvertes dans le traitement et la prophylaxie de la syphilis*. Avec cette clarté qui caractérise son talent d'orateur, il nous refit l'histoire des actions du bismuth sur les lésions syphilitiques, envisagea son mode d'activité et esquissa, car ces questions sont encore à l'étude, ses recherches pour expliquer l'efficacité des sels bismuthiques. Il est presque certain que c'est l'association molécule albuminoïde et molécule bismuthique qui agit. Le bismuth ferait acquérir à la molécule albuminoïde un pouvoir antisyphilitique très marqué.

Le docteur Rulot, membre de la section d'hygiène du secrétariat de la Société des Nations, envisagea le rôle du corps médical devant l'hygiène.

La série des grandes conférences était terminée. Leur ensemble constitue une mise au point des différentes questions débattues par les milieux scientifiques internationaux. La phase belge, si je puis m'exprimer ainsi, pouvait commencer. Dans les hôpitaux, les cliniques, partout les organisateurs trouvèrent les concours les plus dévoués. Dans des causeries visant surtout le côté pratique, les participants purent se rendre compte que la médecine belge savait faire preuve d'initiatives et de recherches. Partout ce fut la cohue avide d'entendre et de voir. Les leçons furent claires et rendues plus intéressantes par des démonstrations pratiques.

La visite des sanatoria qui entourent Bruxelles termina le côté scientifique des Journées dans la capitale. *Gaudeamus*, dit l'adage latin. Les organisateurs n'ont pas manqué d'appliquer ce sage principe. Le dimanche soir l'administration communale de Saint-Gilles invitait les congressistes à participer au raout qu'elle leur offrait dans son magnifique palais communal. Assistance nombreuse et élégante. Le bourgmestre félicita *Bruxelles médical* de son intéressante initiative, rappela que le médecin est l'étudiant perpétuel et félicita le corps médical pour les nombreux dévouements dont il est le héros. Après des remerciements du docteur Beckers eut lieu un concert réussi où se produisirent Mme Laure Bergé, du théâtre de la Monnaie, Mme Yvette Guilbert; M. van Obbergh, du théâtre de la Monnaie; M. Jacques Kuhner, violoncelliste; M. Gabriel Minet, pianiste. Soirée artistique qui se termina dans l'enthousiasme.

Le lendemain, M. Maquet, directeur général de l'Œuvre nationale de l'enfance, nous distrayait par la projection d'un film montrant l'admirable organisation de cette œuvre si utilitaire, et M. Doin nous projetait quelques films scientifiques. Nous pûmes juger de tout l'intérêt que peut fournir le cinéma à l'enseignement des sciences biologiques.

Le mardi soir tout le monde se retrouvait au théâtre de la Monnaie pour entendre les *Contes d'Hoffman*. La représentation, rehaussée de la présence du Prince héritier de Belgique, fut un vrai régal. Les artistes se dépensèrent sans compter et furent chaleureusement applaudis.

Les organisateurs, par une galante attention, avaient élaboré pour les dames un programme plein de distractions. Elles furent conduites dans la forêt de Soignes; le soleil se mit de la partie et l'excursion sous bois laissa un délicieux souvenir à toutes les participantes.

Les souverains avaient autorisé, pour nos compagnes, la visite du Palais royal. Elles purent sans contrainte et tout à leur aise admirer les magnifiques salles où se retrouve tout le prestige du passé héroïque de la Belgique.

Le mardi, les dames se réunissaient aux musées royaux du cinquantenaire pour y entendre une conférence de M. Jean Capart, conservateur et secrétaire des musées. M. Capart avait pris pour sujet : Le tombeau de Toutankhamon. On sait que notre savant égyptologue, en compagnie de la Reine, assista à l'ouverture du tombeau du grand Pharaon. Dans une causerie pleine de charme, égayée par la projection de vues prises lors de cet événement important, M. Capart décrivit la splendeur du tombeau rempli de meubles magnifiques, de joyaux d'un prix inestimable, et son exposé fit le délice de ses auditrices.

Après la conférence, les dames visitèrent l'exposition des douze tapisseries de Bruxelles, due à l'initiative délicate de l'ambassadeur de France à Bruxelles.

Les Journées de Bruxelles étaient terminées. Le lendemain, mercredi, on partait pour Anvers. On sait que notre métropole est un centre scientifique important. Les hôpitaux, dont quelques-uns répondent aux dernières exigences de la science, sont dotés de services où règne un labeur scientifique énorme. On connaît, d'autre part, l'admirable discipline des médecins anversois réunis en un cercle médical qui possède sa maison où l'on trouve la plus accueillante réception. Grâce aux efforts du confrère Tricot-Royer, le savant historien de la médecine, le cercle médical d'Anvers possède, outre des tableaux de prix, des antiquités de haute valeur. Les congressistes, après avoir déposé une gerbe au pied de la plaque portant les noms des médecins morts pendant la dernière tourmente, se répartirent dans les différents services hospitaliers où leur étaient réservées des communications et des démonstrations qui attestent la belle valeur professionnelle des confrères anversois. Ils visitèrent aussi les œuvres sociales si nombreuses et si bien organisées. Les dames en quatre groupes distincts firent visite au jardin zoologique, au port, aux musées, aux églises.

A 12 h. 30 tout le monde s'embarquait à bord de la *Princesse Clémentine*, malle de l'Etat belge. Quatre cents congressistes allaient ainsi descendre l'Escaut pour aborder à Ostende. Voyage magnifique le long des berges de l'Escaut chanté par notre grand Verhaeren. Le déjeuner fut servi à bord. Service parfait! Personnel stylé! Nous franchîmes ainsi les passes de Wielingen, cause de notre différend avec la Hollande. Sans posséder leur contrôle, nous sommes à la merci du premier envahisseur. Encore une lacune comme tant d'autres du Traité de paix. Le voyage fut parfait. Ostende fut la dernière escale des Journées médicales.

Telle fut la vie du médecin pendant ces quatre Journées. L'impression fut profonde. L'organisation fut parfaite. Chaque année le programme devient de plus en plus intéressant. Les organisateurs sont conscients du rôle éducatif que doivent remplir ces assises. Tous les dévouements leur sont assurés. La science avance à pas de géant. Le médecin praticien n'a pas le temps de parcourir tous les ouvrages pour y glaner l'expérience nouvelle. Les déplacements sont difficiles à celui qui a charge de tant de malades. Les Journées médicales comblent ce déficit scientifique. Dans des communications brèves, les confrères reçoivent les indications qui peuvent les intéresser. Travail fécond que celui passé dans un amical coude-à-coude!

Après ces séances, on se remet au labeur riche, d'un peu plus d'expérience et fier d'avoir pu trouver dans son pays des gens qui travaillent pour le bien de la science et de l'humanité.

Félicitons de tout cœur les docteurs Mayer et Beckers. Leur initiative était nécessaire. Elle ne peut mourir. Chaque année y apportera des perfectionnements pour le plus grand bien du médecin belge et de la collectivité.

Signalons, enfin, que pendant ces Journées le disciple d'Esculape fut aussi l'ami d'Epicure.

Dr G. RUELLE
(de Bruxelles).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

BULBE DE LA SCILLE

ET DE SON GLUCOSIDE CRISTALLISÉ

Par le docteur GABRIEL PERRIN,
Professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand,
Docteur ès sciences,
Médecin consultant à Royat.

La scille appartient à la famille des liliacées. On emploie en thérapeutique, le bulbe de forme ovoïde, dont la partie convexe est constituée par des squames représentant la base d'anciennes feuilles. Ces squames, réduites en poudre, sont connues depuis la plus haute antiquité, pour leurs vertus médicinales.

La poudre de scille possède, en effet, les propriétés de la digitale et les fameuses pillules de Lancereaux à base de poudres de scille, de digitale et de scammonée sont encore fréquemment ordonnées comme toni-cardiaques.

Malheureusement, jusqu'à ces derniers temps, la scille avait du mal à entrer dans la thérapeutique moderne.

C'est qu'en effet, les résultats obtenus avec ce médicament étaient très incertains; la mauvaise qualité des préparations galéniques (extraits, teintures, etc.) et surtout la teneur variable des bulbes en principes actifs avaient beaucoup contribué à ce discrédit.

Ces variations, comme pour la digitale d'ailleurs, sont parfois énormes, pouvant aller du simple au double. En outre, à côté des principes actifs, qui paraissent avoir des effets physiologiques excellents (*action cardio-tonique, action diurétique, résorption des épanchements*), la poudre de scille renferme des substances qui sont loin d'être inoffensives.

Aussi, sous quelques formes qu'on administre la scille, son emploi demande beaucoup de circonspection, et, les accidents produits par ce médicament, ordonné sans précaution, y avaient fait renoncer.

Ce qu'on avait fait pour la digitale, il convenait de le faire pour la scille : isoler les principes actifs et étudier leurs effets physiologiques. Sans remonter aux analyses anciennes dont les résultats sont contradictoires, c'est sous l'impulsion de Mendel que des recherches, en ce sens, furent entreprises.

En 1912, Ewins a pu extraire du bulbe de scille une substance mal définie, mais extrêmement active. Tout récemment, Stoll et Sutter ont été plus heureux; ils sont parvenus à isoler *un corps nouveau chimiquement pur*, se présentant sous la forme d'un *glucoside cristallisé* de couleur blanche, qu'ils ont appelé le Scillarène.

D'après ces deux auteurs, ce serait là le seul principe vraiment actif du bulbe de la scille. Il est à la scille ce que la digitaline est à la feuille de digitale. On a donc avantage à l'utiliser aux lieu et place du bulbe, puisqu'il est un produit exactement dosé, sans actions secondaires nuisibles et d'une saveur non désagréable.

En outre, ce glucoside est soluble dans l'eau et sa solution aqueuse est stable; on peut donc le mettre en ampoules et l'injecter directement sous la peau ou dans les muscles : cette injection est indolore.

ACTION CARDIO-TONIQUE DU GLUCOSIDE CRISTALLISÉ. — Quelle est la valeur cardio-tonique du corps nouvellement isolé? Est-elle comparable à celle des autres médicaments cardiaques : digitaline, strophantine, ouabaïne, etc., et par quoi en diffère-t-elle?

Les expériences faites sur les animaux de laboratoires et sur le cœur humain sont concluantes, le glucoside retiré du bulbe de la scille est un nouveau médicament digitalique qui agit :

1° En augmentant le tonus cardiaque.
2° En renforçant la systole et en augmentant l'amplitude de la pulsation.
3° En allongeant la distole.
4° En élevant *légèrement* la pression sanguine.
5° En provoquant une diurèse abondante.

Pour le prouver, il suffit de tracer les courbes oscillométriques de quelques malades atteints, par exemple, de *myocardite*, avant et après le traitement par le principe actif.

La technique de ces courbes a été donnée par le professeur Billard, de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. Le brassard du Pachon étant gonflé jusqu'à une charge éteignant l'artère radiale, on fait jouer la soupape et on détend successivement et régulièrement la pression de 1 centimètre et à chaque arrêt, on inscrit l'amplitude des mouvements de l'aiguille oscillante. L'amplitude de ces mouvements est appréciée sur les divisions graphiques du grand cadran et l'on écrit, par exemple :

Pression,	22	Indice	oscillométrique,	1/4
—	21	—	—	1/2
—	20	—	—	1/2
—	19	—	—	1
—	18	—	—	2
—	17	—	—	2 1/2

etc. En reportant ces chiffres sur ordonnés et abaissés, on obtient une courbe des réactions cardio-vasculaires sous la pression décroissante du brassard; c'est la *courbe oscillométrique*. Cette courbe nous permet de mesurer l'énergie de la contraction ventriculaire par la valeur de l'indice oscillométrique et de déterminer avec précision, la pression systolique (maxima), la pression diastolique (minima), et la différentielle (différence entre la valeur de la maxima et de la minima). Ainsi, pour la courbe suivante, l'indice oscillométrique le plus fort est 4 1/2, la maxima, 15; la minima, 8 1/2; et la différentielle, 6 1/2.

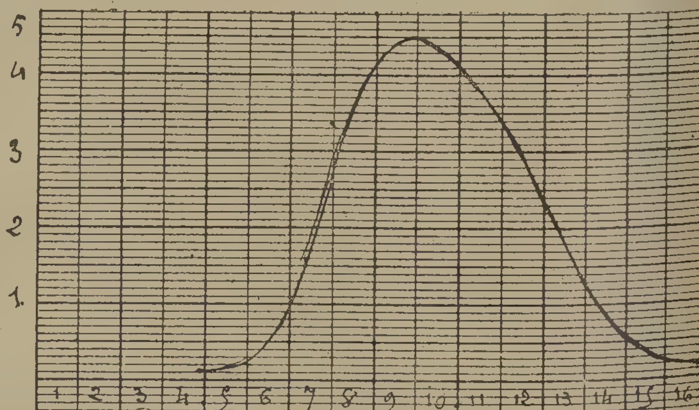


FIG. 1. — *Courbe oscillométrique normale.*

En général, dans les cas de *myocardite*, l'indice oscillométrique est faible, ce qui correspond à une

contraction ventriculaire affaiblie par l'altération des fibres cardiaques. Après un traitement de quinze jours par le glucoside de la scille, cet indice augmente notablement. Les courbes ci-jointes traduisent les résultats obtenus.

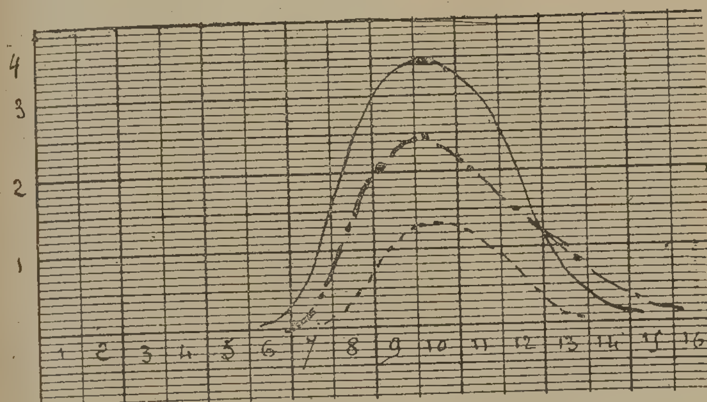


FIG. 2. — *Myocardite. Courbes oscillométriques.*

.... Courbe avant traitement; ——— Courbe après traitement par le glucoside cristallisé de la scille; —-—-— Courbe après traitement par la digitale.

On remarque l'augmentation sensible de la courbe oscillométrique, c'est-à-dire de l'indice oscillométrique sous l'influence du glucoside de la scille. Cette augmentation va de 1 1/3 à 3 1/2.

Dans les *cœurs rénaux*, caractérisés par la lésion précoce de la fibre myocardique, la dilatation ventriculaire est à craindre, à cause de l'effort à produire par le cœur pour chasser le sang dans une aorte le plus souvent sclérosée et hypertendue; la scille par son action cardio-tonique et diurétique retarde l'époque de cette dilatation.

De plus, avec la digitale, la systole ventriculaire est renforcée en *amplitude* et en *durée;* avec le glucoside de la scille, cette systole semble uniquement renforcée en amplitude, de sorte que ce médicament a l'avantage d'*allonger la diastole*, ce qui est important dans les cas de rétrécissement mitral.

Les courbes suivantes traduisent les résultats obtenus dans un cas de rétrécissement mitral, traité pendant un mois par le principe actif de la scille, employé à petites doses.

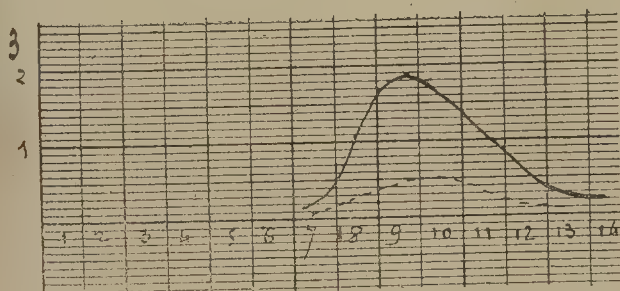


FIG. 3. — *Rétrécissement mitral. Courbes oscillométriques.*

.... Courbe avant traitement; ——— Courbe après traitement.

On remarque l'augmentation de la courbe oscillométrique, c'est-à-dire de l'indice oscillométrique sous l'influence du glucoside de la scille utilisé à faibles doses. Cette augmentation va de 1/2 à 1 3/4.

D'une façon générale, dans les *lésions valvulaires*, le glucoside, cardio-rénal ne montre pas de supériorité sur les médicaments digitaliques généralement employés, mais il est bon de l'utiliser pour maintenir les résultats déjà obtenus par la digitale en évitant tout danger d'accumulation.

Dans la plupart de nos observations, en effet, le principe actif du bulbe de la scille a montré des effets cardiotoniques utiles, mais il ne doit pas être considéré comme supérieur à la digitale. C'est un bon cardio-rénal, un utile adjuvant de la digitale mais qui trouve surtout ses indications dans les cas où celle-ci a cessé de donner des résultats ou lorsqu'il faut les prolonger. Nous avons à ce sujet plusieurs observations très nettes. Cela tient à ce fait que la scille ne s'accumule pas, comme les expériences suivantes le prouvent.

Sous l'influence de doses fortement actives des deux médicaments essayés respectivement sur le cœur de la grenouille, on finit dans les deux cas, par provoquer un tonus cardiaque, qui aboutit à l'arrêt du cœur en systole. Or, le cœur ainsi arrêté en systole, sous l'influence du glucoside de la scille reprend son activité par des lavages répétés dans le liquide de Ringer, tandis qu'il est impossible de ramener par le même procédé l'activité d'un cœur intoxiqué par la digitale.

Le glucoside de la scille, adhère donc moins au tissu cardiaque que la digitaline. On peut ainsi éviter avec son usage, le phénomène bien connu de l'*accumulation* pouvant produire, dans certains cas, des nausées et des vomissements, et l'on peut instituer grâce à lui des traitements prolongés.

Aussi, dans tous les cas d'insuffisances valvulaires est-il bon d'alterner le glucoside de la scille, avec la digitale en exceptant, bien entendu, l'insuffisance aortique qui relève le plus souvent du traitement spécifique.

De toute nécessité, il faut conserver au cœur pour son bon fonctionnement ses trois propriétés fondamentales; *excitabilité, contractilité et conductibilité.* Or, dans certains cas, avec la digitaline à hautes doses, en donnant un coup de fouet violent, le cœur répond d'abord à l'action du médicament (excitabilité accrue), puis c'est l'apathie et l'épuisement (*contractilité diminuée*). La scille a une action plus douce, moins énergique, et c'est encore pour cette raison que son usage peut être longtemps continué.

En outre, dans les lésions du faisceau de Hiss ou la transmission de l'onde contractile entre les oreillettes et les ventricules est mal assurée (syndrome de Stokes-Adams), il semble que la scille n'adhérant pas au tissu cardiaque renforcerait bien les trois actions du cœur.

Enfin, il est des cas où le malade ne réagit pas à l'action de la digitale, soit par une prédisposition spéciale, soit parce qu'il est soumis depuis trop longtemps au régime digitalique; dans ces cas, l'utilisation du glucoside de la scille est tout à fait indiquée. Nous avons déjà signalé ce fait intéressant dont plusieurs observations nous ont démontré l'exactitude clinique.

ACTION DIURÉTIQUE. — L'action diurétique de la digitale dans les cas d'asystolie et d'hyposystolie où il y a infiltration séreuse des tissus doit être continuée, pour éviter l'accumulation, par celle de la théobromine qui est un excellent diurétique.

Il n'en est pas de même avec le glucoside cristallisé isolé de la scille. Si, généralement, il est plus long que la digitale à produire un résultat diurétique, cette diurèse dure aussi longtemps que l'administration prolongée du médicament et l'amélioration obtenue sur les symptômes fonctionnels par exemple, sur la dyspnée, se maintient autant qu'il est nécessaire.

Il est des cas où l'action diurétique est intense et se rapproche assez de celle de la théobromine. C'est ce que nous avons remarqué dans les observations suivantes :

Chez un hyposystolique, dont les tissus étaient infiltrés de sérosité, la quantité d'urine émise journellement est passée, en moins de huit jours, sous l'influence du nouveau cardio-rénal de 800 centimètres cubes à 2.100 centimètres cubes et le poids de 75 kilos à 72k3.

Chez un mitral sans œdèmes, la diurèse a augmenté également, mais en moindre proportion (300 grammes en moyenne par jour). Ce qui indique que la scille comme la digitale, a une action d'autant plus grande sur la diurèse, que les tissus sont plus infiltrés.

Ce médicament ouvre le rein en accroissant sa perméabilité ; c'est ce que prouve l'injection du bleu de méthylène suivant la méthode du professeur Achard. En temps normal, l'élimination de 5 centimètres cubes de cette matière dure cinquante-deux heures environ, tandis qu'après huit jours de traitement avec le glucoside de la scille, elle ne demande que quarante heures environ pour se produire.

Reste à se demander si les toxines partiellement causes de la dyspnée sont éliminées avec l'urine ; on ne pouvait le vérifier que par l'examen direct de la toxicité urinaire. Pour cela, nous nous sommes servis de la méthode des professeurs Billard et Perrin de Clermont-Ferrand, basée sur le calcul de la tension superficielle des urines.

Rappelons que la tension superficielle d'une urine normale est voisine de 6mg80 et que l'unité de toxicité ou « urotoxie » est la quantité d'urine qui en centimètre cube tue un kilogramme de lapin. On sait que normalement, il faut 50 centimètres cubes d'urine pour une urotoxie, soit 20 urotoxies au litre.

Or, nos recherches multiples sur de nombreux malades soumis au traitement par le glucoside de la scille, montre que la tension superficielle de leurs urines a varié de 6mm82 à 6mm61, ce qui donne comme valeurs de l'urotoxie 52 et 48. En particulier, pour notre malade hyposystolique la tension superficielle de son urine, le premier jour était de 6mm31 (urotoxie = 58) et à la fin de la semaine de 6mm57 (urotoxie = 47).

Donc si le nombre des urotoxies au litre n'est pas sensiblement modifié (21,30 au lieu de 17,25), la décharge urotoxique journalière est plus que triplée, eu égard à la diurèse provoquée par le médicament $\frac{17,25 \times 8}{10}$ = 13 urotoxies avant le traitement et $\frac{21,30 \times 21}{10}$ = 44 urotoxies, après huit jours de traitement.

L'urine émise, à égalité de volume a donc une toxicité peu variable avant ou pendant le traitement, mais à cause de l'action diurétique du bulbe de la scille, la décharge urotoxique journalière est beaucoup plus considérable pendant le traitement, puisque le nombre d'urotoxies éliminées est proportionnel à la quantité d'urine émise ; de là, l'amélioration rapide de la dyspnée, fonction de l'intoxication.

En résumé, la différence entre la scille et la digitale, c'est que le premier de ces médicaments, tout en renforçant l'excitabilité et la contractilité de la fibre cardiaque, n'allonge pas la systole, élève moins la tension artérielle et surtout adhère moins que la digitale aux fibres cardiaques, ce qui permet un usage prolongé, sans crainte d'intoxication.

Posologie et mode d'administration. — Le glucoside de la scille est en général, bien supporté par l'estomac et ne cause ni inappétence, ni vomissement. Nous l'avons constaté dans l'ensemble de nos observations.

On l'utilise sous la forme de comprimés renfermant 1/2 milligramme de principe actif ou en solution dont chaque centimètre cube renferme la même dose.

Selon les résultats à obtenir, la dose journalière varie de 1 à 3 comprimés par jour ou de XL à L gouttes répétées 2 ou 3 fois dans la journée.

On peut également l'administrer par voie souscutanée ou intramusculaire. L'injection est indolore ; à peine existe-t-il une légère cuisson par la voie hypodermique, amenant dans les cas de mauvaise circulation, quelques hémorragies capillaires autour de la piqûre. Les injections intramusculaires n'occasionnent aucune infiltration ; leur résorption est rapide. La dose à injecter est de 1 à 3 ampoules, par jour, chaque ampoule renfermant 17 milligrammes de principe actif.

La voie hypodermique et la voie intramusculaire ne sont à conseiller qu'au cas d'intolérance gastrique, ce qui est rare. Le peu d'adhérence du médicament pour la fibre cardiaque, et sa rapide élimination permettent d'éviter tout phénomène toxique.

C'est là une constatation intéressante pour le praticien. Il n'est nullement question, en effet, de remplacer la digitale ou la digitaline par la scille ou son glucoside cristallisé. Les deux médicaments ont leur valeur et leurs indications.

Pour agir sur la tension artérielle, diminuer la rapidité du pouls, relever la force contractile du myocarde, la digitale fait merveille. La scille entre en ligne lorsque ce médicament n'est pas possible, lorsqu'il est inactif, ou bien a cessé d'agir, et quand ses dangers d'accumulation commencent. De même, pour obtenir une action diurétique prolongée, le glucoside cristallisé isolé de la scille est tout indiqué :

1° Parce que son action cardio-tonique moins intense que celle de la digitale permet des effets favorables de plus longue durée ;

2° Parce que son usage peut être continué aussi longtemps qu'il est nécessaire sans toxicité.

Ces deux médicaments se complètent donc d'une manière fort heureuse.

Retenons, en outre, que le principe actif cristallisé isolé du bulbe de la scille, *est bien toléré par l'estomac et le rein*, *qu'il permet un dosage exact*, et *assure des effets thérapeutiques précis*. Tel est le résumé de notre travail.

Ce sont des faits intéressants qu'il était bon de faire connaître. Il s'agit bien là d'un *corps nouveau* très différent en pratique de l'ancienne poudre de scille et qui représente un médicament cardio-rénal utile dont la place est marquée dans la thérapeutique moderne à côté de celle de la digitale et de la théobromine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 19 JUIN 1923)

Imperforation congénitale du conduit auditif externe droit. — MM. FESTAL et DEROCHE présentent un enfant de neuf ans atteint d'une imperforation congénitale du conduit auditif externe droit sans malformation du pavillon. Surdité droite à la voix haute et chuchotée au contact. Surdité attribuable à l'appareil de transmission; intégrité de l'oreille interne. Opération. Excision d'un diaphragme obturant le conduit membraneux. Audition normale après l'opération.

Discussion. — M. APERT remarque que ce qui est rare dans ce cas c'est la conservation du pavillon. D'ordinaire, le pavillon est atrophié, réduit à un bourrelet. On observe alors tous les degrés de l'arrêt de développement de l'oreille : Absence de conduit auditif externe, avec ou sans absence de la caisse du tympan. Il montre des photographies et pièces anatomiques des diverses variétés de cette anomalie.

M. MARFAN rapporte deux cas observés, l'un chez un adulte l'autre chez un nourrisson, de coexistence d'une paralysie faciale congénitale avec un arrêt de développement de l'oreille. Le nourrisson étant mort d'athrepsie, l'autopsie montra un arrêt de développement des centres du facial et l'absence complète de l'oreille moyenne.

Cardiolyse pour symphyse cardiaque. — M. P. HALLOPEAU présente un enfant qui, au cours d'une ostéomyélite aiguë du fémur, fait de la péricardite avec frottements, puis assourdissement des bruits du cœur et gros élargissement de l'ombre cardiaque. Ponction négative. On porte le diagnostic de symphyse, on opère le 12 avril. A l'incision du péricarde, le cœur est couvert de fausses membranes et semble ne pas battre. On décolle, à la sonde cannelée, toute la face antérieure. Amélioration dès le lendemain, qui va en s'accentuant pour le pouls et la respiration. L'enfant peut être considéré comme guéri ; l'ombre cardiaque et les bruits du cœur sont normaux.

C'est le deuxième cas opéré avec succès par l'auteur.

Suppuration pulmonaire chez une enfant de cinq ans, traitée par le pneumothorax artificiel. Guérison. — MM. J. GÉNÉVRIER et André ROBIN présentent une enfant de cinq ans qui, à la suite d'une abondante broncho-pneumonie présenta des signes d'une abondante suppuration pulmonaire avec altération très rapide de l'état général. L'expectoration à forme de vomiques matinales renfermait une flore microbienne variée, surtout riche en pneumocoques. Recherche du bacille de Koch négative, malgré une série d'examens avec homogénéisation, et inoculation au cobaye. Cutiréaction négative.

Dès les premières insufflations, l'expectoration diminua rapidement, pour disparaître complètement après la septième insufflation; le pneumothorax fut alors interrompu. Depuis, le poumon a repris sa place. La respiration est absolument normale, ainsi que l'image radioscopique. La guérison se maintient complète.

L'hérédosyphilis dans une consultation de nourrissons. — MM. Henri LEMAIRE et R. DAVID. Dans l'ensemble de la population enfantine comprenant aussi bien les nourrissons sains que les malades, la proportion d'hérédo-syphilis s'élève à 19 p. 100. Cette affection se révèle dans 66 p. 100 des cas par des signes de certitude (accidents cutanéo-muqueux, coryza spécifique, maladie de Parrot, splénomégalie, réaction de Bordet-Wassermann positive), dans 34 p. 100 des cas, le diagnostic fut posé sur un ensemble de signes de présomption parmi lesquels le rachitisme cranien, la maladie des vomissements habituels, la polyadénie, la débilité congénitale, l'athrepsie au sein et les anomalies obstétricales furent les plus fréquentes.

Nouvelles recherches sur la spasmophilie. — M. ROHMER (de Strasbourg) donne les résultats de la suite de ses recherches : 1° De l'examen de vingt-sept cas, la diminution des sels de calcium dans le sang est constante et constitue le symptôme le plus constant, celui qui fixe le diagnostic dans les cas douteux ; 2° la théorie allemande qui attribue l'affection à une diminution de l'alcalinité du sang, repose sur des expériences erronées ; 3° le traitement par le chlorure de calcium donne toujours de bons résultats; 4° l'exposition aux rayons ultraviolets donne des résultats merveilleux ; le dosage du calcium dans le sang revient à la normale à deux à quatre semaines.

La forme pseudo-chirurgicale de l'hémoglobinurie paroxystique. — MM. Léon TIXIER et Ch. BIDOT présentent un malade qui fut admis d'urgence dans un service de chirurgie avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Ils insistent sur les éléments du diagnostic positif et différentiel. Une intervention chirurgicale avec anesthésie générale est d'autant plus dangereuse chez ces malades que les reins sont souvent très altérés, aussi la coexistence de crises douloureuses et d'urines sanglantes leur semble constituer une contre-indication formelle.

Discussion. — M. ARMAND-DELILLE cite le cas d'un enfant atteint d'hémoglobinurie qui avait présenté une appendicite authentique. Les deux affections peuvent coexister.

Forme grave d'anaphylaxie alimentaire aux lentilles. — MM. LESNÉ et MAIN rapportent l'observation d'un enfant de sept ans qui, dès le sevrage, tolérait mal les œufs, les pois, lentilles, la viande, aliments dont l'ingestion était suivie d'urticaire, douleurs abdominales, vomissements. Peu à peu la tolérance s'établit pour la viande et les œufs. Récemment, à la suite d'ingestion de purée de lentilles, crise grave d'anaphylaxie : selle glaireuse, sanglante, puis urticaire, œdème de la face, coryza, toux et dyspnée ; intolérance gastrique absolue, vomissements incessants, bilieux, puis sanglants ; odeur d'acétone de l'haleine, urines acides. Déshydratation rapide du malade avec aspect cholériforme, hypothermie, pouls incomptable. Cet état se prolonge plus de quarante-huit heures, et ne cède qu'à la diète absolue, sérum sous-cutané, extrait surrénal, huile camphrée, bromure.

L'anaphylaxie aux albumines végétales est très rare. Elle n'est pas douteuse, ici, la cutiréaction a été positive à la macération de lentilles.

La mère présente de l'intolérance pour les œufs, les pois, le chocolat et le père a de l'asthme des foins.

M. GÉNÉVRIER rappelle qu'il a présenté un enfant qui ne pouvait tolérer les flageolets. Un essai de désensibilisation a amené une crise nette d'anaphylaxie.

Septicémie méningococcique avec éruption varicelliforme et hémiplégie. — MM. E. LESNÉ et L. DE GENNES. Il s'agit d'un enfant de quatre ans, amené à l'hôpital Trousseau pour une hémiplégie et une éruption généralisée, d'aspect varicelliforme et chez qui l'existence de fièvre oscillante, de sueurs, d'asthralgies, de réaction méningée, légère, avait permis de porter le diagnostic clinique de septicémie méningococcique.

Les hémocultures faites en série, se sont montrées négatives, mais la découverte du méningocoque, dans le cavum, dans le liquide céphalo-rachidien et dans les couches profondes des éléments cutanés venaient confirmer ce diagnostic.

Les deux points saillants de cette observation sont constitués par les caractères spéciaux de l'éruption qui n'ont été retrouvés dans aucune observation analogue et par l'existence d'une hémiplégie flasque précédée de convulsions jacksonniennes.

Les traitements sérothérapique et vaccinal, après une courte amélioration, sont restés sans effet.

Discussion. — M. NETTER. Les éruptions dans les formes septicémiques de la méningococcie ne sont pas rares. La forme purpurique est la plus fréquente, on peut voir plus rarement une éruption papuleuse ou vésiculeuse, varicelliforme.

Les éruptions purpuriques sont fréquentes surtout dans les formes épidémiques, comme celle observée en 1917, en Danemark où la mortalité fut épouvantable. Il en fut de même dans les épidémies de 1918-1919 et 1920. Dans ces épidémies,

on ne trouve pas le méningocoque habituel, mais une forme spéciale.

L'examen du sang est négatif, mais on trouve le méningocoque dans les pétéchies.

Méningite cérébro-spinale. Septicémie méningococcique secondaire. Résultats heureux de la vaccinothérapie. — MM. Lereboullet et Boulanger-Pilet rapportent le cas d'une petite malade qui, atteinte de méningite aiguë avec fièvre à oscillations, guérit par sérothérapie antiméningococcique, mais présenta une méningococcémie, non décelable par hémoculture, mais traduite par des accès thermiques à type pseudo-palustre. Cette méningococcémie résista au traitement par le sérum, mais céda rapidement et complètement après bactériothérapie par stock vaccin. Les auteurs insistent sur l'efficacité, l'innocuité, la simplicité de ce mode de traitement.

L'adénite rétro-mastoïdienne. Sa valeur diagnostique dans la syphilis héréditaire du nourrisson. — M. G. Blechmann et Mme S. Delaplace rapportent un certain nombre d'observations de nourrissons ayant présenté une intumescence marquée des ganglions rétromastoïdiens sans rapport avec un processns d'irritation locale (absence d'eczéma séborrhéique, intertrigineux, de prurigo strophulus, de miliaire infectée, de pyodermite, d'impétigo, etc.). Chez d'autres enfants, on constata une transpiration exagérée au niveau de l'occiput, mais alors on trouve un crâne natiforme, du cranio-tabes, et du retard de l'ossification de la fontanelle.

Dans ces cas, cette adénite n'est pas un symptôme isolé, mais s'associe à une adénite sus-épitrochléenne bilatérale, à des vomissements habituels, à du rachitisme à prédominance cranienne, etc., syndrome qui, pour M. Marfan, éveille l'idée de spécificité. Plusieurs de ces nourrissons avaient des antécédents syphilitiques avérés. Il s'agit là, d'ailleurs, d'hérédosyphilis torpide « dégradée ».

Après avoir éliminé toute cause d'infection du territoire afférent et la tuberculose (par la cutiréaction), l'adénite rétro-mastoïdienne doit faire rechercher d'autres signes de certitude ou de probabilité d'hérédosyphilis.

Teigne cutanée chez un nourrisson d'un mois. — M. Pierre Vallery-Radot montre un nourrisson d'un mois atteint d'herpès circiné généralisé à tout temps, apparu à l'âge de quatre jours. Mère indemne. Père présentant du pityriasis versicolor, de l'herpès circiné localisé aux poignets et de la dysidrose de la main gauche.

Spores du genre trichophyton dans les squames des lésions cutanées du bébé. Malade présenté à M. Marfan et à M. Sabouraud.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 1er juin 1923)

Un cas de coxalgie avec déformation en champignon de la tête fémorale. — M. Milhaud.

Un cas d'ostéite post-typhique du radius. — MM. Massabuau, A. Guibal et Marican. Le cas est intéressant par la localisation centrale et juxta-épiphysaire d'une infection post-éberthienne.

Pseudo-sclérose en plaques. — MM. Euzière, Blouquier de Claret et Pages. Un sujet de cinquante-sept ans, réformé de guerre pour bronchite chronique et emphysème, présente un tremblement de type intentionnel limité aux membres supérieurs ne s'accompagnant, comme autre symptôme nerveux, que de myoclonies parcellaires de la face à allure de tics et d'une abolition du réflexe achilléen droit, reliquat d'une ancienne sciatique.

Il ne saurait s'agir d'une sclérose en plaques en l'absence de tout signe de la série pyramidale. Le sujet, typographe, a eu, à l'âge de trente ans, des coliques saturnines et présente

un liséré de Burton très net, du myosis, s'agirait-il de tremblement saturnin qui a quelquefois le type intentionnel ?

L'interrogatoire révèle que ce tremblement remonte à l'âge de quinze ans, qu'il est apparu à l'occasion d'une dothiénentérie et s'est accentué par la suite; le foie n'est percutable que sur une hauteur de trois travers de doigt, au niveau de la ligne axillaire antérieure; l'analyse des urines révèle une diminution de la quantité, une hypoazoturie et la présence d'urobiline; il existe dans le quadrant inféro-interne de chacun des limbes scléro-cornéens une sorte d'ébauche de gérontoxon de coloration gris bleuté. Cet ensemble permet de poser la question de l'existence, chez ce sujet, d'un syndrome de Westphal-Strümpell.

A propos des fractures du col du fémur. — MM. Lareyre et Mourgue-Molines, sur 10 cas récemment observés, en ont rencontré 5 avant cinquante ans, 5 après soixante ans. Les radiographies montrent qu'il y avait une fracture cervicale vraie seulement, chez une jeune fille de seize ans; les autres cas (9) étaient des fractures cervico-trochantériennes.

Epithéliomatose multiple de la face d'origine professionnelle. — MM. Margarot et M. Janbon. Dans cette observation, la dégénérescence kératosique et épithéliomateuse des téguments paraît être beaucoup moins la conséquence d'une radiolucite chronique, que de l'irritation causée par la présence, presque permanente, pendant vingt-six ans, d'une couche pulvérulente de sel marin sur le visage et sur les mains du sujet.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR

III. **Fractures condyliennes.** — Ce sont les fractures articulaires.

a. Unicondyliennes. — *Incomplètes*, soit fissure, soit écrasement;

Complètes, partielles, rares;

Totales, trait oblique en bas et en dedans, par rapport à l'axe du fémur.

Déplacement nul ou faible : ascension légère du condyle entraînant le tibia qui s'incline en dedans (fracture du condyle interne) ou en dehors (fracture du condyle externe).

b. Bicondyliennes. — Trait en T ou en Y, peut être : bas des deux côtés, ou bien haut d'un côté et bas de l'autre, ou élevé des deux côtés : c'est le cas le plus fréquent.

Fragment diaphysaire : pointe antéro-inférieure acérée.

Déplacement : fragment diaphysaire en avant et en bas. Les condyles peuvent basculer derrière le fragment diaphysaire et se comporter comme le fragment épiphysaire unique dans la fracture supracondylienne.

Souvent ils sont séparés par le coin diaphysaire qui vient s'interposer entre eux et subissent une bascule l'un par rapport à l'autre.

La rupture des ligaments croisés permet aux condyles de s'écarter de façon considérable.

Variétés. — Fractures communitives.

Dans ces fractures, l'épanchement sanguin est constan dans la synoviale du genou.

IV. **Fractures épicondyliennes internes.** — Très rares, chez les adultes seulement.

Détachement de la saillie d'insertion du grand adducteur ou de celle du ligament interne.

SYMPTOMES. — **Signes fonctionnels.** — *Douleur*, ne manque jamais, très vive en général. *Impotence* fonctionnelle absolue : toute mobilisation active du membre est impossible, sauf dans les fractures partielles très petites.

Signes physiques. — Inspection. — *Gonflement*, existe dans tous les cas. En général considérable, double le volume de l'extrémité inférieure de la cuisse, gêne l'examen. Apparaît précocement. Peut être purement en rapport avec l'hématome de la région de fracture, mais de plus, très vite, surviennent :

a. Dans les fractures extracondyliennes une *hydarthrose* qui se constitue en dix ou quarante heures.

b. Dans les fractures intracondyliennes une *hémarthrose* qui apparaît encore bien plus vite.

Ecchymose. — En général ecchymose foncée, noire, étendue, pouvant remplir la totalité de la région postérieure basse de la cuisse et du creux poplité. Les ecchymoses peuvent être localisées, linéaires : c'est ce qu'on voit dans les fractures unilatérales des condyles.

Déformation. — Un peu variable suivant les cas :

a. Fractures sans déplacement;

b. Fractures avec déplacement.

Les saillies osseuses seront souvent visibles au moins au début quand le gonflement est incomplet.

L'aspect sera variable suivant les cas :

1° Le plus souvent déplacement postérieur de l'épiphyse inférieure. Axe du membre peu dévié.

Saillie antérieure de la diaphyse au-dessus de la rotule. Saillie moins nette du fragment épiphysaire dans le losange poplité.

2° Si déplacement en avant de l'épiphyse :

Axe du membre en baïonnette, jambe sur un plan postérieur, dépression nette au-dessus de la rotule, saillie postérieure toujours marquée.

3° Si déplacement latéral : genu varum ou genu valgum. Ce déplacement existera seul ou associé aux autres déplacements.

4° Possibilité de rotation (externe presque toujours) de la jambe qui entraîne l'épiphyse inférieur ayant subi cette rotation.

Palpation. — *Points douloureux* au niveau des traits à rechercher essentiellement dans les fractures.

Explorer les régions antérieures, postérieures, latérales. On sentira souvent facilement les fragments.

Recherche de *mobilité anormale* : en imprimant des mouvements à la jambe on constate que l'on peut mettre le membre inférieur en extension et même en hyperextension. On recherchera aussi les mouvements de latéralité qui peuvent avoir une assez grande amplitude.

Recherche de la *crépitation* : celle-ci est inconstante. Pour exister il faut que les deux fragments soient restés en contact : cas assez rare. Si on la trouve, elle est grave, abondante.

Mensuration. — En mesurant depuis l'épine iliaque antéro-supérieure ou du trochanter jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia. En général, raccourcissement évident : atteint 3 à 4 centimètres en moyenne. De plus, il existe un élargissement antéro-postérieur de l'extrémité inférieure de la cuisse; on peut aussi constater dans certains cas un élargissement transversal.

Radiographie. — Sera pratiquée bien entendu. Donnera des renseignements précis sur le siège, le nombre de traits, le déplacement.

ÉVOLUTION. — Dans les fractures sans déplacement, consolidation assez rapide en deux mois environ. Dans les fractures avec déplacement, la bascule du fragment inférieur rend la réduction très difficile; même après bonne réduction, consolidation lente, dure quatre à cinq mois.

COMPLICATIONS. — *A*. **Primitives.** — 1° Ouverture du foyer de fracture. Peut se faire de dehors en dedans (traumatisme direct) ou de dedans en dehors, cas le plus fréquent. Les deux fragments peuvent perforer la peau. Cependant, c'est le plus souvent : *en avant*, le fragment diaphysaire qui embrochera le quadriceps viendra faire saillie sous la peau et la perforera, dans la fracture supracondylienne, tandis que le même fragment saillant *en arrière* dans les décollements épiphysaires, perforera la peau du creux poplité. Dans les fractures condyliennes, le gros danger est l'ouverture de l'articulation.

(*A suivre*.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 53, p. 858.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Symptomatologie, von ORTNER. Bd. I/I. Vienne (Autriche), Urban et Schwarzenberg, I., Mahlerstrasse.

Therapie an d. Berliner Universitätskliniken, von CRONER. 8 Aufl. — Vienne, Urban et Schwarzenberg.

Lehrbuch der Augenheilkunde, von RÖMER. 4 Aufl. — Vienne, Urban et Schwarzenberg.

Lexikon der gesamten therapie, von GUTTMANN-MARLE. 2 Aufl. — Vienne, Urban et Schwarzenberg.

N° 56. — SAMEDI 14 JUILLET 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 14 JUILLET 1923. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 10 juillet. — Question donnée : « Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule. Désarticulation du poignet. »

MM. Petit-Dutaillis, 27; Monod, 24; Bloch (Jacques), 26; Bergeret, 29; Girode, 27; Leveuf, 29; Gouverneur, 26; Pascalis, 24.

Epreuve orale. — Séance du 11 juillet. — Question donnée : « Hématocèle de la tunique vaginale. »

MM. Bergeret, 17; Leveuf, 19; Girode, 16; Gouverneur, 18.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Gougerot, Stévenin, Lemaire, Bouttier, Roux-Berger, Küss, Desplas, Monod et Metzger.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Sont nommés :

Chirurgien titulaire à l'hôpital Saint-André, M. le docteur Charrier.

Chirurgien titulaire à l'hôpital de Bel-Air, M. le docteur Lefèvre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté en date du 3 juillet 1923, les chaires de pathologie médicale et de clinique des maladies nerveuses de la Faculté de médecine de Paris sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Verger, professeur de médecine légale et déontologie à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1923, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — A la suite de concours ont été proposés :

M. le docteur Bourde, pour la place de chef de clinique chirurgicale;

M. le docteur Martin-Laval, pour la place de chef de clinique des voies urinaires;

M. le docteur Cézilly, pour la place de chef adjoint de la clinique des voies urinaires.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE STRASBOURG. — M. Volmar, docteur ès sciences, chargé d'un cours de chimie analytique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Strasbourg, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur d'analyse et toxicologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Kuény, décédé.

XXIIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE. — Le XXIIIe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mercredi 10 octobre 1923, sous la présidence de M. le professeur André (de Nancy).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : « Etat actuel de la question du traitement de la gonococcie par la sérothérapie et la vaccinothérapie. Rapporteurs : MM. Minet et Debains (de Paris).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris, 7e.

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS est heureuse d'annoncer que sur son initiative, et conformément aux vœux présentés à deux reprises par l'Union nationale des Associations d'étudiants de France, M. le docteur Paul Boudin a présenté et fait adopter par le Conseil supérieur de l'Assistance publique une adjonction au règlement modèle des hôpitaux et hospices, portant sur la garantie à donner contre les risques encourus dans l'exercice de leurs fonctions aux médecins, chirurgiens, internes et externes des hôpitaux.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La Société se réunira à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 16 juillet courant, à 3 heures très précises.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 16 juillet 1923, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « La direction des étapes, le 4e bureau et le médecin régulateur », par M. le médecin-major de 1re classe Jeandidier, de la 7e direction du ministère de la Guerre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur V. Valérian (de Salon).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur M. F. WIDAL). — Sous la direction de M. le professeur Widal et de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés, commenceront à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 3 septembre 1923, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours, à 14 heures.

Deux cours de dix leçons chacun seront faits successivement.

Les cours seront terminés le 25 septembre.

PREMIER COURS. — 1° *Maladies du rein* (6 leçons). — *a.* Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. *b.* Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. *c.* Hypertension artérielle et oscillométrie. Procédés de mesure et interprétation.

2° *Procédés d'examen d'un diabétique* (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

3° *Examen du liquide céphalo-rachidien* (2 leçons). — Examen chimique : albumine, sucre, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés hémorragies, méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — 1° *Maladies du foie* (4 leçons). — *a. Etude des ictères.* — 1. Recherche de la bilirubine, de l'urobiline et de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — 2. Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. — 3. Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies. *b. Insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

2° *L'hémoclasie et sa valeur clinique* (1 leçon).

3° *Diagnostic des maladies typhoïdes* (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

4° *Réactions de fixation* (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. mycoses.

5° *Cytodiagnostic des épanchements pleuraux* (1 leçon). — Pleurotuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

6° *Examen du chimisme gastrique et duodénal* (1 leçon).

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

COURS D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT. — Du lundi 6 août au 13 août, à Berck-Plage (Pas-de-Calais), avec exercices pratiques individuels.

En une semaine, de 9 h. du matin à 7 h. du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens.

Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscriptions : 150 fr. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au docteur Fouchet, Institut Calot, Berck-Plage (Pas-de-Calais), ou clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris.

Résumé du programme : I. *Tuberculoses externes.* — Abcès froids, adénites, épididymites, péritonite tuberculose, tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott.

II. *Déviations congénitales et acquises.* — Luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, pied plat, scoliose, torticolis, difformités rachitiques, etc.

III. *Fractures.* — Comment les praticiens doivent les traiter.

IV. *Les dernières acquisitions orthopédiques.* — *a.* Nécessité de reviser le diagnostic de la coxalgie et presque toute la pathologie de la hanche, aux divers âges ; *b.* le nouveau traitement de la luxation congénitale et des récidives de luxations ; *c.* le diagnostic des maladies de la colonne vertébrale ; *d.* Traitement moderne de la scoliose, etc.

NOTE DE PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

La mélancolie est une psychose fréquente à l'âge critique, chez l'homme comme chez la femme, les modifications physio-pathologiques propres à cet âge (troubles vasculaires et des sécrétions internes) s'ajoutant alors à l'hérédité névropathique.

Le Didial réussit à merveille dans les formes légères, chez les angoissés et les petits anxieux ; il agit chez eux non point tant comme hypnotique que comme sédatif vasculaire. Associé à l'opothérapie testiculaire chez l'homme, ovarienne chez la femme (agomensine et sistomensine), il donne les plus heureux résultats car beaucoup de psychopathies sont d'origine génitale et sous la dépendance d'anomalies congénitales ou acquises.

Même dans les cas graves de manie aiguë ou d'hypocondrie, il apaise toujours le malade par la sédation du phénomène anxieux.

CHRONIQUE

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR CHANTEMESSE

Une plaque commémorative vient d'être apposée sur la maison où naquit, au Puy, le professeur Chantemesse. M. Strauss, ministre de l'Hygiène, avec sa bienveillance habituelle et inlassable, a bien voulu accepter la présidence de cette cérémonie qui a eu lieu le 9 juillet.

Des discours ont été prononcés par M. le Président de la Société académique du Puy et par M. le docteur Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur où Chantemesse travailla avec Roux, son camarade de collège.

Chantemesse fonda à la Faculté de médecine de Paris le premier laboratoire de bactériologie et consacra la plus grande partie de sa vie médicale à l'étude de la fièvre typhoïde. On a un peu trop oublié que ce fut lui qui, le premier, appliqua la vaccination antityphoïdique. A ce point de vue on ne lui a pas assez rendu justice de son vivant, et tous ceux qui, comme nous, l'ont approché dans ses dernières années, ont pu se rendre compte qu'il en concevait un réel chagrin. Il se rendait bien compte que cette découverte, dont il était à juste titre très fier, était appelée à un grand avenir.

Sans vouloir en rien diminuer le mérite de ceux qui ont perfectionné et généralisé la méthode, il n'est que juste de rappeler la part qui revient à Chantemesse.

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CRITIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIE DES OPÉRATIONS DIRIGÉES CONTRE LA CONSTIPATION ET LA STASE (1)

Par le docteur A.-C. GUILLAUME,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

MODIFICATIONS ANATOMIQUES POSTOPÉRATOIRES DE L'INTESTIN. — Ces modifications sont importantes et il faut les étudier pour chaque type d'opération.

1° MODIFICATIONS DANS LE CAS D'ANASTOMOSE LATÉRALE. — Elles consistent parfois dans des modifications des dimensions de la bouche anastomotique et c'est à des modifications de la bouche ou à l'insuffisance initiale de ses dimensions que l'on avait attribué la non-dérivation totale des matières.

C'est, en général, ce que l'on observe, en effet; les matières ne passent qu'en partie, la plus minime, par la bouche anastomotique, la plus grande partie des fèces suivant le cours normal des déchets alimentaires.

En fait, il n'y a là rien qui doive étonner, rien en tous cas qu'il faille attribuer à une mauvaise exécution opératoire de la bouche d'anastomose.

Mais ces faits demandent discussion.

Un fait domine d'ailleurs cette question des anastomoses latérales, c'est le suivant.

Une anastomose latéro-latérale, sans interruption de la continuité, pratiquée sur le tube digestif, ne dérive complètement les matières du contenu intestinal que s'il existe un obstacle occlusif sur la portion d'intestin comprise entre les deux segments anastomosés; la cæco-sigmoïdostomie pour stase n'a pas plus de raison d'échapper à cette loi que la gastro-entérostomie pratiquée dans le cas de pylore perméable.

Dans tous les cas où un obstacle ne bloque pas le passage des matières en aval (et c'est le cas des constipations avec stase cæco-ascendante), l'anastomose ne laisse passer qu'une partie (la minime) des matières, la plus grande partie suivant le trajet normal; ainsi, les opérations d'anastomose latérale pour stase intestinale chronique n'activent, en général, pas le transit, ne modifient pas la constipation; au contraire, ces opérations agissent efficacement sur les phénomènes toxiques et sur les douleurs de distension. L'anastomose réalise pratiquement, non pas un court circuit, mais seulement une soupape de sûreté.

Souvent, on voit survenir des modifications du segment proximal du gros intestin.

Opérant à nouveau, pour une tout autre lésion, sept ans après la première intervention, un malade chez lequel il avait pratiqué, antérieurement, une cæco-sigmoïdostomie pour stase du segment cæco-ascendant, mon maître M. Robineau, a constaté que ce dernier segment intestinal s'était considérablement modifié. Le fond cæcal n'était plus bleu et mince, comme il l'est ordinairement (2) et tout particulièrement chez les stasiques, mais épais, charnu, musculaire, de couleur semblable au reste des côlons : le segment cæco-ascendant avait pris l'aspect du côlon sigmoïde.

En ce qui concerne ces anastomoses « de dérivation », il y a lieu de se rallier pleinement aux conclusions formulées par MM. P. Duval et J.-C. Roux : « Il ne faut demander à l'anastomose que de drainer le côlon droit, de le drainer de son contenu s'il est atonique, de le drainer de ses sécrétions pathologiques s'il y a de la typhlite chronique.

« L'anastomose est un trop plein, si l'on peut dire; elle ne doit que soulager le côlon droit en permettant le cours régulier des fèces.

« L'exclusion fonctionnelle complète est antiphysiologique, mais le drainage simple d'un côlon surchargé est, au contraire, parfaitement logique. »

2° MODIFICATIONS DE L'ILÉON IMPLANTÉ DANS L'ANSE SIGMOÏDE. — Surtout dans le cas d'iléo-sigmoïdostomie complémentaire d'une colectomie subtotale, l'iléon implanté se modifie par suite des phénomènes de reflux qui sont la conséquence de la contraction de l'anse sigmoïde lors des surpressions brusques produites par l'arrivée soudaine du contenu liquide du grêle dans l'intestin terminal. L'iléon implanté s'altère. Les parois se modifient s'épaississent, obligées qu'elles sont de s'adapter à une fonction qui est celle du côlon terminal. On dit que l'iléon se *colonise* et cette modification anatomique est d'autant plus importante que le siège de l'implantation iléale est plus rapproché de l'anus.

De plus, il apparait souvent des altérations de la muqueuse et les selles sanglantes s'observent parfois.

Les expériences de Lance, de Nannoti, de Drucbert, expériences qui ont été étudiées précédemment, montrent qu'après iléo-sigmoïdostomie, pratiquée chez l'animal, il se produit, dans les premiers jours, une diarrhée fréquente avec ténesme rectal et douleurs. Ultérieurement, ces phénomènes disparaissent, l'intestin semble s'adapter; en fait, si l'on ferme le côlon au-dessus de l'anastomose iléale, les phénomènes morbides initiaux persistent.

L'atténuation des phénomènes morbides n'est pas liée à une adaptation, mais au reflux qui se produit dans les segments coliques sus-jacents à l'anastomose.

En pathologie humaine, la diarrhée initiale est, d'ailleurs, loin de céder rapidement, on voit des cas dans lesquels cette diarrhée persiste pendant des mois et même des années.

Dans nombre de cas, la diarrhée s'accompagne de selles extraordinairement fréquentes, 32 selles par jour dans un cas de M. Lardennois.

Dans le cas d'iléo-sigmoïdostomie complémentaire d'une colectomie subtotale, M. P. Duval a vu survenir des modifications anatomiques du cul-de-sac sigmoïdien sus-jacent à l'anastomose, ce cul-de-sac s'était énormément développé, épaissi, il s'était ainsi constitué une vaste poche latérale remontant jusqu'au diaphragme. Ce que nous avons dit précédemment explique parfaitement cette déformation.

3° MODIFICATIONS DE L'ILÉON ET DE LA PARTIE ADJACENTE DU TRANSVERSE DANS LA COLECTOMIE PARTIELLE, HÉMICOLECTOMIE DROITE. — Après opération, la ré-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 54, p. 865.

(2) Cet aspect bleu de fond cæcal et cette minceur, qui sont particulièrement accentués chez les stasiques, se produisent également dans les stases aiguës des accidents occlusifs qui portent sur n'importe quel segment de l'intestin, et disparaissent assez rapidement quand on supprime la stagnation locale des matières intestinales.

gion de l'anastomose iléo-transverse se déplace, souvent mais non toujours, elle tend alors à prendre la place laissée libre par l'ablation du segment cæco

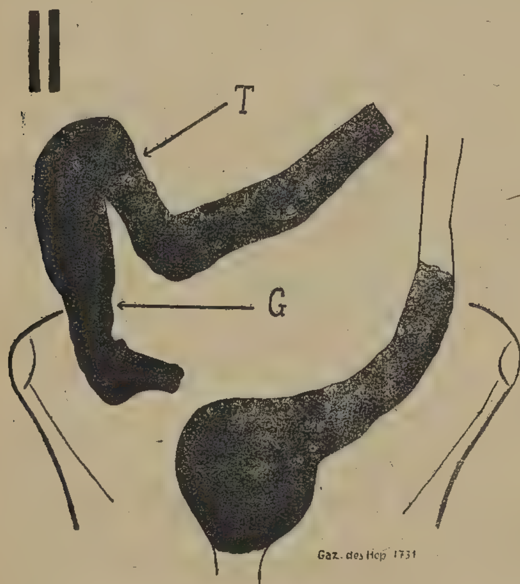


Fig. XI. — *Hémicolectomie droite. Dilatation iléo-colique secondaire.* — Vingt-six mois après l'opération. (D'après Duval. Soc. de gastro-entérologie, in *Ann. des mal. du tube dig.*).



Fig. XII. — *Hémicolectomie droite. Pseudo-cæcum néoformé.* — Cliché pris deux mois après intervention. (D'après Duval.)

ascendant; il y a donc une tendance manifeste à la reconstitution, dans la fosse iliaque droite et le flanc droit, d'un nouveau segment cæco ascendant fait de la terminaison iléale et du transverse. De plus l'anastomose s'agrandit souvent, devient deux à trois fois égale à ses dimensions initiales, les parois iléales s'amincissent, deviennent flasques, comme d'ailleurs la portion adjacente ou transverse; il se constitue en quelque sorte un nouveau segment cæco-ascendant. (Voir fig. XI et XII.)

Dans certains cas même on a vu se constituer ainsi, par modification de l'iléon et du transverse adjacent, un nouveau segment proximal, un véritable néo-cæcum.

Cette modification est loin d'être une règle absolue et s'il en a été publié des cas non douteux, l'étude radiologique de l'aspect de l'intestin après hémicolectomie droite, chez un bon nombre d'opérés m'a montré que ces déformations (voir fig. XIII et XIV) sont très loin d'être une conséquence né-

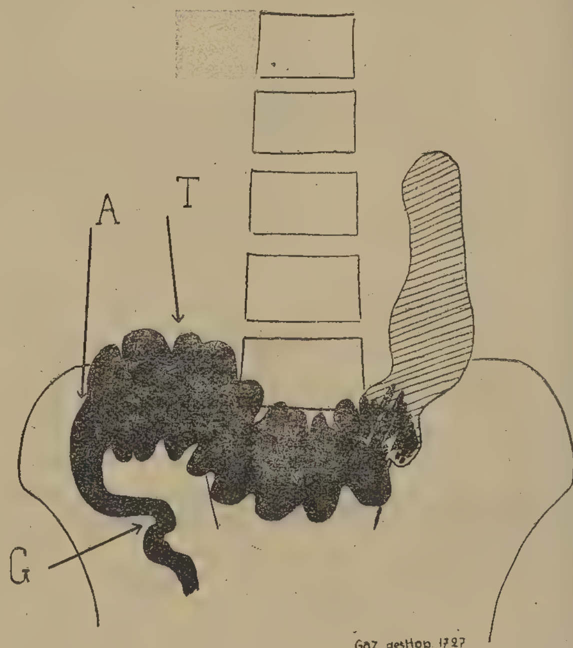


Fig. XIII. — *Hémicolectomie droite.* — Cinq mois après opération Noter qu'il n'y a aucune distension du grêle.

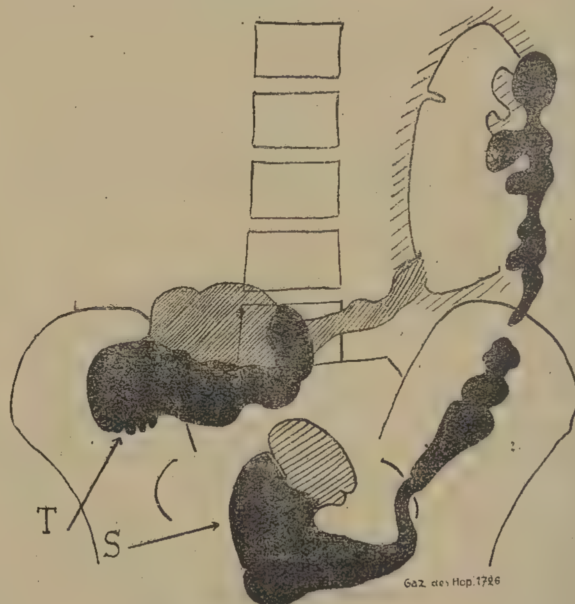


Fig. XIV. — *Hémicolectomie droite.* — Radio à la quinzième heure de l'ingestion, un mois après l'opération. Revue six mois après, très bien, selle quotidienne (avec laxatif), douleurs nulles.

cessaire ou même fréquente de ce type d'intervention. Mon maître, M. Robineau, a pu de même, lors d'une nouvelle intervention, constater l'intégrité du segment iléal chez un de ses opérés. Je reviendrai d'ailleurs ultérieurement sur ces faits et l'interprétation que l'on peut en donner.

4° Gravité des divers modes d'opération. — Avant de décider de la nécessité d'une opération, il faut faire le bilan de la gravité de cette intervention et comparer les risques opératoires aux risques encourus par le patient si l'intervention n'est pas pratiquée.

Dans leur ensemble les interventions dirigées contre la stase ne sont pas particulièrement graves, avec toutefois, et pour le même chirurgien, des diffé-

rences appréciables suivant le mode d'opération pratiquée.

1. *Colectomies subtotales.* — Sur 68 colectomies subtotales réunies dans la statistique de Lambret on enregistre 27 décès, soit 40 p. 100 de mortalité.

Pauchet sur 15 colectomies subtotales enregistre 1 mort, soit 6,6 p. 100.

Sur 50 colectomies subtotales opérées par Lane de 1911 à 1913, Slesinger trouve une mortalité immédiate de 6 p. 100 et une mortalité globale de 8 p. 100.

2. *Hémicolectomie.* — Sur 24 colectomies partielles, hémicolectomies droites, pratiquées par mon maître M. Maurice Robineau, il y a eu 1 décès, soit 4 p. 100 de mortalité. Lambret sur 8 hémicolectomies compte 8 succès durables.

Flint, d'après les statistiques de Moynihan, reconnaît à la colectomie partielle (hémicolectomie) une mortalité de 2,5 p. 100.

Dans l'ensemble l'échelle de gravité croissante de ces opérations semble être la suivante :

a. La cæco-sigmoïdostomie;
b. L'hémicolectomie;
c. La colectomie subtotale.

Résultats opératoires.

On est étonné de voir que les interventions intestinales précitées ont été pratiquées, non seulement parce qu'il existait chez des sujets des troubles de stase et de constipation, mais encore simplement parce qu'il existait des affections tuberculeuses des articulations ou des troubles digestifs graves; l'incohérence des indications opératoires peut-elle avoir d'autre résultat que l'insuccès opératoire? Pour juger des résultats il faut donc s'en tenir exclusivement à juger des suites post-opératoires dans des cas de stase démontrée.

De plus, en étudiant les observations et les statistiques publiées, on trouve beaucoup d'opérations, diverses en nature, mais bien peu de résultats étudiés pendant un temps plus ou moins long après l'opération; par contre, quand on est appelé à examiner les malades opérés par d'autres, on est frappé, principalement pour certaines de ces opérations, de la précarité du résultat qui avait été obtenu et considéré comme un succès par l'opérateur. Ces suites éloignées fâcheuses, de l'opération semblent, pour certaines modalités opératoires, être la règle chez les malades que l'on est appelé à revoir à distance; c'est là un fait qui cadre mal avec certaines statistiques brillantes publiées pour ces mêmes opérations par certains chirurgiens.

Il en est ainsi, tout particulièrement, de l'iléo-sigmoïdostomie.

A l'heure actuelle la très grande majorité de ceux qui s'occupent des problèmes de la pathologie du tube digestif s'accordent en effet à rejeter l'iléo-sigmoïdostomie simple, du fait de ses suites fâcheuses; l'étude des résultats éloignés doit donc porter sur les trois autres types d'opérations.

L'étude des malades opérés, l'étude des conclusions publiées, montre que de toutes les opérations, celles qui donnent les meilleurs résultats sont la cæco-sigmoïdostomie et la colectomie droite. Au contraire, quand les résultats sont fâcheux, ils sont infiniment plus mauvais dans la colectomie subtotale que dans la colectomie partielle (hémi-colectomie); enfin les meilleurs résultats obtenus par colectomie subtotale ne sont pas meilleurs que les résultats donnés par l'hémicolectomie.

De plus, les faits connus et les faits observés permettent de dire que, tandis que la colectomie subtotale aggrave souvent les malades, l'hémicolectomie qui, dans un certain nombre de cas, il faut bien le dire, ne donne aucun résultat appréciable, ou seulement des résultats médiocres, n'a jamais aggravé les patients.

Cette opinion qui résulte de l'analyse des cas observés dans le service de mon maître M. Robineau, est également celle de Flint (service de Moynihan), et de Gray (service de Keith).

Voyons maintenant quelques indications statistiques, trop peu nombreuses cependant pour être concluantes.

Lambret sur 8 hémicolectomies droites enregistre 8 succès durables. Les opérations d'hémicolectomies pratiquées par mon maître M. Robineau ont de leur côté, comme les cæco-sigmoïdostomies, donné des résultats satisfaisants.

Par contre, dans la colectomie subtotale les résultats sont moins favorables.

Dans la statistique de Hall on trouve les chiffres suivants :

68 colectomies subtotales avec 27 morts, 31 bons résultats, 7 améliorations, 3 résultats nuls.

Dans 15 cas de Pauchet, on trouve 1 mort, mais il existait des troubles sérieux dans un nombre important des cas.

Enfin M. Lardennois écrit, à propos des accidents qui succèdent à la colectomie subtotale avec iléo-sigmoïdostomie terminale complémentaire : « J'ai pu constater chez mes deux premiers opérés, que les suites de la colectomie étaient fort pénibles, en dépit des affirmations optimistes que j'avais entendues. Les confidences que j'ai provoquées m'ont montré que le cas de mes malades n'était pas exceptionnel, mais général. »

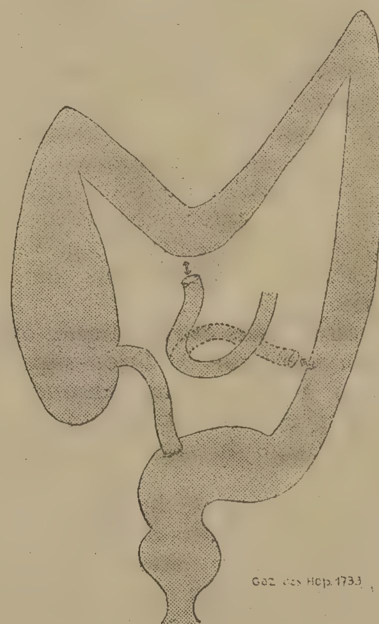


Fig. XV. — *Iléo-colostomie complémentaire d'une iléo-implantation dans le transverse ou le descendant.*

Quant à l'iléo-sigmoïdostomie terminale simple sans colectomie primitive, l'unanimité est presque faite sur les dangers qu'elle fait courir au malade; un fait est particulièrement démonstratif : parmi les 24 colectomies que Lefèvre groupe dans sa thèse, 17 (soit 70 p. 100), *sont des colectomies secondaires*,

et parmi celles-ci, 14 de ces colectomies secondaires *étaient commandées par les troubles consécutifs à une iléo-sigmoïdostomie terminale initiale,* 1 fois l'opération primitive avait été la cæco-sigmoïdostomie, 2 fois des opérations diverses (cæco-plicature et libération d'adhérences).

Par contre plus l'implantation iléale est éloignée de l'anus, meilleurs sont les résultats, les opérations d'iléostomie sur le descendant, les opérations d'iléo-transversostomie, donnent le plus souvent satisfaction.

Lefèvre dans sa thèse peut réunir 12 observations d'iléotransversostomie terminale sans résection du côlon droit. Dans ces 12 cas on trouve 7 guérisons, 4 améliorations, 1 échec avec récidive des accidents (attribuée au reflux colique).

C'est dans cette opération que M. Pauchet a préconisé, pour drainer le segment droit, l'implantation de l'iléon sectionné dans l'anse sigmoïde (voir fig. XV), les résultats sont mauvais par suite du reflux sigmoïdo-colique).

Procédés qui permettent d'améliorer certains types d'opérations.

C'est, bien entendu, aux moins bonnes des opérations préconisées, celles qui laissent des suites fâcheuses, que s'adressent surtout ces procédés, et c'est tout particulièrement dans ces cas d'iléo-sigmoïdostomie et pour améliorer les suites pénibles, souvent même dangereuses, de cette opération, que l'on a cherché à créer des procédés opératoires qui, par un artifice de détail, seraient à même de pallier aux accidents.

Les accidents consécutifs à l'iléo-sigmoïdostomie sont, nous l'avons vu, de deux ordres :

1° Reflux dans l'iléon implanté avec transformation de ce segment iléal.

2° Reflux dans l'arc colique avec stase du liquide reflué et phénomènes douloureux et toxiques.

Contre le reflux iléal, divers procédés ont été préconisés : 1° La conservation de la région sphinctérienne iléo-terminale; 2° la création artificielle d'une sorte de valvule iléo-cæcale, soit par implantation oblique, soit plus simplement (procédé de Kellog) par invagination de l'iléon implanté dans le gros intestin. Ce dernier procédé semble efficace et une radiographie de Case (voir fig. VII) montre la parfaite occlusion de l'iléon dans un cas d'iléo-sigmoïdostomie.

Quant au reflux dans l'arc colique, on a proposé pour l'éviter de substituer à l'iléo-sigmoïdostomie, l'anastomose en Y, suivant la technique de M. Lardennois et Okinczyc, la résection du fond cæcal assurant le large drainage du segment proximal dans le segment terminal.

On a proposé, également, de soulager en partie le segment exclu, en le fistulisant à la peau, soit par *appendicostomie*, soit par fistule cæcale.

On avouera que, pour en arriver à la fistule intestinale permanente, il faut être en présence d'états graves et, de gaîté de cœur, l'immense majorité des malades n'acceptera jamais l'éventualité d'une fistuie intestinale pour améliorer un état de stase chronique.

L'opération complémentaire n'est, d'ailleurs, le plus souvent pas pratiquée d'emblée, elle est exécutée secondairement pour corriger les suites fâcheuses de l'opération primitive. C'est ainsi que, souvent, le chirurgien est appelé à intervenir pour pallier aux effets nocifs d'une iléo-sigmoïdostomie pratiquée plus ou moins longtemps auparavant. C'est dans ces cas que l'on a tenté d'améliorer l'état des malades en créant une fistule intestinale sur le côlon droit; en fait, après iléo-sigmoïdostomie, la seule ressource est de transformer l'opération initiale en une colectomie subtotale par résection de l'arc colique.

Quant à la diarrhée qui complique si souvent l'iléo-sigmoïdostomie, on n'a guère de moyen de lutter contre elle, tout au plus pourrait-on, par une nouvelle intervention, tenter de réaliser, soit une anastomose en Y, soit une implantation plus haute de l'iléon dans les côlons, soit une colectomie sous-cæcale (voir fig. I).

La technique des sutures de l'anastomose semble jouer un grand rôle dans la genèse des modifications consécutives de l'intestin situé en amont du point de réunion des deux segments intestinaux anastomosés; certains chirurgiens accusent, dans leurs résultats, nous l'avons vu, une forte proportion de déformations intestinales rétrogrades consécutives à l'intervention; d'autres chirurgiens, au contraire, n'en observent aucune parmi leurs opérés; on est, devant ces faits, en droit de se demander si, dans ces conditions, les sutures de l'anastomose n'ont pas été le point de départ d'une formation fibreuse, anneau cicatriciel, étendu, rigide, inextensible, qui détermine, à certains moments, des phénomènes d'obstruction légère et des modifications rétrogrades du dynamisme intestinal; ceci ne s'applique pas, bien entendu, au mécanisme des distensions rétrogrades qui se produisent dans l'iléon après iléo-sigmoïdostomie terminale.

LES OPÉRATIONS DIRECTES

Nous venons d'étudier la physiopathologie et les résultats des opérations indirectes qui visent à traiter les conséquences (douleur, stase, etc.) des états intestinaux, il nous faut étudier maintenant les opérations directes, celles par lesquelles on se propose d'agir, directement, sur la cause de ces divers troubles pour les faire disparaître.

Les opérations destinées à agir directement sur un obstacle mécanique éventuel.

Avant d'étudier les opérations elles-mêmes, il n'est pas inutile de dire quelques mots de la *théorie mécanique de la stase intestinale chronique.*

Discussion de la théorie mécanique de la stase. — Nous avons insisté ailleurs sur le fait que, dans les cas de stase intestinale proprement dite, abstraction faite des stases qui sont commandées par la présence d'obstacles occlusifs de l'intestin, la raison d'exister de la stase n'est pas une cause mécanique, mais réside dans une perturbation du *dynamisme intestinal* (1).

Cette opinion, disons-le tout de suite, est loin d'être partagée par tous, mais il est agréable de constater qu'après l'inévitable période initiale d'emballement, les partisans d'une théorie mécanique de la stase sont de moins en moins nombreux : chaque année qui s'écoule marque un recul notable de la théorie mécanique.

(1) Voir La constipation et la stase intestinale, *Bull. méd.*, avril 1923, n° 17, et *XVIe Congrès de médecine*, Paris, oct. 1922.

Brides et coudures capables de produire un obstacle mécanique agissant chroniquement, membrane de Jackson cause anatomique primitive d'une stase intestinale chronique, sont autant d'hypothèses dont les partisans sont progressivement moins nombreux.

Et pourtant, que n'attendait-on pas du traitement opératoire dans certains cas de stase chronique attribués hypothétiquement à la présence d'éventuels obstacles mécaniques, brides de Lane, voile péricolitique de Jackson, accollements intestinaux?

Dans une série de recherches, j'ai tenté de démêler la part que pouvaient avoir, dans la genèse de la stase intestinale chronique, les coudures, les adhérences et les brides, les résultats de ces recherches ont été publiés ailleurs (1), ils montrent que, dans des cas où existaient d'importantes adhérences, des coudures à angle aigu, des brides puissantes, en somme, des désordres anatomiques infiniment plus importants que les plus importantes des modifications mises en cause dans les cas de stase intestinale chronique attribués à une cause mécanique, le plus minime degré de stase ne pouvait être décelé, ni cliniquement, ni radiologiquement; ces observations, qui ont été complétées par l'observation directe, opératoire, des lésions, sont à rapprocher de nombreuses autres constatations opératoires qui montrent l'absence totale de brides, adhérences ou coudures, dans des cas indéniables de stase; ils sont également à rapprocher d'autres observations qui, à l'inverse des précédentes, révèlent, lors d'opérations commandées par de toutes autres lésions (tumeurs de l'appareil génital notamment), chez des malades qui ne sont nullement des stasiques, la présence d'adhérences reliquats de réaction péritonéale ancienne.

Rost, faisant des recherches planimétriques sur l'ensemble des côlons, a constaté que, dans les cas de constipation avec stase cæco-ascendante prolongée, il n'y avait pas atrophie des parois du côlon proximal, mais, au contraire, hypertrophie, même dans les cas où le côlon proximal apparaît atone et dilaté (typhlatonie).

Les mêmes conclusions résultent des mesures effectuées par Rost sur l'intestin enlevé lors des opérations qui aboutissent à la résection du segment proximal.

Rost conclut de ces recherches que la cause des stases cæco-ascendantes ne doit pas être localisée sur le segment proximal, que les déformations de ce segment de l'intestin ne sont pas primitives, mais secondaires.

Ce que ne dit pas Rost, cependant, et c'est pourtant là, le nœud du problème, c'est si l'hypertrophie proximale constatée est une hypertrophie imputable à un développement des tuniques musculaires, capables, dans ces conditions, d'un effort plus considérable, ou si l'hypertrophie est la conséquence d'une dégénérescence fonctionnelle des tuniques du segment proximal.

L'examen radiologique montre, en effet, que le segment proximal, dans les cas de stase accentuée, est loin d'avoir une motilité normale, son activité musculaire est grandement diminuée et parfois même presque totalement supprimée.

Enfin, l'examen histologique des pièces opératoires de résection du segment proximal montre que l'état des tuniques musculaires, loin d'évoquer l'idée d'une hypertrophie avec augmentation de la puissance musculaire, oriente plutôt l'esprit vers une diminution de la puissance de cette contraction; c'est au moins ce qui résulte des examens qu'il m'a été donné de faire sur des pièces opératoires.

Stierlin décrit une stase transverse dont il attribue la cause à une coudure siégeant à l'angle gauche des côlons. Les conclusions de Rost (à la suite de recherches analogues à celles dont nous parlons précédemment) admettent, dans ces cas, l'existence d'une atrophie de la musculature du transverse et attribuent la coudure, comme la péricolite gauche, à un état secondaire et non pas primitif. Quant à l'atrophie du transverse, elle serait, selon Rost, imputable à une constipation spasmodique dont elle serait la conséquence.

Quand on analyse les faits observés on voit qu'il est donc pour le moins difficile d'attribuer aux lésions anatomiques le pouvoir de déterminer et d'entretenir une stase intestinale chronique. Cela ne veut pas dire d'ailleurs que ces lésions anatomiques sont absolument inoffensives et qu'elles ne sont pas capables de déterminer éventuellement une stase passagère aiguë. Si les brides, coudures, adhérences, voiles, ne semblent jouer aucun rôle dans la stase intestinale chronique, elles semblent, par contre, jouer un rôle de premier plan dans la genèse de certains états occlusifs, et de nombreuses observations démontrent l'évidence du rôle joué par ces lésions anatomiques dans certains cas d'occlusion aiguë, subaiguë, ou chronique à épisodes successifs.

Les adhérences et brides du côlon et de la terminaison de l'intestin grêle ont été individualisées sous des noms divers (Reid, Trèves, Lane, Jonnesco, Jackson). Rjesanoff les groupe globalement sous le nom de *ligaments varioformes*. En fait, ces plis du péritoine pariétal restent le plus souvent inaperçus car ils ne déterminent aucun trouble.

Eastmann disait à juste titre, voici dix ans, qu'ils sont du point de vue pathologique un grand X. Quelques auteurs ont pourtant voulu leur faire jouer un grand rôle dans la pathogénie de la stase et l'on a beaucoup discuté sur leur origine.

Quelle est d'ailleurs la cause de ces lésions anatomiques de brides et de péricolite? Dans certains cas l'origine toxi-infectieuse ne fait aucun doute, les adhérences sont alors, de toute évidence, une des séquelles d'une opération abdominale ou le vestige d'une infection péritonéale, mais ce n'est généralement pas dans ces cas qu'on invoque l'intervention d'une cause mécanique pour expliquer la stase intestinale chronique.

Dans d'autres cas, ceux justement dans lesquels on attribue la stase à une lésion anatomique, l'origine toxi-infectieuse des lésions anatomiques est pour le moins contestée; certains ont voulu voir dans les voiles de péricolite le vestige d'une disposition fœtale. Ce que nous savons de la physiologie et de la physiopathologie du péritoine (1) tant dans la vie fœtale que dans la vie extra-utérine, va à l'encontre de telles conceptions, au contraire, tout concorde pour montrer que les réactions du péritoine aux agents toxiques et infectieux se traduisent

(1) A.-C. GUILLAUME. Recherches sur la stase intestinale, *XVI*e *Congrès français de médecine*, Paris, oct. 1922 in t. II des comptes rendus du Congrès.

(1) Voir l'exposé de ces opinions et leur discussion in A. C. GUILLAUME, les faits essentiels de la physiologie du gros intestin et leur application à la clinique. IIIe partie. Les côlons et le péritoine. (*Revue de méd. et de pharm.*, n° 7.) Bruxelles, 1920-1921.

par la formation de voiles analogues aux voiles péricoliques et, comme d'autre part la stase cæco-ascendante et les phénomènes toxi-infectieux qui l'accompagnent sont parfaitement capables de provoquer des réactions péritonéales péricoliques, on est parfaitement en droit d'attribuer la genèse des voiles de péricolite à la stase. Les opérations pratiquées dans les cas de péricolite viennent à l'appui d'une telle conception en montrant que la section et même la résection des voiles de péricolite, n'amènent nullement leur disparition, ils récidivent presque constamment sinon constamment comme le montrent les constatations faites lors des interventions pratiquées ultérieurement.

Si la membrane péricolique de Jackson était une lésion anatomique d'origine fœtale, on ne comprendrait pas la raison d'être de sa récidive après ablation. Cette récidive après ablation est au contraire parfaitement compréhensible si l'on admet que les voiles de péricolite sont la conséquence d'une réaction toxi-infectieuse pérityphlique consécutive à la stase.

Tout porte à penser que l'ordre de succession des phénomènes pathologiques est en fait le suivant :

1° Stase droite d'origine dynamique;

2° Réaction secondaire pérityphlique aboutissant à la constitution d'une péricolite.

Les opérations. — Il ne faut donc pas traiter la péricolite pour guérir la stase, mais au contraire, le traitement de la stase est à même d'améliorer la péricolite.

Reste à étudier les opérations proposées par l'école allemande pour pallier à la typhlatonie et aux mobilités anormales du cæcum et du côlon ascendant; ces opérations, cæcoplicature, cæcoraphie, cæcofixation, sont la conséquence des théories qui attribuent les accidents de stase et de dilatation cæcale à la présence d'un segment proximal flasque distendu ou mobile.

La lumière n'est pas encore entièrement faite sur ces dispositions du segment proximal dans leurs rapports avec les stases droites et, même en admettant que la mobilité du segment proximal puisse être le point de départ d'une perturbation du dynamisme intestinal aboutissant à un état de stase, il n'est nullement démontré que la fixation du segment proximal, à une période où la stase est un fait pathologique réalisé, soit à même d'aboutir au *restitutio ad integrum* fonctionnel.

Wilms (statistique de Stierlin en 1910), avait opéré 43 malades chez lesquels il avait pratiqué une opération de fixation cæcale.

Les résultats étaient les suivants :

75 p. 100 de guérison.
11 p. 100 amélioration.
9 p. 100 sans changement.

Dans des cas analogues. Klose donne la statistique suivante :

89 p. 100 de guérison.
17 p. 100 troubles persistants.

Mais dans ces statistiques les malades n'étaient pas suivis bien longtemps, beaucoup n'avaient pas été suivis au delà de un mois après l'opération, aussi Wilms, le protagoniste de la méthode, disait-il ultérieurement que ces opérations *n'assurent pas la guérison longtemps*. S'il existe donc encore un doute sur l'utilité de ces opérations de pexie chez des sujets jeunes, des enfants par exemple, et les observations publiées par M. Grégoire sont à ce propos particulièrement suggestives; il n'est nullement prouvé que, chez l'adulte, l'opération soit vraiment indiquée et profitable. Notons cependant que Chalier a obtenu de bons résultats en combinant les pexies à l'ablation de l'appendice chez des sujets présentant les signes de l'appendicite chronique.

Quant à la cæcoplicature par suture l'une à l'autre de deux des bandes longitudinales du côlon ascendant, opération qui a pour but de diminuer la surface du segment proximal et sa dilatation, son efficacité est encore plus problématique. L'examen des malades opérés par cette méthode, montre qu'en très peu de temps l'état antérieur est reconstitué et, qui plus est, la suture extérieure ne modifie en rien la surface intérieure muqueuse.

Opposons à cet état les constatations faites après la cæco-sigmoïdostomie, et nous verrons que la meilleure des méthodes opératoires visant à la suppression de l'atonie proximale est encore celle qui supprime les phénomènes toxi-infectieux de la stase; après cæco-sigmoïdostomie on voit en effet le segment proximal se transformer et de mince, flasque, atone, qu'il était, devenir épais, charnu, musculaire, contractile.

Pour ce qui est enfin des adhérences et des accolements, le fait qu'ils ne constituent pas des obstacles anatomiques véritables, est bien mis en lumière par le fait que les opérations de dérivation (anastomoses) ne suppriment nullement le passage par la voie normale; or nous savons que les anastomoses digestives ne sont complètement efficaces que dans les cas où il existe un obstacle qui bloque le transit normal.

Il semble, si l'on se décide donc à intervenir, inutile de chercher le traitement opératoire de la stase dans une opération directe, les opérations indirectes capables d'agir sur la stase assurant en bloc de meilleurs résultats (à la condition de savoir choisir parmi les méthodes opératoires).

Un point ne doit pas être méconnu cependant, c'est que les ptoses, appendicite chronique, épiploïte chronique sont à même de provoquer l'état de vagotonie qui, lui-même, détermine à son tour la stase; le succès de certaines interventions s'explique parfaitement en ce qu'elles ont supprimée l'épine irritative qui entretenait l'état de vagotonie (1). J'ai vu de beaux exemples de ces faits.

L'importance du dynamisme et celle du système nerveux organo-végétatif qui le commande est capitale.

Il est bon à ce propos de citer l'opinion de M. de Quervain : « Nous n'ouvrirons pas ici la discussion sur le rôle de la ptose. Qu'il nous suffise de dire que, d'après les constatations anatomiques, la mobilité anormale du cæcum se rencontre dans la proportion d'un sur dix environ et qu'elle ne saurait donc être la cause principale des troubles fonctionnels des ptosés. Nous arrivons, bien au contraire, à la conclusion que tous les troubles du gros intestin dépendent surtout de son état d'innervation. Un gros intestin très normalement innervé surmonte nombre d'obstacles mécaniques et supporte bien des écarts de régime. Un sujet affligé d'un système

(1) Voir : 1° Les états de déviation du tonus des systèmes nerveux de la vie organo-végétative, *Bull. méd.*, 1922, n° 11; 2° *Le Sympathique et les systèmes associés*, 2e édition, Masson, Paris 1921; 3° La constipation et la stase intestinale, *Bull. méd.*, 1923, n° 17.

TABLEAU RÉSUMANT LES EFFETS DES OPÉRATIONS SUR LES FONCTIONS INTESTINALES ET LA SANTÉ

	OPÉRATIONS			
	Cæco-sigmoïdostomie latérale.	Iléo-sigmoïdostomie terminale.	Colectomie partielle droite.	Colectomie subtotale.
Transit	Inchangé ou légèrement accéléré.	Très accéléré, mais diarrhée fréquente.	Inchangé ou légèrement accéléré.	Très accéléré, mais diarrhée.
Stase objective	Inchangée ou légèrement diminuée.	Augmentée souvent par reflux dans l'arc colique.	Supprimée.	Supprimée.
Douleurs	Diminuées ou supprimées.	Souvent augmentées.	Diminuées ou supprimées.	Souvent augmentées.
Phénomènes toxiques	Diminués ou supprimés.	Souvent augmentés.	Diminués ou supprimés.	Diminués.
Etat général	Amélioré.	Souvent aggravé.	Amélioré.	Parfois aggravé par suite des douleurs.
Gravité immédiate de l'opération	Gravité nulle.	Gravité faible.	Gravité faible.	Gravité peu importante.
Avenir des opérés	Bon.	Très mauvais, le plus souvent.	Bon en général.	Parfois très mauvais.

nerveux en état d'infériorité réagira à chaque écart de régime, au plus petit obstacle mécanique, et même à chaque trouble psychique, par des troubles intestinaux allant jusqu'au tableau complet de la colite muco-membranense. »

CONCLUSIONS

Choix du mode d'opération.

Nous venons de voir qu'il y a, du *point de vue de la stase intestinale chronique*, bien peu à attendre des opérations directes. Si l'état d'intoxication, très grave, de certains malades atteints de stase n'est pas modifié par les moyens médicaux de traitement, si malgré une thérapeutique active et intelligemment appliquée, on n'arrive pas à enrayer les progrès de l'intoxication, la menace que celle-ci fait courir à l'avenir du malade commande dans certains cas de penser à l'opération. C'est alors aux opérations indirectes qu'il faut recourir. Mais sur quel mode d'intervention faut-il fixer son choix?

Bien entendu, il ne peut être question d'appliquer ces opérations aux cas dans lesquels tout le mal vient en dernière analyse d'une constipation proctogène (1).

Dans ces cas, en effet, la guérison peut être obtenue à bon compte par les traitements purement médicaux et quel ne serait pas l'illogisme d'une opération qui traiterait les effets rétrogrades en laissant persister la cause anorectale (2).

Mais est-il besoin d'insister sur ces faits? Nous avons vu en effet que l'indication d'une opération ne pouvait être admise que dans les cas où tous les traitements médicaux ayant échoué, la vie et les conditions de vie sont compromises par suite de l'intoxication qui résulte de la stase.

Or jamais la dyschésie simple, non compliquée, n'a mené le malade à une telle extrémité pathologique.

Et pourtant il est des malades qui ont été opérés et qui n'avaient rien d'autre qu'une dyschésie.

Revenons au traitement des stases hautes.

L'étude du tableau ci-dessus montre que parmi les opérations indirectes, deux d'entre elles méritent de retenir surtout l'attention : *la cæco-sigmoïdostomie latérale*; *la colectomie partielle droite*.

Une opération semble moins intéressante : la colectomie subtotale. Enfin une opération est franchement mauvaise, l'iléo-sigmoïdostomie (1).

Le choix n'est donc pas difficile à faire, il portera de toute évidence, soit sur la cæco-sigmoïdostomie, soit sur l'hémicolectomie droite, avec une préférence pour ce deuxième mode d'opération dans les cas où il existe d'importantes lésions de colite droite.

* * *

Cette étude nous montre que les bonnes opérations, celles qui donnent les meilleurs résultats, sont justement celles qui n'ont d'autre but que celui de lutter contre la stase; les mauvaises opérations sont au contraire celles qui veulent supprimer à la fois la stase et la constipation; qui trop embrasse mal étreint, la multiplicité des buts poursuivis aboutit aux demi-résultats et, par conséquent, aux mauvais résultats. La bonne chirurgie des états de stase est la chirurgie univoque, celle qui n'a d'autre but que de traiter la stase.

En sachant restreindre les indications opératoires aux cas dans lesquels le traitement médical, bien conduit, reste impuissant, dans lesquels tout fait craindre une issue redoutable où la persistance de troubles incompatibles avec une vie possible (l'état du patient ayant été bien entendu parfaitement et complètement étudié), on peut espérer de la chirurgie un secours appréciable dans le traitement des états de stase intestinale. Mais il faut, lorsqu'on pratique cette chirurgie, savoir se limiter; on peut, semble-t-il, du point de vue philosophique, faire un certain rapprochement entre les opérations de la stase et celles qui sont destinées à la guérison des hémorroïdes : le plus souvent inférieures à un bon traitement médical, les opérations les plus brillantes en apparence ne sont pas celles qui, à distance,

(1) Il est nécessaire, dans certains cas de constipation ano-rectale, d'intervenir chirurgicalement pour supprimer une lésion locale cause de la dyschésie (valvule de Houston, tumeur, rétrécissement, spasme sphinctérien, fissure, hémorroïdes). — Voir à ce propos : La dyschésie, *Bull. méd.*, 1923, n° 18.

(2) Cette conclusion peut s'appliquer en grande partie aux stases produites par les *mégacôlons* et peut être aussi aux *dolichocôlons*. L'opinion de Trèves et du professeur Marfan a été sur ce point défendue avec bonheur et talent par M. Lardennois qui attribue ces lésions aux effets rétrogrades d'un obstacle, de la dyschésie par exemple; cette conception est particulièrement séduisante.

(1) La colectomie sous-cæcale ou mieux *infra* ou *métacæcale*, imaginée par M. Lardennois et dont il a présenté deux résultats à longue échéance, est une opération rationnelle particulièrement séduisante, mais sur la valeur de laquelle, faute de documents, on ne peut encore se prononcer catégoriquement.

donnent les meilleurs résultats, bien au contraire même. Prenons par exemple l'opération dite de Whitehead, séduisante en apparence, combien de mécomptes n'a-t-elle pas donnés, combien d'invalides ne crée-t-elle pas quand, malencontreusement, la suture muqueuse lâchant, la cicatrisation aboutit à un rétrécissement permanent, inextensible, de l'anus, et à tous les troubles qui, consécutivement, surviennent dans le côlon.

En demandant peu à la chirurgie de la stase on en obtient peu il est vrai, mais on en obtient quelque chose, en lui demandant beaucoup, plus qu'elle ne peut donner, on n'en obtient rien, si ce n'est même une aggravation de l'état antérieur.

Est-il inutile de rappeler ici, pour terminer, une phrase écrite par M. de Quervain, l'un de ceux qui est sans cesse cité quand on parle de chirurgie de la stase.

L'éminent chirurgien de Berne, parlant des troubles fonctionnels de l'intestin dit qu'ils présentent encore cet autre intérêt d'être, « dans les cas rebelles au traitement médico-balnéaire, un objet de tentatives opératoires variées, tentatives allant de la simple appendicectomie jusqu'à l'ablation des quatre cinquièmes du côlon, selon la pratique de Lane. »

« L'observation prolongée des cas opérés m'a rendu peu enthousiaste de ces interventions, car il est impossible de guérir ainsi un individu dont le psychisme et les réflexes psycho-physiques sont complètement faussés; n'opérons donc qu'à bon escient et ne nous laissons pas trop vite traîner à la salle d'opération par le malade, selon l'expression de Roux. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JUIN 1923)

Un cas de coma diabétique confirmé traité avec succès par l'insuline. Mort ultérieure par pneumonie. — MM. SÉZARY, CHABANIER, LOBO-ONELL, LEBERT et E. GROVE rapportent un cas de guérison de coma diabétique confirmé par l'insuline. La malade, âgée de soixante-trois ans, a présenté ce coma dans le décours d'un érysipèle de la face; le coma était complet avec une glycémie de 3g46, une glycosurie de 97 p. 1.000 et une acétonurie de 0g67. Dès le premier jour du traitement par l'insuline à la fois intramusculaire et intraveineux, le coma était complètement dissipé et l'acétonurie avait disparu. La glycémie baissa progressivement à 2,44, puis à 1,55 et 1,09 tandis que la glycosurie baissait à 30 puis à 11 p. 1.000. La malade était en voie de rétablissement quand éclata une pneumonie qui l'enleva en deux jours.

Le traitement par l'insuline a été fait à doses élevées qui, grâce à l'ingestion de glucose à la suite de chaque piqûre, ont été très bien tolérées.

Varices et battements veineux. — MM. Ch. LAUBRY et Pr. MERKLEN présentent un malade atteint de véritables tumeurs variqueuses animées de battements. Les tracés ont montré qu'il s'agissait de battements transmis par comparaison avec des tracés de la fémorale et non des battements veineux systoliques.

Anévrisme volumineux de la crosse aortique. Ouverture dans le péricarde. (*Présentation de pièce.*) — MM. GRENET et PEIGNAUX insistent sur l'évolution rapide; ce n'est que deux mais et demi avant son entrée à l'hôpital que le malade a souffert de douleurs névralgiques.

Septicémie veineuse subaiguë à petits foyers successifs. — MM. RAYNAUD, LACROIX et BOUTIN. Après cinq poussées successives, un auto-vaccin préparé avec un staphylocoque isolé par hémoculture a permis d'enrayer l'évolution et d'obtenir la guérison.

Autopsie d'une dysostose cléido-cranienne. Grosses lésions inflammatoires et hémorragiques méningo-encéphaliques. — MM. André LÉRI et TRÉTIAKOFF ont examiné les pièces d'un cas de dysostose cléido-cranienne, mort à trente et un ans dans le service du professeur Pierre Marie.

Ils ont constaté, outre l'aplasie cranienne et claviculaire considérable et l'existence de différentes lésions osseuses, de très grosses altérations des méninges et du cerveau. La dure-mère était intimement adhérente à la voûte du crâne qui était rudimentaire. Les méninges molles étaient épaissies, opaques et leurs vaisseaux très rétrécis ainsi que les sinus. Les hémisphères contenaient chacun, dans le lobe occipital, le reliquat d'une vaste hémorragie très ancienne, sous la forme d'un large foyer kystique à droite, d'un long foyer linéaire à gauche.

Un ancien processus inflammatoire est donc indiscutable au niveau des méninges et des hémisphères cérébraux. Il est probable que l'aplasie osseuse est la conséquence, soit de la lésion cérébrale, soit d'une infection générale qui aurait déterminé à la fois lésion nerveuse centrale et lésion osseuse.

Cette infection remonte sans doute aux premiers mois de la vie intra-utérine, car c'est à cette période précoce que se développent les os de membrane, comme la voûte cranienne et la clavicule, et c'est à ce moment aussi que la dure-mère se sépare du crâne, ce qui n'existait pas encore chez la malade examinée.

Etude anatomo-clinique sur un cas de chorée aiguë gravidique. — MM. P. MARIE, BOUTTIER et TRÉTIAKOFF insistent sur la nature des lésions et sur leur topographie.

La lésion fondamentale consiste en un nodule toxi-infectieux constitué par une intense réaction de cellules névrogliques dans la paroi même de certains petits vaisseaux et autour d'eux, par l'intensité de lésions cellulaires dégénératives (avec piknose et chromatolyse) et des lésions de désintégration myélinique avec présence de corps granuleux. Mais en aucun point il n'existe de réaction vasculaire ou périvasculaire, lymphocytique.

Les méninges présentent des lésions de méningite hémorragique très importantes mais qui sont seulement exsudatives car il n'existe pas de ruptures vasculaires.

Au point de vue topographique, ces nodules toxi-infectieux occupent l'écorce, le centre ovale et les noyaux gris centraux. Par contre on n'en trouve aucun au niveau de la protubérance, du bulbe ni de la moelle épinière.

Les auteurs montrent à l'aide d'autres microphotographies que ces lésions sont différentes de celles de l'encéphalite épidémique où les réactions leucocytaires de vascularites et de périvascularites sont extrêmement intenses. Aussi pensent-ils que le diagnostic est possible du seul fait de l'examen histologique entre les lésions de chorée aiguë survenue au cours de la grossesse et celles de l'encéphalite épidémique.

Après avoir rappelé certains examens histologiques récents de chorée aiguë, et en particulier ceux de Claude et Lhermitte, Tinel, Pierre Marie et Trétiakoff, les auteurs insistent sur les caractères vraiment très spéciaux de ce cas de chorée aiguë gravidique. Les lésions y sont en effet beaucoup plutôt de type toxi-infectieux, et ce fait est intéressant à mettre en valeur, au point de vue de la pathogénie, dans l'histoire anatomo-clinique de la chorée aiguë gravidique.

Encéphalite aiguë avec ramollissement presque total du corps calleux. Etat de dépression pseudo-mélancolique et paralysies oculaires ayant simulé l'encéphalite léthargique. — MM. André LÉRI et TRÉTIAKOFF ont observé une malade de trente-sept ans qui présenta brusquement un mutisme absolu avec refus d'aliments et apparence de négativisme, sans paralysies, sans troubles des réflexes, sans fièvre. Le cinquième jour, elle tomba dans le subcoma, la température monta brutalement au delà de 40, elle présenta une paralysie bilatérale des droits internes; on pensa à une

encéphalite léthargique à début anormal. Elle mourut le soir même.

A l'autopsie, on constata un ramollissement hémorragique total du corps calleux, avec ses forceps minor et major; le bourrelet subsistait seul. Il existait, en outre, des foyers miliaires d'hémorragie ou de ramollissement disséminés dans l'écorce cérébrale, dans la protubérance et les pédoncules (ceux-ci expliquant sans doute les paralysies oculo-motrices terminales). Au niveau de ces foyers, on constatait une multitude de petites plaques nécrotiques, arrondies, centrées presque toutes par un vaisseau, formées par des tissus œdématiés, désagrégés, par des cylindres-axes rompus, par des globules rouges plus ou moins nombreux et de rares polynucléaires. L'aspect et la structure de ces placards ne rappelait en rien l'histologie de l'encéphalite léthargique.

Il s'agissait donc d'une encéphalite aiguë, d'allure anatomique et de symptomatologie très spéciales, encéphalite dont les examens bactériologiques n'ont pas permis de déceler la cause.

Deux cas d'érythromélalgie chez des syphilitiques. — MM. Etienne MAY et Pierre HILLEMAND présentent deux malades atteints d'érythromélalgie, dans un cas l'affection coexiste avec un rhumatisme chronique au début. Les épreuves fonctionnelles vago-sympathiques ont fourni des résultats contradictoires. Par contre, ces malades sont des syphilitiques et ont été très améliorés par le traitement.

Ces observations s'ajoutent donc à celles déjà assez nombreuses d'érythromélalgie d'origine spécifique. Devant ces faits de syphilis latente, on peut se demander s'il ne s'agirait pas de lésions nerveuses très localisées et très discrètes intéressant les centres vaso-moteurs.

Quelques considérations sur l'anatomie pathologique des gastrites chroniques. — MM. Félix RAMOND et Ch. JACQUELIN concluent de leur étude que la gastrite est la porte ouverte aux deux grandes affections de l'estomac : ulcère et cancer; la traiter et la guérir est la meilleure prophylaxie de ces deux affections.

Vœu de la Société médicale pour la création de dispensaires antisyphilitiques et demande de la nomination des médecins au concours.

Paralysie radiale postsérothérapique. — MM. SICARD et CANTALOUBE présentent un malade qui, après une injection de sérum antitétanique, a été atteint vers le huitième jour de réactions urticariennes intenses et de paralysie radiale unilatérale. En rapprochant ce cas de deux autres faits analogues de paralysie radiale qu'ils ont observés pendant la guerre et dans les mêmes conditions postsérothérapiques au milieu d'un cortège urticarien, les auteurs invoquent une pathogénie périphérique de névrodocite, c'est-à-dire de réaction inflammatoire péritronculaire, au niveau de la gouttière de torsion. Les réactions électriques montrent que les muscles tributaires du nerf radial au-dessous de la gouttière sont seuls paralysés avec réaction de dégénérescence. Le triceps est respecté. Le pronostic de ces paralysies, à pathogénie spéciale, est favorable, avec cette restriction que la guérison ne s'est faite dans les deux cas précédents qu'à longue échéance, de douze à quinze mois environ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1923)

Diagnostic bactériologique du choléra des poules et de la typhose aviaire. — MM. A. STAUB et A. TRUCHE préconisent, pour différencier sûrement et facilement les deux germes, de se servir de l'eau de levure qui ne permet pas la culture de l'agent du choléra des poules, ainsi que l'a signalé Pasteur, mais convient à celle de l'agent de la typhose. Les auteurs se sont assurés que cette particularité n'est pas propre à la pasteurella aviaire, mais commune à toutes les autres, et notamment à une pasteurella humaine isolée par Reilly.

Influence de la lécithine sur l'action hémolysante de la saponine. — Mlle S. BERNARD. Depuis les travaux de Ramson on admet que c'est à la cholestérine qu'est lié le pouvoir protecteur du sérum dans l'hémolyse par la saponine. Mlle Bernard est parvenue (en employant des doses de lécithine assez faibles pour que l'action hémolysante propre de cette substance ne fausse pas la réaction) à mettre en évidence une action protectrice de la lécithine, action de même sens, mais moins marquée que celle de la cholestérine.

Election. — M. VERNE est élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 JUIN 1923)

A propos des conjonctivites contractées dans les piscines parisiennes. — M. A. MOUCHET, qui connaît bien ces piscines, se plaint de leur hygiène très défectueuse, de leur construction très défavorable, de l'absence de soins de propreté avant la baignade. On devrait prendre modèle sur les piscines d'Alsace.

Les échecs du régime et du jeûne dans les affections cutanées. — M. L. BIZARD. Certaines affections cutanées semblent être entretenues par le régime et surtout par le jeûne qui privent l'organisme d'utiles moyens de défense en ne permettant qu'un fonctionnement déficient des systèmes nerveux et glandulaires.

Intoxication volontaire par un hypnotique. — M. L. LIVET s'élève contre l'abus des hypnotiques et leur danger. Son malade, pour se suicider, absorba en une fois dix comprimés d'une spécialité hypnotique courante. Il guérit après quarante-huit heures de coma.

Gastrotonométrie. — M. R. GAULTIER présente sous le nom de gastrotonomètre un explorateur total des fonctions gastriques; il montre son utilité pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des dyspepsies; au cours de la dilatation de l'estomac il facilite le diagnostic en faisant connaître le degré d'atonie gastrique dont il permet de suivre l'évolution en montrant les variations de la contractilité gastrique et qu'il aide à traiter par une sorte de massage pneumatique.

Dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome chez une femme de vingt-quatre ans. — MM. DARTIGUES et GUELPA présentent cette pièce intéressante. Ils avaient pensé, vu l'évolution clinique, à une grossesse extra-utérine. Myomectomie abdominale en conservant l'utérus et un ovaire. L'examen histologique a montré une dégénérescence sarcomateuse du fibrome. Y a-t-il lieu d'intervenir à nouveau ou de faire de la radiothérapie ou du radium?

Les applications pratiques des insufflations contrariées. — M. PESCHER présente plusieurs malades (séquelles de pleurésies purulentes, déformation du thorax, asthme infantile) chez qui ces insufflations ont produit leurs bons effets habituels. Ces exercices, de pratique nouvelle en kinésithérapie, élargissent le champ de l'hématose, établissent entre les deux poumons la solidarité des vases communicants, le poumon faible étant insufflé par l'air du poumon sain.

Les orchites aiguës chez les enfants. — M. MOUCHET étudie les orchites aiguës dites primitives, mises autrefois sur le compte d'une tuberculose inflammatoire curable. Il croit que ce sont des torsions du cordon spermatique et qu'il faut les opérer. Il décrit une variété nouvelle de ces orchites dues à une torsion de l'hydatide sessile de Morgagni.

Traitement des fractures bi-malléolaires. — M. JUDET apporte les résultats de quatorze cas de fractures avec traitement non sanglant. La réduction, après radiographie, a pu être obtenue dans tous les cas et a été exactement maintenue par un appareil plâtré circulaire construit sur un ouaté très compressif.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 juillet. — MM. Leveuf, 19; Gouverneur, 17; Bergeret, 18.

Sont proposés pour être nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. Leveuf et Bergeret.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Gougerot, Desplas, qui acceptent; Stévenin, Lemaire, Bouttier, Toupet, Küss, Monod, Metzger, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Concours pour cinq places d'interne en médecine. — Un concours aura lieu le jeudi 22 novembre 1923. Les épreuves commenceront à 4 h. 1/2 à l'Hospice-Général, salle des séances.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'administration, avant le 5 novembre 1923, à midi.

— Concours pour trois places d'interne en pharmacie. — Un concours aura lieu le jeudi 13 décembre 1923. Les épreuves commenceront à 9 heures du matin, à l'Hospice-Général, salle des séances.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 26 novembre 1923, à midi.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins inspecteurs Delporte et Ecot.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de 2e classe Pignet, Védrines, Guilard, Daussat et Dupuy.

MM. les médecins-majors de 1re classe Munaret, Chassin, Tartavez, Guyard, Henriot, Lamort et Ferris.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de 2e classe Surin, Trabaud, Vialatte, Toinon, Larrazet, Medan, Marty, Bendon, Legrand, de Boyer de Choisy, Griscelli, Perreaux, Sebilleau, Deneufbourg, Guillen, Delalande, Bizolier, Teste, Le Boucher, Riquier, Rivière.

Marine. — *A la dignité de grand officier.* — M. le médecin général de 1re classe Bellot.

Au grade de commandeur. — M. le médecin général de 2e classe Valence.

Au grade d'officier. — M. le médecin en chef de 2e classe Normand.

M. le médecin principal Glerant.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Circan, Thomas, Chabiron, Pradel, Nivière, Santarelli et Gaussen.

LA LUTTE CONTRE LE CANCER. — M. Marie, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé directeur du centre régional de lutte anticancéreuse de Toulouse et de la région.

Le service médical dudit centre régional est ainsi constitué :

Service de radio et radiumthérapie : chef de service, M. Marie; chef de service adjoint, M. Escande, professeur titulaire sans chaire.

Service d'anatomie pathologique : chef de service, M. Tapie, professeur d'anatomie pathologique.

Service de cytophysiologie, de pathologie expérimentale et comparée du cancer : chef de service, M. Nanta, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Service chirurgical : chefs de service, MM. Mériel et Dambrin, professeurs de clinique chirurgicale; M. Baudet, chirurgien des hôpitaux.

GASTROTONOMÉTRIE ET COPROLOGIE CLINIQUES. — Le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, fera, dans la semaine du 6 au 11 août, de 10 à 11 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran (service du docteur Le Noir), des démonstrations de gastrotonométrie clinique (méthode d'exploration totale des fonctions gastriques) avec applications thérapeutiques : massage pneumatique, insufflations gazeuses d'O et de CO^2, etc., et un exposé résumé des méthodes de coprologie dans leurs applications à la clinique des affections des voies digestives.

Les médecins ou étudiants désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire dans le service près de la surveillante, ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Guidez, décédé au Blanc-Seau (Tourcoing).

NOTES DE PRATIQUE

PNEUMONIE GRIPPALE

Se souvenir que « le danger est au cœur et au rein ». Instituer le régime lacté, puis prescrire :

Le 1er jour, bromhydrate de quinine (1 g. à 1g50 à prendre en trois fois le matin, à une heure d'intervalle).

Le 2e jour, digitale (macération ou infusion).

Les jours suivants, 3 à 4 cachets pro die de Théosalvose caféinée ou spartéinée à 0g50 (à continuer à doses moindres pendant un certain temps).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DOMMAGE CAUSÉ A UN MÉDECIN

OCCUPATION BOURGEOISE. TRANSFORMATION DE L'IMMEUBLE PAR LE PROPRIÉTAIRE

Le docteur H..., titulaire d'un bail concernant des locaux où il habitait et exerçait sa profession, se plaignit à sa propriétaire de la transformation commerciale de l'immeuble par une Société à qui elle avait consenti un bail. Sa plainte étant demeurée sans effet, il assigna; il demandait la nullité du bail consenti par la propriétaire à la Société dont il s'agit, le rétablissement de l'immeuble dans son état primitif, sous astreinte, et la condamnation à des dommages-intérêts pour réparation du préjudice causé par les troubles de jouissance occasionnés par la Société et un autre locataire commerçant.

La propriétaire se laissa tout d'abord condamner par défaut. Elle fit opposition; et le Tribunal civil de la Seine rendit, le 30 avril 1923, un jugement dont voici les principaux « attendus » :

« *Sur le rétablissement de l'immeuble dans son état primitif d'habitation bourgeoise* :

Attendu qu'il échet de remarquer tout d'abord que le docteur H... jouit au point de vue du loyer d'une situation exceptionnellement avantageuse. Qu'il n'a pas été nié par lui que l'appartement qu'il occupe et qui est situé dans un beau quartier de Paris forme hôtel et comprend trois étages, entresol avec antichambre, salon, petit salon, salle à manger, premier avec quatre pièces, deuxième avec sept pièces, deux escaliers, deux caves, calorifère, le tout moyennant un loyer annuel de 7.500 francs;

Que, d'ailleurs, le docteur H... est d'autant moins fondé à se prévaloir de la clause de son bail visant le caractère d'habitation bourgeoise de l'immeuble dont s'agit que lui-même ne l'a pas scrupuleusement respectée;

Qu'il exerce dans l'appartement à lui loué une profession qui exclut l'idée d'une habitation essentiellement bourgeoise;

Que la preuve en est que lui-même, le 31 mai 1922, a signifié au propriétaire l'intention qu'il avait de bénéficier des dispositions de l'article 2 de la loi du 31 mars 1922 et d'obtenir la prorogation de cinq ans réservée aux cessionnaires de locaux à usage professionnel;

Qu'il a d'ailleurs obtenu une prorogation et qu'il a ainsi reconnu lui-même ne pas habiter bourgeoisement son appartement;

Qu'en conséquence il ne peut être question de rétablir l'immeuble dans un état d'habitation bourgeoise, qu'il n'avait pas de l'aveu même du docteur H.... Que le jugement doit être réformé de ce chef.

Sur la cessation du trouble de jouissance :

Attendu qu'il y a eu trouble de jouissance incontestable du fait de la transformation de l'immeuble. Qu'il doit en être tenu compte au docteur H...;

Mais qu'il ne peut s'agir dans l'évaluation des dommages-intérêts à lui dus de ce chef que des troubles passagers qui ont été la conséquence de cette transformation et qui devront disparaître dans l'avenir. Que le jugement de défaut a énuméré un certain nombre de ces troubles rapportés à la jouissance du docteur H... avant le 12 mai 1921;

Qu'il convient de retenir seulement dans cette énumération que la cour a été encombrée de matériaux de toutes sortes et de meubles en réparation, un tapissier y occupant une remise où il exerce son industrie;

Que postérieurement audit jugement les troubles de jouissance paraissent avoir continué;

Que de nombreux constats en date des 20 mai 1921, 1er juin 1921, 30 juin 1921, 21 juillet 1921, 19 octobre 1921, 20 octobre 1921, 26 mai 1922, 16 juin 1922, 20 janvier 1923, 8 février 1923 et 2 mars 1923 l'attestent;

Que le docteur H... a incontestablement le droit d'exiger la suppression de tous ces troubles;

Que le propriétaire devra veiller à ce que tous ces troubles passagers disparaissent. Qu'il devra faire en sorte que le tapissier ne dépasse pas dans l'exercice de sa profession les droits que lui donne sa location, et que notamment il n'empiète pas dans la cour;

Par ces motifs,

Au fond : maintient le jugement du 12 mai 1921 en ce qu'il a déclaré H... mal fondé en sa demande en nullité de bail consenti par la demoiselle A... à la Société française radio-électrique;

Réforme ledit jugement en ce qu'il a ordonné le rétablissement de l'immeuble dans son état primitif d'habitation bourgeoise et en conséquence supprime l'astreinte de 200 francs par jour ordonnée de ce chef;

Modifie ledit jugement en ce sens que la demoiselle A... devra faire cesser tout trouble de jouissance passager seulement occasionné par la Société et le tapissier installé dans la cour et ce sous une astreinte de 50 francs par trouble dûment constaté;

Condamne la demoiselle A... à payer à H... la somme de 20.000 francs à titre de dommages-intérêts pour troubles de jouissance passagers. »

La partie du jugement relative à la question du rétablissement de l'immeuble dans son état primitif n'est pas à l'abri de toute critique. Les arguments sur lesquels s'appuie le Tribunal sont que le médecin exerçait dans les lieux loués la profession de médecin et qu'il a obtenu la prorogation de cinq ans. Ce n'est pas suffisant au point de vue juridique; car l'exercice de la profession de médecin ou d'avocat n'a pas pour conséquence de transformer l'occupation bourgeoise en une occupation commerciale ou industrielle; on l'a jugé maintes fois au sujet précisément de la prorogation de cinq ans.

Les propriétaires se sont souvent opposés à la demande de prorogation du médecin ou de l'avocat sous prétexte que leur occupation devait être bourgeoise. Mais ils n'ont pas obtenu gain de cause, même avant la loi du 31 mars 1922, parce que l'occupation stipulée bourgeoise n'excluait pas l'exercice de l'une ou l'autre de ces professions.

En l'espèce, la critique paraît porter d'autant plus que nous croyons savoir que le bail du médecin stipulait une habitation bourgeoise, tout en l'autorisant à exercer sa profession.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

CLINIQUE. DIAGNOSTIC

La cuti-réaction au cours de la tuberculose évolutive mortelle du nourrisson. (DEBRÉ et LAPLANE. *Revue de la tub.*, 1922, n° 4, p. 349.) — On sait la valeur diagnostique de la cutiréaction chez le nourrisson; une fois établie, que devient-elle? Peut-on, de son étude, tirer des conclusions pronostiques? Debré et Laplane ne le pensent pas. Leurs observations ont porté sur des cas de tuberculose grave, évoluant vers la mort; dans 35 p. 100 des cas, ils ont vu la cuti s'affaiblir et devenir négative les semaines avant la mort, comme chez l'adulte; par contre, dans 65 p. 100 des cas, elle est restée positive, sans faiblir, jusqu'à l'issue fatale : on ne saurait donc parler de cutipronostic. D'ailleurs, l'étude anatomopathologique ne montre aucune différence de lésions dans les deux séries de cas, et dans l'ensemble l'évolution est de même longueur. Mais, la cuti constamment positive va de pair avec un état général floride; il s'agit d'enfants bien nourris, d'apparence vigoureuse, ce qui n'empêche pas les lésions d'évoluer sournoisement avec la même rapidité que dans les autres cas; seuls, les enfants mal nourris, d'apparence malingre, présentent de l'anergie terminale, avec cuti négative. M. LÉON-KINDBERG.

L'anergie hépatique dans la tuberculose. (N. FIESSINGER et BRODIN. *Ann. de méd.*, juin 1922, t. XI, n° 6.) — Après avoir rappelé le rôle certainement capital du foie dans la défense contre la tuberculose (élaboration de la cholestérine, élimination des bacilles et des toxines, fonction minéralisante, etc.), Fiessinger et Brodin apportent une série d'arguments en faveur de l' « anergie hépatique ». Plus exactement, l'anergie, chez le tuberculisé, avec toutes les graves conséquences qu'entraîne cet état, serait souvent produite par l'insuffisance hépatique, on aurait souvent comme cause primordiale la défaillance du foie.

Les preuves anatomocliniques tout d'abord : c'est, d'une part, l'étude du foie des tuberculeux, dont les lésions, surtout de stéatose, si profondes et si étendues, sont à mettre en rapport avec l'allure si grave des accidents terminaux; c'est, d'autre part, l'éclosion de la granulie au cours des cirrhoses malignes, et aussi l'évolution subitement maligne, et s'accompagnant de granulie, de certaines cirrhoses lentes jusque-là.

L'étude de la cutiréaction chez les hépatiques — preuves biologiques — est également instructive : Fiessinger et Brodin ne l'ont trouvée franchement positive que dans 16 p. 100 des cas; elle était franchement négative dans 55 p. 100; mêmes chiffres chez les ictériques; or, on ne peut mettre en évidence de substance empêchante dans le sérum. D'autre part, chez les cardiaques dont le foie n'est pas touché, on ne trouve rien de pareil.

Enfin, preuve expérimentale, les animaux intoxiqués par une substance hépatotoxique présentent un allongement anormal de la période antiallergique.

De cette conception de l'anergie hépatique, Fiessinger et Brodin dégagent certaines conclusions pratiques : il faut respecter le foie des tuberculoses torpides, éviter la suralimentation, tenter peut-être l'opothérapie hépatique.

C'est cette anergie qui rendrait peut-être compte des inoculations positives de liquide d'ascite dans la cirrhose de Laënnec. M. LÉON-KINDBERG.

Rœntgenographic pleural annular shadows in pulmonary tuberculosis. (J. B. AMBERSON. *Amer. Rev. of tub.*, 1921, p. 723.)

A criticism of recent interpretations of annular shadows in Lung Rœntgenograms. (BURNHAM and KING BROWN. *Ibid.*, 1922, p. 469.)

A note on Rœntgenographic pleural annular shadows in pulmonary tuberculosis. (J. A. HONEIJ. *Ibid.*, 1922, p. 477.)

Further studies in Rœntgenographic pleural annular shadows in pulmonary tuberculosis. (J. B. AMBERSON. *Ibid.*, 1922, p. 480.)

Il s'agit, dans ces différents articles, d'une curieuse apparence radiographique visible sur certains clichés pulmonaires. Notons, en effet, que nul signe clinique ne paraît leur avoir été rattaché.

Les « ombres pleurales en anneau » ont été décrites en 1919 par Samson, Heise et Brown; il les aurait rencontrées dans 12 p. 100 des cas dans 423 radiographies consécutives; il s'agit d'anneaux denses, dont l'image, à dire le vrai, évoque irrésistiblement à nos yeux l'idée d'une caverne; mais le centre ne montrerait aucun signe de raréfaction; bien plus, il peut être plus ou moins opaque, et l'on peut y reconnaître, en continuité avec le tissu environnant, les linéaments pulmonaires; en l'absence de toute constatation anatomopathologique, les premiers auteurs concluaient à un petit pneumothorax. C'est l'opinion qui semble prévaloir : c'est celle de Honeij, c'est surtout celle d'Amberson qui aurait pu étudier 50 cas; pour lui, il n'y a pas rupture d'origine pulmonaire; il s'agirait d'une affection pleurale spéciale (?), assez fréquente, évoluant parallèlement mais indépendamment de la lésion pulmonaire et pouvant disparaître; il aurait pu dans un cas ponctionner le centre de l'anneau, et, après avoir retiré une petite quantité de liquide fluide (?), aurait trouvé une pression de — 23; il aurait vu dans deux cas l'anneau se produire puis disparaître au décours d'un épanchement.

Pour Burnham et King Brown, il y aurait là une grosse part d'illusion; pour eux, un petit pneumothorax partiel ne prendrait pas la forme d'une sphère, mais celle d'un disque (Sabourin). Ils se méfient de l'insuffisante rapidité de la plupart des clichés; pour eux, si l'on opère à 1/40 de seconde, on s'aperçoit qu'il s'agit de cavernes dont l'aspect est infiniment variable selon leur contenu, l'état de la paroi, du tissu pulmonaire environnant, de la plèvre à leur niveau, enfin selon l'axe du faisceau issu de l'ampoule. Quelques autopsies leur auraient donné raison. M. LÉON-KINDBERG.

Pulmonary involvement in non pulmonary tuberculosis. (V. ZWALUWENBURG, WICKETT et MERRIL. *Amer. Rev. of tub.*, oct. 1922, t. VI, n° 8.) — Etude essentiellement radiologique; les auteurs ont eu surtout pour but de rechercher, dans des cas de tuberculose péritonéale, articulaire, urinaire, lymphatique, etc., la fréquence de l'ombre pleurale coiffant le sommet du poumon qu'ils ont décrite sous le nom de « pleural cap » et qui est une modalité de notre pleurite apicale. De sa coïncidence avec la tuberculose tonsillaire ou ganglionnaire, ils avaient déjà conclu à sa nature tuberculeuse; pour eux, c'est le premier signe radiographique décelable dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Ils l'ont recherchée dans 111 cas de tuberculose non pulmonaire; dans 32 cas, l'image pleuro-pulmonaire était tout à

fait normale ; dans 11 cas, la ligne apicale, dense et mousse, donnait l'impression d'une cicatrice. Dans les autres cas, que l'image pleurale fût seule anormale ou non, ils pensent qu'il y avait un processus tuberculeux en évolution.

Ils ont noté, à ce point de vue, la gravité particulière du mal de Pott ; dans la péritonite, au contraire, l'intégrité complète de l'image pleuropulmonaire serait fréquente.

M. LÉON-KINDBERG.

La tuberculose de primo-infection chez l'adulte. (A. CAIN et P. HILLEMAND. *Ann. de méd.*, janv. 1923, t. XIII, n° 1.) — Dans l'observation qui sert de base à cette intéressante étude, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans atteinte de tuberculose aiguë de forme bronchopneumonique. Après un début violent qui fit penser à une pleuropneumonie à pneumocoques (car on ne put découvrir de bacilles de Koch dans les crachats), la malade mourut subitement au cours d'une tentative de ponction pleurale. L'autopsie, en dépit de l'extrême minutie avec laquelle elle fut faite, ne montra aucune trace de lésion tuberculeuse ancienne ou cicatrisée; il n'y avait que des lésions récentes, autour d'un foyer caséifié, absolument semblables à celles que, chez l'enfant, on peut étudier autour du chancre d'inoculation.

Après avoir résumé nos connaissances sur la tuberculose des races jusqu'à présent indemnes de contamination, les auteurs discutent la possibilité de cette primo-infection dans nos pays.

Il faut remarquer que, quelles que soient les statistiques et quelle que soit la méthode avec laquelle elles ont été dressées, on a toujours un résidu de 2 à 4 p. 100 de sujets échappant à la contamination universelle. Sans pouvoir déterminer la cause précise d'un tel « état réfractaire », que de multiples causes d'affaiblissement peuvent atténuer, ils rappellent les conditions nécessaires pour pouvoir porter le diagnostic de « primo-infection » : le type des lésions (lésions pulmonaires aiguës jeunes, sans aucun autre aspect), état des ganglions trachéobronchiques (caséifiés comme chez le nourrisson); l'étude clinique qui peut faire découvrir la source de la contamination ; enfin, lorsqu'elle est possible, l'étude en série de la cutiréaction qui deviendrait brusquement positive.

M. LÉON-KINDBERG.

Chronic Bronchiectasis terminating in Phtisis florida. (H. A. BRAY. *Amer. Rev. of tub.*, janv. 1923, t. VI, n° 11.) — Observation d'une jeune fille qui, de l'âge de dix ans à l'âge de dix-sept ans, présenta les signes habituels cliniques et radiologiques et l'évolution d'une dilatation bronchique. Son état empira brusquement ; en même temps apparurent des bacilles de Koch dans les crachats, recherche qui jusqu'alors avait été constamment négative. La mort survint en quelques mois et l'autopsie montra des lésions tuberculeuses généralisées, relativement récentes, et une ancienne dilatation bronchique.

Le fait mérite d'être rapproché de l'observation récente de Rist et Ameuille (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922, p. 328.)

M. LÉON-KINDBERG.

Tuberculosis and Pregnancy. (H. SCHWATT. *New-York med. Journ.*, 5 juillet 1922.) — Les rapports de la tuberculose et de la grossesse sont à l'ordre du jour. Nous avons ici même analysé les principaux articles français ou allemands sur ce sujet. En Amérique, également, il semble avoir été l'objet de nombreuses discussions : pour Schwatt, s'il est douteux que la grossesse puisse être considérée comme une cause de tuberculose — hors le cas de grossesses multiples et rapprochées — il est certain que souvent elle aggrave une tuberculose déjà existante, surtout dans les trois premiers mois et après l'accouchement. En tous cas, il faut agir avec la plus grande circonspection : ce n'est que dans les quatre premiers mois que l'intervention (par hystérectomie vaginale) peut être suivie d'amélioration; c'est assez dire qu'à cette époque l'incertitude clinique où nous resterons presque toujours sur l'évolution ultérieure ne permettra guère de la décider. Il faudra toujours tenter la cure, et chaque fois qu'il sera possible, faire un pneumothorax artificiel qui, au pire, n'a aucun effet défavorable. Cependant, l'existence de plusieurs enfants, le rapprochement des grossesses peuvent faire pencher la balance en faveur de l'intervention qui restera toujours une mesure exceptionnelle.

M. LÉON-KINDBERG.

Ueber die Bedeutung von Laboratoriumsmethoden für die Prognose stellung bei Kinder tuberkulose. (CIESZYNSKI. *Monat. f. Kind.*, Bd XX, h. 5.) — Etude statistique d'un certain nombre de recherches de laboratoires qui apparaissent choisies un peu au hasard : l'index réfractométrique du sérum s'élèverait dans les cas à bon pronostic, s'abaisserait dans le cas contraire; la lymphocytose sanguine croissante est de bon augure; si elle fléchit au contraire, et si les éosinophiles disparaissent, le pronostic s'assombrit; rien à tirer de la réaction de Weissz, de l'étude de l'urobilinurie.

M. LÉON-KINDBERG.

La valeur des méthodes de recherche des bacilles de Koch dans les expectorations. (Léon BERNARD et COSTE.)

Valeur comparée des différentes méthodes de recherche du bacille tuberculeux dans les crachats. (Mlle SATTERLEE. *Sect. d'études scient. de l'Œuvre de la tub.*, 16 déc. 1922, in *Revue de la tub.*, 1923, n° 1.)

Ces recherches, systématiquement faites en vue de l'utilisation rationnelle des différentes techniques dans les dispensaires, se condensent dans les conclusions suivantes :

1° L'examen direct, suffisamment répété et prolongé, a une valeur considérable ;

2° Les méthodes de concentration en bacilles des crachats présentent au point de vue scientifique un intérêt certain, mais leur application pratique est discutable;

3° L'inoculation au cobaye est capitale; elle seule permet de classer définitivement une expectoration suspecte.

En fait, les méthodes de concentration, entre les mains de Mlle Satterlee, n'ont été que 3 fois positives sur 50 cas négatifs après un rigoureux examen direct. A l'avantage de ce dernier, il faut aussi noter que les erreurs de technique ou de manipulation sont beaucoup plus fréquentes avec les méthodes d'enrichissement, surtout si les examens sont nombreux.

Dans la discussion consécutive, Debré a fait valoir un argument d'ordre « psychologique » : sachant que l'enrichissement sera fait « en principe », la laborantine aura tendance à faire l'examen direct vite et superficiellement. Nous ajouterions personnellement la lassitude rapide des yeux qui parcourent un culot amorphe, tandis qu'il est aisé de prolonger l'examen sur des préparations « figurées ».

M. LÉON-KINDBERG.

Bronchospirochetosis in China. (E. C. FAUST. *Arch. int. de méd.*, 1922, t. XXX, p. 343.) — Infection due au spironema bronchiale et très fréquente dans les pays d'Extrême-Orient, la bronchospirochétose se présente sous trois formes différentes : 1° forme aiguë, avec frisson, fièvre, toux incessante, mais expectoration peu abondante et rares hémoptysies ; 2° forme subaiguë, la plus typique, de bronchite fébrile hémorragique; 3° forme chronique, où l'hémoptysie, intermittente, peut être considérable. Le diagnostic se fait par l'examen direct des crachats. L'arsenic constitue une thérapeutique spécifique, très rapidement effective. Malheureusement, dans la plupart des cas, il y a association avec la tuberculose, dont l'évolution fatale n'est nullement influencée par la guérison de la spirochétose.

M. LÉON-KINDBERG.

A case of primary lower lobe Tuberculosis with onset of activity immadiately after prophylactic typhoïd inoculation. (S. S. KAHN. *Amer. Rev. of tub.*, mars 1923, t. VII, n° 1.) — Dans cette intéressante mais bien brève observation, il s'agissait d'une jeune infirmière de trente et un ans qui n'avait jamais présenté aucun symptôme pathologique, si léger fût-il. Après une injection de vaccin antityphoïdique, fièvre, toux; l'examen, fait une semaine après le début des accidents, montra une infiltration récente d'allure aiguë du lobe inférieur droit développée autour d'une ancienne caverne jusque-là tout à fait latente.

M. LÉON-KINDBERG.

Tuberkulöse Lymphome und Lungentuberkulose. (Arvid WALLGREEN. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1922, Bd L, p. 464.) — Fréquence et bénignité de la tuberculose pulmonaire chez les sujets ayant présenté ou présentant encore des adénopathies tuberculeuses. M. LÉON-KINDBERG.

Die prognostische Bedeutung der Kaverne bei der Lungenphtise. (DE LA CAMP. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1922, Bd L, p. 281.) — Le pronostic des « cavernes » dépend essentiellement des autres autres éléments, évolutifs et anatomiques, des cas considérés. On ne peut espérer de cicatrisation complète qu'en cas de caverne de petite dimension. La possibilité d'un pneumothorax artificiel que l'on doit toujours avoir à l'esprit change du tout au tout le pronostic.
M. LÉON-KINDBERG.

ÉTIOLOGIE. HYGIÈNE

Influenza bei Tuberkulösen Typisches und atypisches Fieber. (N. LUNDE. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, janv. 1922.) — Etude d'une épidémie de cinquante cas, survenue dans un sanatorium. La forme pseudo-pneumonique, à fièvre en plateau et à crise, serait relativement bénigne, la forme asthénique, à fièvre irrégulière, serait presque toujours grave.

La grippe ne semble pas avoir beaucoup modifié les tuberculeux « au début ». Elle fut très grave, chez les autres et, en particulier, entraîna la mort de six malades, soignés par le pneumothorax artificiel.

Pulmonary tuberculosis and Influenza. (Th. KLEIN. *Amer. Rev. of Tub.*, oct. 1921, VI, n° 8.) — Etude statistique d'un dispensaire de Philadelphie. L'influenza jouerait un rôle très important, puisque dans 39 p. 100 des cas de tuberculose examinés en deux ans, il en aurait précédé les premiers symptômes. Chez les tuberculeux antérieurs, il aurait une gravité particulière. M. LÉON-KINDBERG.

Ist-es möglich, in der Haushaltungen minderbemittelter offener Tuberkulöser die Kinder vor Ansteckung zu schützen? (BRAEUNING und HOLLMANN. *Zeitsch. f. Tub.*, mai 1922, XXXVI.) — Les différents moyens employés ont été : 1° L'éloignement des enfants (103 cas); 2° l'isolement du malade dans la maison (536 cas); 3° l'éloignement du malade (70 cas). Quelle que soit la méthode réalisée, les auteurs insistent sur la nécessité de la discipline, de l'éducation de la toux, de la désinfection des objets usuels, etc.
M. LÉON-KINDBERG.

What are the dangers of infection for children under eight in tuberculous homes? (Th. SCHRAM. *Tubercle*, sept. 1922, III, n° 12.) — 80 p. 100 des enfants de sept à huit ans ont des cutiréactions positives. Le mode d'allaitement du nourrisson n'a aucune influence sur la tuberculisation; on peut presque toujours incriminer la cohabitation avec des tuberculoses ouvertes : le contact avec une mère tuberculeuse est l'agent essentiel de la contagion. Sur les nourrissons que l'on n'a pas séparés, 73 p. 100 sont tuberculeux avant un an.
M. LÉON-KINDBERG.

Additional or reinfection tuberculosis. (BALDWIN. *Brit. Journ. of Tub.*, juillet 1922, XVI, n° 2.) — Baldwin n'admet pas les contaminations exogènes de l'adulte, qui devraient être massives. Il croit à la réinfection endogène, l'examen clinique minutieux montrant presque toujours que l'infection primitive, que l'on croyait éteinte, n'était pas rigoureusement latente. M. LÉON-KINDBERG.

La prophylaxie de la tuberculose à l'âge préscolaire. (R. DEBRÉ. *Bull. du Comité nat. de déf. contre la tub.*, sept.-oct. 1922, n° 5.) — C'est le rapport présenté par R. Debré, à la Conférence internationale de Bruxelles de juillet 1922.

Dans une première partie, il étudie les conditions de la contamination : l'hérédité et le terrain ne semblent jouer aucun rôle; de même le rôle du bacille bovin et de l'allaitement artificiel est certainement minime : les données statistiques fournies par l'étude comparée des tuberculoses bovine et humaine, en Argentine et au Japon, est particulièrement significative à cet égard.

Il s'agit toujours, pratiquement, de contagion interhumaine ; le bacille expectoré est l'agent essentiel de la contagion. Résumant les travaux de la crèche de l'hôpital Laënnec, Debré insiste sur la nécessité de la multiplicité et de l'intimité des contacts infectants (la mère est environ trois fois plus infectante que le père) et de sa durée : isolé avant trois mois, l'enfant a des chances d'être encore intact; au-dessus de trois mois, il a toujours été contaminé; selon l'âge de la contamination et sa gravité, on pourra avoir affaire soit à une tuberculose évolutive fatale, soit à une forme floride, celle-ci pouvant être réellement bénigne ou n'être que le masque d'une évolution réellement grave.

Dans une deuxième partie, Debré énumère les mesures à prendre : Tout d'abord, éviter la contamination du nouveau-né dès sa naissance, et pour cela, dès le début, il y faut la collaboration de dispensaires, d'infirmières visiteuses, et surtout il est nécessaire qu'une crèche fonctionne sur le modèle de celle de l'hôpital Laënnec, imposant la séparation de l'enfant et de la mère.

Ensuite, intervient l'étude faite en série de la cutiréaction : trois cas peuvent se présenter.

La cutiréaction est positive : ou ce sera une forme à évolution rapide, ou ce sera une tuberculose à signes légers : c'est la scrofule, ou ce sera la forme floride : il faut attendre et surveiller.

La cutiréaction négative d'abord, devient positive; il faut observer et savoir attendre.

La cutiréaction reste négative : l'enfant peut être aussitôt placé.

Dans une dernière partie, Debré étudie les deux types de placement : placement collectif dans une pouponnière et placement individuel et familial (type œuvre Grancher).
M. LÉON-KINDBERG.

BIOLOGIE. THÉRAPEUTIQUE SPÉCIFIQUE

La surinfection tuberculeuse expérimentale; immunité de réinfection; immunité de surinfection. (R. DEBRÉ et H. BONNET. *Journ. méd. franç.*, sept. 1922, n° 9.) — Les auteurs résument les travaux de ces dernières années sur la « surinfection » tuberculeuse; l'animal tuberculeux, si on lui injecte une grosse quantité de bacilles, peut les détruire brutalement (et non sans dommages parfois pour lui) ; il semble, d'autre part, immunisé contre de petites quantités de bacilles; mais, dans l'un ou l'autre cas, sa tuberculose continue d'évoluer : il n'est immunisé qu'en tant qu'animal chroniquement infecté, c'est l'immunité de surinfection, que l'on retrouve dans la syphilis, dans les trypanosomiases, très différente, par conséquent, de l'immunité qui s'installe après guérison d'une maladie aiguë et qui est proprement l'immunité de réinfection.

Les conséquences de cet état de choses biologique ne sont guère encourageantes, et Debré et Bonnet retrouvent les conclusions pessimistes du rapport de Neufeld que nous avons analysés ici même (cf. *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 100, p. 1597) : il est, en effet, impossible de réaliser la transmission passive de l'immunité de surinfection et cela semble laisser peu d'espoir à la sérothérapie, telle, au moins, que nous la concevons actuellement. La vaccinothérapie ne paraît guère plus facile à réaliser; en effet, la résistance est « fonction d'un foyer tuberculeux vivant dans l'organisme ».
M. LÉON-KINDBERG.

Trois cas de tuberculose pulmonaire spontanée dans la progéniture d'un lapin granulique. (E. COULAUD. *Sect. d'Et. sc. de l'Œuvre de la tub.*, 13 mai 1922, in *Rev. tub.*, 1922, n° 4.)

Un nouveau cas de tuberculose pulmonaire spontanée dans la progéniture d'un lapin granulique. (*Sect. d'Et. sc. de l'Œuvre de la tub.*, in *Rev. tub.*, 1923, n° 1.)

Dans la progéniture d'une lapine granulique, trois lapins sur quatre ont présenté des lésions tout à fait particulières, rappelant d'une façon frappante celles qu'on observe chez le nourrisson; chancre d'inoculation, etc. Or, Coulaud pense que l'on pouvait, à coup sûr, éliminer la contagion par voie respiratoire : il croit que la granulie de la mammelle de la mère est seule responsable. Dans le quatrième cas, des lésions

caséeuses péritono-intestinales, avec ulcération de la muqueuse, et très riches en bacilles, confirmeraient son hypothèse.
M. LÉON-KINDBERG.

Le tissu lymphatique tuberculeux et scrofuleux. (Spiro LIVIERATO. *Ann. de méd.*, août 1922, XII, n° 2.) — Recherches expérimentales sur le cobaye. L'auteur a constaté une action protectrice remarquable des extraits de ganglions tuberculeux ou scrofuleux humains : ils ralentiraient l'évolution et atténueraient la gravité de l'infection tuberculeuse expérimentale. Cette action serait due à la présence, dans les extraits, de substances spécifiques particulières. L'expérience confirmerait les vues de Marfan sur l'action vaccinante et défensive de la scrofule.
M. LÉON-KINDBERG.

Alimentation et tuberculose. (MOURIQUAND, MICHEL et BERTOYE. *Presse méd.*, 7 oct. 1922, n° 80.) — Il s'agit d'une étude expérimentale. Les auteurs prennent trois lots comparables de cobayes et les soumettent aux trois régimes suivants : Lot n° 1 : régime varié du chenil. Lot n° 2 : régime suffisant, mais toujours le même, dit régime du laboratoire. Lot n° 3 : régime scorbutigène. Ils étudient sur les trois lots l'effet de la même inoculation expérimentale de bacilles de Koch.

Ils établissent tout d'abord que le scorbut, en lui-même, n'a aucune influence sur la marche de la tuberculose.

Il n'en est pas de même des régimes : les lots 2 et 3 se conduisent de même ; ils perdent de leur poids dès le quarantième jour en moyenne et meurent avec une cachexie progressive vers le vingt-quatrième jour. Au contraire, le lot n° 1 garde une bonne apparence jusque vers le cent-trentième jour : mais alors, brusquement, il se fait un amaigrissement intense et la mort survient en une semaine environ.

Fait capital : les lésions sont identiques dans les trois catégories. Il y a donc, au point de vue expérimental, chez le cobaye, un véritable antagonisme entre l'influence de l'alimentation sur l'évolution clinique de la tuberculose, d'une part, et son évolution anatomique, d'autre part.

A ce propos, ils rappellent qu'en Russie, à l'heure actuelle, où l'on assiste à une terrible expérience d'inanition, la tuberculose ne présente pas de formes anormales ou plus sévères. Le meilleur régime du tuberculeux est un régime essentiellement varié.
M. LÉON-KINDBERG.

Les médications spécifiques de la tuberculose. (A. JOUSSET. *Presse méd.*, 14 mars 1923.) — Pour l'auteur, en opposition avec la majorité des phtisiologues actuels, « les principes généraux de la médication spécifique antibacillaire sont théoriquement ceux de toutes les autres immunisations antimicrobiennes, dont ils ne diffèrent en rien… même par les résultats. »

La sérothérapie doit être réservée aux bacilloses ayant « le csractère de variabilité fluxionnaire », « bacillose maladie », spécialement « l'infection primaire de l'enfant ». Les indications du vaccin « méthode pleine d'écueils » sont beaucoup plus délicates à préciser.
M. LÉON-KINDBERG.

Zur Frage der Virulenzsteigerung saürefester Saprophyten durch Tierpassage. (B. LANGE. *Deutsch. med. Woch.*, 1922, n° 11.) — Nous avons, ici même, relaté les expériences de Kolle, Schlossberger et Pfammenstiel qui, par passages successifs, auraient réussi, chez le cobaye, à augmenter de telle sorte la virulence des bacilles acidorésistants qu'ils auraient obtenu des lésions vraiment tuberculeuses (cf. *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 100). Lange maintient le point de vue opposé : il n'a jamais pu obtenir de forme de passage entre acidorésistants et bacille de Koch authentique ; les résultats de Kolle seraient dus à une contamination.
M. LÉON-KINDBERG.

Die Wirkung abgetöteter Tuberkel bazillen. (H. SELTER. *Klin. Woch.*, 1922, n° 9.) — Les inoculations ont été faites avec des bacilles traités par des acides, le chloroforme, de la trypsine, etc. Selter n'a jamais obtenu d'immunisation, jamais aucune sensibilisation à la tuberculine. Les bacilles morts ne paraissent nullement aptes à fournir un vaccin. Leur action sur l'animal déjà tuberculeux tient à la quantité de tuberculine qu'ils peuvent encore recéler.
M. LÉON-KINDBERG.

Gibt-es eine Ausheilung der Tuberkulose? Bleibt danach Tuberkulin-empfindlichkeit und Immunität zurück? (Die Anergie als Antwort). (C. KRAEMER. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1922, Bd 49 H 3.) — La tuberculose peut incontestablement guérir. Mais avec la guérison (clinique, biologique et anatomique) disparaît l'immunité, et, avec celle-ci, l'ensemble des réactions allergiques. Guérison = anergie.
M. LÉON-KINDBERG.

TRAITEMENT. PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

The afterhistory of 953 tuberculous patients discharged from the Metropolitam Life Sanatorium from 1914-1920. (J. HOWK, L. DUBLIN and J. KNUDSEN. *Amer. Rev. of Tub.*, oct. 1922, VI, n° 8.) — La Compagnie américaine métropolitaine des assurances sur la vie a fondé un sanatorium pour ses employés tuberculeux : la fondation a un but nettement utilitaire ; ce qu'il y a d'intéressant, ce n'est pas la constatation médicale de lésions arrêtées ou guéries, mais la capacité reconquise de travailler et de mener une vie normale.

Les employés de la Compagnie sont au nombre de 21.000 : de 130 à 200 par an, furent reçus au sanatorium. 953 cas purent être suivis : 585 cas de tuberculose « commençante », 333 cas de tuberculose de gravité « moyenne », 35 cas graves.

Dans la suite, la plupart rentrèrent à la Compagnie, les autres répondirent à des questionnaires précis qui leur furent envoyés. En 1922, de deux à six ans après leur départ du sanatorium : 719, soit 75 p. 100 étaient au travail et gagnaient leur vie, 23 étaient retournés au sanatorium, 67 étaient incapables de travailler ; 87, soit 9,2 p. 100 étaient morts ; 57 ne donnèrent pas de leurs nouvelles.

Cette statistique est évidemment encourageante, mais il faut retenir que même si on considère le « meilleur groupe », celui des tuberculoses au début, la mortalité s'y montre deux fois plus élevée que la mortalité normale, calculée selon les tables de la Compagnie.

Les auteurs annoncent que ce n'est là qu'un premier mémoire : ces études, du plus haut intérêt, seront donc poursuivies.
M. LÉON-KINDBERG.

Pleural effusions complicating artificial Pneumothorax. (A. PETERS and J. S. WOOLLEY. *Amer. Rev. of Tub.*, oct. 1922, VI, n° 8.) — Etude faite au sanatorium Loomis dans l'Etat de New-York. Sur 142 pneumothorax, on eut 75 cas d'épanchements, soit un peu plus de 50 p. 100. L'épanchement se montre surtout dans les premiers mois du traitement. Il est un obstacle à sa continuation dans un cinquième des cas. 10 p. 100 des épanchements sont purulents : il s'agit presque toujours de pus à bacille de Koch ; l'infection surajoutée, par fistule pleuro-bronchique, est rare et toujours très grave.
M. LÉON-KINDBERG.

Les données manométriques au cours du pneumothorax artificiel. (DUMAREST. *Revue de la tub.*, 1922, n° 4.) — Considérations détaillées et techniques sur la méthode à suivre pour apprécier exactement la pression d'un pneumothorax, et sur les indications que l'on en peut tirer concernant la création, l'entretien, l'abandon ou la réduction du collapsus pulmonaire, le diagnostic et le pronostic des épanchements, et des fistules pleuro-pulmonaires.
M. LÉON-KINDBERG.

The cauterization of adhesions in artificial Pneumothorax treatment of pulmonary Tuberculosis. (H. C. JACOBŒUS. *Amer. Rev. of Tub.*, déc. 1922, VI, n° 10.) — Article copieux et du plus haut intérêt, où l'inventeur de la pleuroscopie résume son expérience de la question.

Son point de départ est l'influence capitale des adhérences dans le pronostic du pneumothorax artificiel : le fait est évident lorsque les adhérences empêchent le collapsus complet. Mais pour Jacobœus, comme pour Saugmann, le fait reste vrai, même lorsque les adhérences, en s'étirant, permettent une compression efficace. Il nous faut avouer que cela ne nous paraît pas incontestable.

Quoi qu'il en soit, Jacobœus a commencé de sectionner ces adhérences intrapleurales, en 1913 : il a lui-même fait 55 opérations ; il y joint, dans son étude, 20 interventions de Saugmann, 16 de Gradesew, ce qui — avec quelques cas isolés — fait un total de 100 opérations.

La technique, après localisation préalable radioscopique, et sous le contrôle endoscopique, consiste à introduire le trocart deux ou trois espaces au-dessous du point choisi; le thoracoscope, car l'opération « se fait à vue », étant enfoncé sur la ligne axillaire, cela ne va pas sans être un sérieux obstacle, lorsqu'il s'agit d'adhérences du sommet. De nombreuses difficultés, peuvent se rencontrer : s'il y a une cavité, il faut cautériser aussi près que possible de la plèvre pariétale, ce qui est très douloureux : la section ordinaire, faite à 2 ou 3 centimètres de distance, est à peu près indolore. Le gros danger à éviter, ce sont les hémorragies : il faut sectionner lentement, le cautère étant au rouge sombre; il n'a jamais rencontré d'artère dans l'adhérence, et pense que les hémorragies graves sont dues à une blessure du poumon par le cautère chauffé au blanc; le mieux est de « tamponner » la cavité pleurale en la remplissant de sérum physiologique; Jacobœus ne connaît qu'un cas de mort sur 100 (Dablstedt).

Il existe trois groupes très différents d'adhérences : les adhérences du sommet, très rebelles à l'intervention; les adhérences latérales, les plus fréquentes (90 p. 100) qui constituent l'indication de choix; enfin les adhérences diaphragmatiques : celles-ci, assez larges, sont difficiles à atteindre; du reste, leur section qui a l'avantage de n'être pas douloureuse, n'a pas grand effet sur la retraction pulmonaire.

Il faut, dans les indications opératoires, se méfier des renseignements fournis par les rayons X : il y a toujours plus d'adhérences qu'on ne croit, et, surtout, l'aspect « en ficelle » est trompeur.

La thoracoscopie, que Jacobœus a mise au point avec son appareil particulier, est capitale : l'expérience permet de différencier directement les diverses catégories d'adhérences, de suivre les progrès de leur section si l'on opère, ce que Jacobœus recommande, en plusieurs séances séparées par de fortes insufflations. L'étirement d'une cavité dans une adhérence ne lui paraît pas dangereux (?) : le seul cas qu'il connaisse d'infection surajoutée de la plèvre (Holmbœ) était certainement dû à la chute, quarante-huit heures après l'opération, d'une eschare pulmonaire.

Malgré tout, c'est à la clinique de décider l'intervention, lorsqu'elle est réalisable. La présence d'un épanchement pleural est une contre-indication à peu près formelle.

Quelles sont les suites de l'opération? Jacobœus aurait eu 35 « bons résultats » sur 50, dont 25 évoluèrent sans réaction pleurale.

Il est difficile de se faire une opinion et le résultat « radiologique » semble plus saisissant que le résultat clinique. Il y a là néanmoins un recueil d'observations du plus haut intérêt scientifique; l'avenir pratique de la méthode nous semble encore incertain. M. LÉON-KINDBERG.

Brides adhérentielles et pneumothorax artificiel. (E. RIST et J. ROLLAND. *Soc. d'Ét. sc. de l'Œuvre de la tub.*, 10 juin 1922 in *Rev. de la tub.*, 1922, n° 4.) — Chez un sujet mort subitement d'hémoptysie, Rist et Rolland ont étudié les adhérences du poumon collabé; l'adhérence principale n'était qu'une cavité, étirement de la paroi d'une caverne occupant tout le sommet du poumon : sa section eût forcément entraîné une large fistule pleuro-pulmonaire.

M. LÉON-KINDBERG.

Cf. — La pleuroscopie et la section des adhérences intrapleurales au cours du pneumothorax thérapeutique. (PIGUET et GIRAUD. *Presse méd.*, 21 mars 1923.)

Données souvelles sur le pneumothorax artificiel. (LEURET, AUMONT, DELMAS-MONSALET. *Ann. de méd.*, 2 août 1922, XII.)

Ueber die Bedentung der Phremikusaúschaltung, insbesondere in Form der Exairèse fur die Behandlung der Lungentuberkulose (H. ALEXANDER. *Zeitsch. f. tub.*, Bd 36, H 5, juillet 1922.)

A case of closed tuberculous Pyopneumothorax treated by formaldehyde-glycerine injections with recovery. (S. S. KAHN. *Amer. Rev. of tub.*, mars 1923, t. VII, n° 1.) — Observation d'un homme de trente ans traité pour une tuberculose ulcéreuse unilatérale par le pneumothorax artificiel; il se développa rapidement un épanchement séro-fibrineux sans influence notable sur la marche du traitement. Mais après six mois, aggravation manifeste, présence de pus tuberculeux; c'est le pyopneumothorax avec toute sa gravité. Pendant six semaines on se contente d'évacuer le pus et de le remplacer par du gaz; puis, pendant quatre mois, on injecte chaque fois 0cc4 de bleu de méthylène en solution alcoolique à chaque ponction et réinsufflation. Devant l'insuccès de cette thérapeutique et l'état devenant particulièrement grave, Kahn tenta l'injection de 40 centimètres cubes de solution à 2 p. 100 de formol dans la glycérine. Cette injection fut refaite cinq fois en quatre mois; elle provoqua chaque fois, d'une part des réactions immédiates violentes, voire même alarmantes, d'autre part la reproduction très rapide de l'épanchement; mais celui-ci changea de nature, devint rapidement sérosanguinolent et bientôt de simples ponctions avec réinsufflations furent jugées suffisantes. En même temps l'état général se relevait et quelques mois après était satisfaisant, le pneumothorax asséché continuant son évolution favorable. M. LÉON-KINDBERG.

Pneumothorax und Höhenwechsel. (F. PETZ. *Münch. med. Woch.*, 1922, n° 15.) — Un malade, porteur d'un pneumothorax artificiel, est réinsufflé à Bozen (265 mètres d'altitude, pression barométrique, 735 millimètres). On lui injecte 230 centimètres cubes d'air avec une pression terminale de + 14. Il prend le funiculaire jusqu'à Oberbozen (altitude : 1.220 mètres; pression barométrique : 650 millimètres) et meurt rapidement, en présentant quelques symptômes cérébraux. L'auteur montre que les 230 centimètres cubes d'air injectés représentent 332 centimètres cubes à l'altitude atteinte, pense à une embolie gazeuse et compare les accidents présentés par son malade à ceux de la maladie des caissons. M. LÉON-KINDBERG.

Die Indikationsbreite des Künstlichen Pneumothorax bei Lungentuberkulose. (W. EBERT. *Deut. med. Woch.*, 1922, n° 36.) — Plaidoyer chaleureux en faveur de l'extension des indications du pneumothorax thérapeutique.

M. LÉON-KINDBERG.

Klinische Beobachtungen an Tuberkulösen mit Künstlichem Pneumothorax. (Irma NEUER. *Beitr. z. Kiin. d. Tub.*, 1922, Bd L, p. 354.) — Considérations, devenues actuellement banales, sur l'amélioration immédiate d'une part, sur le pronostic éloigné d'autre part. Plus intéressantes sont les remarques sur le « mois critique » en général, le troisième ou le quatrième après la première insufflation. A ce moment il y a très souvent un réveil de la tuberculose; mais dans les cas favorables celle-ci reste localisée à la plèvre et n'entrave guère la marche générale du traitement.

M. LÉON-KINDBERG.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les geodes de liquéfaction dans la bronchopneumonie caséeuse (fonte liquéfiante du tissu pulmonaire). (LETULLE. *Revue de la tub.*, 1922, n° 4.) — Letulle décrit sous ce nom un aspect assez fréquent bien que rarement signalé des infiltrations caséeuses du poumon tuberculeux; ce sont des sortes de poches creusées aux dépens du parenchyme pulmonaire hépatisé; véritables pertes de substance du tissu respiratoire; en effet, la coloration à l'orcéine montre que le tissu pulmonaire a complètement disparu. On peut en suivre les différentes étapes : nappes en vagues successives de fibrine altérée; fonte de la fibrine avec envahissement mononucléaire, surtout macrophagique; enfin, fluidification et formation de géode. On trouve cette lésion, soit à la périphérie des foyers bronchopneumoniques, soit en marge des cavernes de formation rapide. M. LÉON-KINDBERG.

Anatomie pathologique de la tuberculose aviaire. (CHRÉTIEN, GERMAIN et RAYMOND. *Revue de la tub.*, 1923, n° 1.) — On trouvera dans ce long mémoire, impossible à résumer, la description précise, aussi bien macroscopique que microscopique, des principales lésions de la tuberculose aviaire.

M. LÉON-KINDBERG.

The lack of acid fastness of Tubercle bacilli in tissues preserved in formaldehyde. (A. C. STARRY and M. GOLD-

BERG. *Amer. Rev. of tub.*, fév. 1923, t. VI, n° 12.) — La fixation par le formol empêche la coloration des bacilles par la méthode classique de Ziehl-Nielsen. Le mieux est de chasser le formol par des moyens chimiques : le meilleur est l'ammoniaque en solution aqueuse étendue.

M. LÉON-KINDBERG.

Das histologische Reaktionsbild der tuberkulösen Reinfektion. (H. JAFFE und E. LÖWENSTEIN. *Beitr. z. Clin. d. Tub.*, 1922, Bd L, p. 129.) — Rien de bien neuf ; les auteurs soulignent les différences, maintenant classiques, entre les lésions tuberculeuses et les lésions aiguës inflammatoires et nécrotiques de la réinfection. M. LÉON-KINDBERG.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR [1]

2° LÉSION DES VAISSEAUX POPLITÉS. — Complication fréquente. Le fragment postérieur menace l'artère poplitée, organe le plus profond et directement en contact avec l'os ; la veine est moins souvent atteinte. Les lésions observées sont : la *déchirure complète*, la *plaie latérale*, la *compression*. *Quand arrachement complet*, l'hémostase spontanée peut être réalisée. *Quand plaie latérale*, hémorragie plus ou moins abondante, considérable si la fracture est ouverte ; si fracture fermée, gros hématome se forme (anévrisme diffus) qui deviendra le point de départ d'un anévrisme circonscrit par organisation des parois de la poche. L'atteinte simultanée de l'artère et de la veine donnera un anévrisme artério-veineux. *Quand compression*, ischémie dans tout le territoire sous-jacent et possibilité de gangrène de toute la zone ischémiée.

3° LÉSION DES NERFS. — Plus rare. Porte essentiellement sur le sciatique poplité externe. Contusion ou élongation du nerf le plus souvent; rarement section complète ou incomplète. Paralysie plus ou moins marquée avec restitution fonctionnelle intégrale en cas de contusion ou élongation. Possibilité de névrite avec pied bot ou troubles trophiques.

4° COMPLICATIONS ARTICULAIRES. — Hydarthrose habituelle dans les fractures hautes, extraarticulaires. Hémarthrose constatée dans les fractures basses intraarticulaires. Ultérieurement possibilité de séquelles du côté de l'article : raideur ou ankylose.

B. **Secondaires.** — Troubles dans l'accroissement du membre. Appartiennent essentiellement au décollement épiphysaire. Soit hyperaccroissement, soit hypoaccroissement. Asymétrie avec le côté sain quand tout le cartilage est intéressé. Déviation latérale (genu valgum ou genu varum) quand il y a atteinte partielle du cartilage.

a. RACCOURCISSEMENT dans la fracture vraie consolidée 9 fois sur 10, mais sans importance s'il n'est pas trop considérable. Il varie de 1cm5 à 10 centimètres.

b. PSEUDARTHROSE : assez fréquente dans les fractures avec grand déplacement, l'interposition musculaire est la règle et la réduction souvent très difficile.

c. CONSOLIDATION VICIEUSE : genu valgum, genu recurvatum. Cals exubérants.

PRONOSTIC. — Toujours sérieux.

Supracondyliennes. — Guérissent en quatre mois dans les cas favorables, mais souvent complications. Si la consolidation est bonne, le cal reste longtemps mou et il faut ne permettre la marche que très prudemment pour éviter déformation secondaire.

Décollement. — Pronostic plus sombre dans l'ensemble. Fréquence des lésions vasculo-nerveuses et de l'ouverture des téguments.

Condyliennes. — Unicondylienne sans déplacement chez sujet jeune : bon ; bicondylienne : plus sérieux.

S'il y a déplacement, craindre les positions vicieuses ; consolidation lente, cinq à six mois.

Ankylose en bonne position est une éventualité favorable.

DIAGNOSTIC. — **Localiser les lésions.** — Eliminer :

1° LÉSIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA. — Fracture ou décollement. Gonflement considérable. Mais saillies plus basses et douleur siège au-dessous de l'interligne.

2° RUPTURE DU TENDON ROTULIEN. — Facile à reconnaître.

3° FRACTURE DE LA ROTULE. — Déformation siégera nettement au niveau de l'article. Régions sus et sous-jacentes intactes. Dépression entre les deux fragments.

4° LUXATION DU TIBIA. — Cette luxation peut se faire en arrière ou en avant. Elle est exceptionnelle chez l'enfant. Les condyles sont intacts dans la luxation : on peut percevoir leur extrémité inférieure arrondie. Les mouvements de latéralité sont moins considérables dans la luxation que dans la fracture.

Y a-t-il fracture ? — Distinguer la fracture sans déplacement d'une simple *contusion articulaire*. Grosse difficulté assez souvent. Épanchement articulaire dans les deux cas. Le gonflement rend examen difficile. Point douloureux osseux nets : s'ils existent, grande probabilité ; si l'on peut provoquer de la crépitation, la fracture est certaine. La mobilité anormale peut exister dans les ruptures ligamentaires accompagnant souvent l'entorse du genou.

Quelle est la forme anatomique de la fracture ? — On se basera sur l'âge du sujet, sur le déplacement des fragments, sur le siège de la douleur.

FRACTURE SUPRACONDYLIENNE. — Adolescents et adultes jeunes. Fragment épiphysaire assez considérable. Dans la règle, déplacement de la diaphyse en avant. Hydarthrose apparaissant seulement après une douzaine d'heures.

DÉCOLLEMENT ÉPIPHYSAIRE. — Enfants et adolescents jusqu'à dix-huit ans. Crépitation douce, grave, mate à caractères cartilagineux. Déplacement de la diaphyse en arrière presque toujours. Très fréquemment des troubles vasculo-nerveux compliquent cette lésion.

FRACTURE CONDYLIENNE. — Sujet âgé. Hémarthrose apparaissant très rapidement, par opposition à l'hydarthrose des fractures sus-condyliennes. Siège très bas de la douleur ; fragment épiphysaire moins étendu. Fréquence de l'élargissement transversal quand les deux condyles se sont écartés. Fréquence du déplacement latéral : angulation externe ou interne de la jambe sur la cuisse.

Mais pratiquement seule la radio de face et de profil permet d'établir ce diagnostic.

TRAITEMENT. — Dans tous les cas de fracture articulaire avec hémarthrose, il faut évacuer celle-ci par ponction.

1° **Fracture sans déplacement.** — Massage, mobilisation, guérison en un mois.

Quand il y a fracture parcellaire du condyle et que le fragment gêne, on pourra utilement aller l'extirper.

2° **Fracture avec déplacement.** — Réduction souvent très difficile, doit être parfaite dans tous les sens et en particulier dans le sens latéral (graves inconvénients si la diaphyse porte à faux sur l'épiphyse).

Cette réduction pourra être tentée de deux façons différentes :

Soit brusquement par extension en repoussant avec les doigts le fragment épiphysaire ou encore par flexion forcée ;

Soit progressivement par extension continue (on peut tirer directement sur le fragment inférieur par la broche de Steinmann).

On a proposé, dans les fractures ouvertes, la suspension du fragment supérieur par un fil métallique, surtout par la face antérieure de la cuisse.

Mais si la réduction est difficile, c'est essentiellement à l'ostéosynthèse qu'il faudra avoir recours.

BIBLIOGRAPHIE. — LE DENTU-DELBET, t. IV. — JUDET, *Traité des fractures*. — SOUPAULT. *Th. de Paris*, 1921.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 53, p. 858, et n° 55, p. 890.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 58. — SAMEDI 21 JUILLET 1923. 96e ANNÉE SAMEDI 21 JUILLET 1923. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Gougerot, Desplas, Stévenin, Bouttier, Toupet, qui acceptent; Tixier, Küss, Monod, Metzger, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Un concours pour la nomination d'internes des hôpitaux s'ouvrira le lundi 17 septembre 1923.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 1er septembre 1923, à 11 heures.

— Un concours pour la nomination d'externes des hôpitaux s'ouvrira le lundi 22 octobre 1923.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 6 octobre 1923, à 11 heures.

— Un concours pour la nomination de pharmaciens adjoints des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 22 novembre 1923.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au mardi 6 novembre 1923, à 11 heures du matin.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'administration centrale des hospices, bureau du personnel, passage de l'Hôtel-Dieu, 44.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Le concours annuel, prévu par l'instruction du 15 juin 1909 pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales, aura lieu à cette Ecole, le 22 octobre 1923, dans les conditions prévues par ladite instruction.

En exécution de l'article 11 du décret du 7 mai 1908, les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe sont seuls admis à concourir.

Les demandes, formulées par les candidats en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours, seront revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques et adressées au ministre de la Guerre et des Pensions (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Elles devront indiquer le ou les emplois pour lesquels ils désirent concourir et parvenir avant le 1er octobre 1923.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de destination coloniale au 10 octobre 1923. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France, en vue de subir les épreuves de ce concours.

Il est rappelé qu'il est tenu le plus grand compte, dans le travail d'avancement et de la Légion d'honneur, des services rendus par le personnel enseignant de l'Ecole d'application (circulaire 3.309 1/8 du 17 novembre 1922).

De même, le classement sur la liste d'aptitude à l'emploi de professeur adjoint constitue, pour les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe, un titre à l'avancement.

CONGRÈS DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE. — A l'occasion du centenaire de Pasteur, un Congrès aura lieu à Strasbourg, du 1er au 4 août, dans l'intention de glorifier les découvertes immortelles de Pasteur qui ont inauguré, avec tant de succès, la lutte contre la fièvre puerpérale.

En quatre rapports, l'état actuel de la question de la fièvre puerpérale sera mise au point. Autour de ces rapports se grouperont des communications ayant trait au sujet qui seront ensuite suivies de discussions.

Les rapporteurs sont :

M. Couvelaire (de Paris) : « Aperçu historique sur la fièvre puerpérale en mettant en relief l'importance de la découverte de Pasteur. »

M. Brouha (de Liége) : « Bactériologie et anatomie pathologique de la fièvre puerpérale. »

M. Auch (de Copenhague) : « Diagnostic et prophylaxie de la fièvre puerpérale. »

M. le professeur Bar (de Paris) a bien voulu accepter la présidence du Congrès.

Les séances auront lieu à l'Institut d'hygiène et de bactériologie de la Faculté, de 9 à 14 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Schickele, clinique d'accouchement et des maladies des femmes, à Strasbourg.

MÉDAILLE DE LA FIDÉLITÉ FRANÇAISE. — La médaille de la Fidélité française, avec trois étoiles, a été conférée à MM. les docteurs Brazis (de Mulhouse) et Haehl (de Rouffach).

MÉDAILLE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La *médaille de bronze* a été attribuée à M. le docteur Thibaud (de Saint-Nazaire).

COURS DE VACANCES DE CHIRURGIE INFANTILE ET D'ORTHOPÉDIE (5e année), par M. le docteur H.-L. ROCHER (de Bordeaux). — Dans son service de l'hôpital des Enfants, de Bordeaux, le docteur Rocher, professeur agrégé, à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, fera du 22 au 27 octobre 1923, une série de conférences pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, conférences accompagnées de démonstrations (projections, radiographies, présentation de pièces anatomo-pathologiques et de malades).

Pendant cette période, seront pratiquées la plupart des opérations courantes en chirurgie infantile et orthopédie. Des exercices pratiques : examen de malades, application d'appareils plâtrés, ponctions et injections dans les tuberculoses articulaires et ganglionnaires, etc., seront faits, sous sa direction, par les médecins inscrits.

Cet enseignement aura lieu tous les jours : le matin, à l'hôpital des Enfants, de 9 h. à 11 h. 1/2; l'après-midi à sa clinique, 28, rue du Teich, de 2 h. 1/2 à 5 h.

Prière de s'adresser, pour tous renseignements et pour l'inscription (gratuits), à M. Dufour, interne à l'hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, Bordeaux.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE DAVOS. — Pendant la semaine du 19 au 26 août 1923, l'Association des médecins de Davos organisera un cours de vacances sur la tuberculose et le climat d'altitude. Avec le précieux concours de M. le professeur Dr. Karl Dorno, directeur de l'observatoire météorologique de Davos et de M. le professeur A. Loewy, directeur de l'Institut scientifique de physiologie du climat alpin et de recherches sur la tuberculose à Davos, la question de climatologie physique et physiologique sera exposée avec autorité. Les membres de l'Association des médecins de Davos, aidés de membres de celle d'Arosa, mettent à la disposition des participants leurs connaissances et expériences acquises par eux dans le domaine de la thérapeutique de la tuberculose avec démonstrations cliniques.

Les points principaux du programme sont : Pathologie de la tuberculose et vue moderne immunobiologique dans les recherches sur la tuberculose. Diagnostic général et particulier de la tuberculose pulmonaire avec représentations cliniques et démonstrations par la radiographie et le laboratoire. Clinique de la tuberculose (classification et formes de la tuberculose pulmonaire ; cours et guérison de la tuberculose pulmonaire dans la haute montagne ; tuberculose chirurgicale et tuberculose des divers organes avec démonstrations cliniques et radiographiques). Thérapeutique de la tuberculose pulmonaire (climatothérapie, immunothérapie, pneumothorax artificiel, thérapie chirurgicale avec démonstrations cliniques et radiographiques). Succès de la haute montagne dans les affections non tuberculeuses (asthme, diabète, maladie de Basedow, paludisme, maladie des tropiques).

Les leçons du matin se composent de conférences avec démonstrations, tandis que les après-midi seront consacrées à des observations scientifiques et cliniques et à des excursions dans les environs.

Les conférences seront faites en allemand et en français. Le cours est gratuit.

Des logements seront réservés aux participants au prix de 10 francs par jour, pension comprise, dans des hôtels, sanatoria et pensions.

Des renseignements sur le voyage, la réduction sur le tarif des chemins de fer, ainsi que sur toute autre question sont fournis par l'Institut scientifique de Davos (Suisse) qui reçoit aussi les inscriptions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Joseph Marcorelles (de Marseille), Alexandre Marmorek, décédé à Paris; Charles Mouzon (de Meudon).

REMPLACEMENTS MÉDICAUX. — La section de médecine de l'Association générale des étudiants, 13, rue de la Bûcherie, informe MM. les Médecins de Paris et des départements, qu'elle tient à leur disposition des étudiants réunissant les conditions exigées.

Permanence tous les jours (sauf dimanche), de 14 h. à 18 h. 30. Tél. Gob. : 65-74; de 9 h. à 14 h. et de 19 h. à 24 h. : Gob. : 07-40. Télégramme : Sectiomedi, Paris.

NOTES DE PRATIQUE

LA DI-UROTROPINE IODO-BENZO-MÉTHYLÉE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par MM. H. HAMANT et J. MÉRY (1).

Dans des travaux antérieurs, faits en collaboration avec W. Jullien, Hamant a fait connaître les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'emploi de l'iodo-benzo-méthylformine (iodaseptine). Le présent article est consacré à un composé médicamenteux analogue, moins riche en iode et plus riche en urotropine : c'est la di-urotropine iodo-benzo-méthylée (septicémine).

Tout comme l'iodaseptine, et peut-être d'une manière plus rapide et plus marquée encore qu'elle, ce nouveau composé agit sur les microbes associés au bacille de Koch et sur la fâcheuse répercussion que leur présence dans l'expectoration exerce, trop souvent, sur la température des tuberculeux et, consécutivement, sur le fonctionnement de leurs voies digestives et sur leur état, tant général que local.

Hamant et Méry commencent par l'emploi de la septicémine, en pratiquant, tous les jours, une injection intraveineuse de 4 centimètres cubes. Ces injections sont faites par séries de 20, séparées les unes des autres par des intervalles de cinq à dix jours.

Dès que la fièvre est tombée ou, tout au moins notablement diminuée et que l'expectoration est devenue moins abondante, les microbes de la suppuration tendant à disparaître, il y a intérêt à substituer progressivement la dominante iode à la dominante urotropine : on alternera donc la di-urotropine iodo-benzo-méthylée avec l'iodo-benzo-méthyl-formine, en passant finalement à l'usage exclusif de ce dernier médicament.

Paul COUDRAY

Nous apprenons, avec un vif regret, la mort de notre confrère Paul Coudray. Ancien interne de Lannelongue, à l'époque où ce maître nous enseignait, avec le succès que l'on sait, la tuberculose osseuse et imagina la méthode sclérogène, Coudray, qui l'aida dans ses recherches, se spécialisa dans cette chirurgie et y acquit une réelle notoriété. Très doux avec ses petits malades, très aimable confrère, Coudray s'était concilié de nombreuses amitiés. Fidèle au souvenir de son maître Lannelongue, il ne manqua jamais l'occasion de rappeler ses travaux et de défendre ses découvertes. Il laissera le souvenir d'un bon travailleur, d'un digne praticien et d'un excellent collègue.

A. BROCHIN.

(1) *Presse méd.*, 1923, n° 34.

REVUE GÉNÉRALE

LES AMNÉSIES TRAUMATIQUES

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Deux écrivains français, parmi les plus grands, Montaigne et J.-J. Rousseau, ont laissé leur auto-observation d'amnésie traumatique.

Sauvages (1706-1767), dans sa *Nosologie*, parle de l'oubli « causé par un coup, une contusion, une plaie à la tête ». Il ne donne aucun détail. Louyer-Villermay (1819), dans son travail sur les maladies de la mémoire, signale les troubles amnésiques post-traumatiques et réunit quelques faits intéressants.

Cline (1824), Brodie (1828), le baron Larrey (1829), Abercrombie (1830) relatent aussi divers cas d'amnésie traumatique.

L'observation de Kœmpfen (1835) est une des plus curieuses et des plus complètes que nous possédions sur ce sujet. Elle prouve d'une manière éclatante la valeur durable des faits d'observation minutieuse.

L'observation de Fuchs (1838) est digne des mêmes éloges.

Les observations de Toulmouche (1843), de Cooper (1855), de Bauchet (1860), sont beaucoup plus vagues, et médiocres.

Winslow (1861), J. Falret (1866), dans leurs recherches sur les maladies de la mémoire, étudient un peu spécialement l'amnésie traumatique et rassemblent des faits quelquefois originaux, le premier notamment.

Rappelons encore, à propos des amnésies traumatiques, les noms de Carpenter (1874), Motet (1879), Azam (1881), Ferré (1881), Sollier (1892), Garnier (1905), Dromard et Levassort (1907), etc.

L'amnésie traumatique n'est pas due, semble-t-il, à la commotion, au coma ou à la perte de connaissance. D'abord ceux-ci peuvent être remplacés par un simple étourdissement, et l'amnésie traumatique n'en existe pas moins. Ensuite, nombreux paraissent les traumatismes suivis de coma qui ne s'accompagnent pas d'amnésie. La peur non plus ne joue pas un rôle fondamental, puisque, maintes fois, l'agent traumatisant survient d'une façon brusque et imprévue. En résumé, étiologie obscure autant que le mécanisme psychopathologique.

Description. — Cette description comprend : 1° Les caractères généraux de l'amnésie traumatique ; 2° la forme commune que revêt cette amnésie ; 3° les formes spéciales.

I. **Caractères généraux.** — Nous n'étudions ici que l'amnésie qui se manifeste immédiatement après le traumatisme ; elle est dite fonctionnelle ou dynamique. Elle diffère de l'amnésie organique ou destructive post-traumatique qui est l'amnésie de la démence traumatique.

a. L'apparition de ces phénomènes amnésiques est soudaine, comme le traumatisme. Si le sujet a perdu complètement connaissance, durant un temps plus ou moins long, on constate, lorsqu'il revient à lui, qu'il est incapable de se remémorer l'accident qui lui est arrivé. Il semble que le début de cette amnésie puisse être retardé, c'est-à-dire, que durant une première période de quelques heures ou de quelques jours, le blessé se rappelle son accident, puis, cette période écoulée, il n'en a plus aucun souvenir. On se demande si les faits de cet ordre ne sont pas dus à l'insuffisance de l'analyse psycho-clinique.

b. L'amnésie traumatique — par rapport au temps et au traumatisme causal, pris comme point de repère — est une amnésie antéro-rétrograde, c'est-à-dire qu'elle porte sur le trauma et sur les événements qui lui sont postérieurs (amnésie antérograde), et antérieurs (amnésie rétrograde). On pourrait appeler plus justement, croyons-nous, l'amnésie dite antérograde, amnésie *positive*, c'est-à-dire amnésie de sens positif, par rapport au point d'origine, et l'amnésie dite rétrograde, amnésie *négative*, c'est-à-dire, amnésie de sens négatif par rapport à ce même point d'origine. Suivant que prédomine l'amnésie rétrograde ou l'amnésie antérograde, l'amnésie traumatique revêt des formes variées que nous présenterons plus loin. Il n'y a pas d'amnésie rétrograde simple ; toujours il existe un certain degré d'amnésie antérograde ; celle-ci est moins évidente et moins frappante que celle-là, mais elle est réelle. Quand le blessé revient à lui, il y revient non pas brusquement, mais progressivement, après avoir traversé une période, durant laquelle il parle, répond, renseigne, questionne, ordonne, etc., mais dont il ne garde pas souvenance.

c. L'amnésie rétro-antérograde traumatique est une amnésie localisée par rapport à la vie du sujet. Les limites, en arrière et en avant du traumatisme, sont précises, de sorte que parfois l'observateur parvient à en déterminer les minutes initiales et terminales.

d. Au point de vue quantitatif, c'est une amnésie complète, totale, c'est-à-dire, que tout souvenir de la période d'amnésie a disparu ; en vain, le sujet essaie de se rappeler les faits de l'accident ou quelques bribes de ces faits. Cela est d'autant plus frappant, pour l'amnésie rétrograde surtout, que les souvenirs immédiatement antérieurs au début de l'amnésie, restent intacts, clairs, détaillés. Quant à l'amnésie antérograde, surtout à son déclin, elle est souvent incomplète : certains faits sont conservés, d'autres oubliés. C'est que le sujet retrouve graduellement et non brusquement son état mnésique antérieur.

e. Qualitativement, l'amnésie rétrograde est quelquefois une amnésie de reproduction, c'est-à-dire, que les souvenirs non évoqués actuellement, souvenir de l'accident, souvenirs des circonstances qui l'ont précédé, sont susceptibles de reparaître au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Le plus souvent, ces souvenirs ne reviennent jamais, comme s'ils avaient été détruits lors du trauma. Il y a alors amnésie rétrograde par disparition probable des traces que laissent les sensations dans le cerveau.

L'amnésie antérograde est surtout une amnésie de fixation, plus rarement, une amnésie d'évocation ou de localisation. Cette amnésie antérograde de conservation est maintes fois peu apparente ; il faut la rechercher pour la constater : elle est évidente, surtout lorsque le sujet est revenu à lui et qu'on lui rappelle ce qu'il a dit ou fait durant cette phase d'amnésie.

f. L'amnésie traumatique paraît affecter, d'après quelques exemples, la forme de l'amnésie systématisée : nous n'avons point observé de fait semblable.

g. Enfin cette amnésie, comme durée, est épisodique ou prolongée, mais elle peut aussi devenir chronique (forme grave).

II. **La forme commune.** — La forme commune ou courante de l'amnésie traumatique est fréquente après les chutes de cheval, les chutes de voiture, les accidents de chemin de fer, etc.; elle accompagne les traumatismes crâniens plutôt que les traumatismes « périphériques ou généraux ». Elle passe par deux périodes bien distinctes.

Première période. — Le sujet a présenté du coma ou bien il a simplement perdu connaissance durant quelques minutes. Quand il revient à lui, après que l'état confusionnel, très vite, s'est dissipé, lorsque l'anidéation et l'amyosthénie sont peu marquées, on constate qu'il a de l'amnésie antérograde de fixation : il oublie ce qu'il vient de dire; il répète une question qu'il a déjà posée et à laquelle on a répondu; il ne se rappelle plus ce qu'il a fait à l'instant même, etc. Ajoutons que, presque toujours, il ignore l'accident dont il vient d'être victime, ou bien parfois il raconte des faits d'ordre fabulatoire.

Cette amnésie antérograde de conservation disparaît peu à peu, en quelques heures ou en quelques jours. On voit bientôt que le sujet est plus présent, qu'il sait mieux ce qu'il dit ou fait, etc.

Les douleurs intenses qui suivent immédiatement certains traumatismes et qui tiennent sans cesse en éveil l'attention du patient, augmentent et prolongent quelquefois ces phénomènes d'amnésie antérograde de fixation.

Deuxième période. — La première période, sorte d'état second, sans altération de la personnalité, cesse dès que l'amnésie de fixation a disparu, dès que le blessé a retrouvé, au point de vue mnésique, son état antérieur. A ce moment, époque habituelle où l'on examine, on observe qu'il a de l'amnésie rétro-antérograde. L'amnésie rétrograde qui étonne le malade et fixe la curiosité de l'entourage, ne peut guère passer inaperçue; l'amnésie antérograde doit, au contraire, être recherchée avec soin, sinon elle sera méconnue.

a. L'amnésie rétrograde porte sur l'accident et sur les circonstances immédiates qui l'ont précédé. Quelquefois cette amnésie se prolonge davantage en arrière, mais il en résulte alors une forme spéciale d'amnésie traumatique que nous analyserons plus loin. En général, dans la forme commune, elle s'étend sur les faits qui ont précédé le traumatisme de quelques minutes, plus rarement de quelques heures ou de deux ou trois jours; elle englobe les menus détails aussi bien que les événements importants : quelques observations établissent la réalité de ce dernier point, plutôt exceptionnel.

Cette amnésie rétrograde est nettement localisée dans le temps; elle s'arrête brusquement à un moment donné, et au delà les souvenirs se manifestent précis et nombreux. Elle est complète, totale; elle n'épargne aucun des faits qui se sont déroulés. C'est rarement une amnésie de reproduction : les souvenirs, dans ce cas, reparaissent en commençant par les plus éloignés; le plus souvent, c'est une amnésie par disparition probable des traces que laissent les sensations dans le cerveau, puisque les sensations déterminées par les circonstances immédiates de l'accident ne peuvent jamais être remémorées. Dans ce cas, l'amnésie rétrograde traumatique est une amnésie définitive, l'autre étant simplement passagère.

b. L'amnésie antérograde porte sur les faits qui se sont passés après l'accident; le sujet a prononcé des paroles, accompli des actes, quelquefois complexes et importants, dont il n'a aucun souvenir, malgré les précisions qu'on lui fournit. Il paraissait, après le trauma, revenu à son état normal quand, en réalité, il présentait un état psychique spécial, une sorte d'état second dans lequel il avait, comme nous l'avons vu, de l'amnésie de fixation (première période).

Cette amnésie antérograde de fixation apparaît clairement à la deuxième période, quand le patient a retrouvé sa mentalité antérieure. C'est une amnésie localisée comme l'amnésie rétrograde, mais sa terminaison est souvent indécise, vague. Quand elle va cesser, elle se montre incomplète; c'est à la fois une amnésie antérograde de conservation définitive et une amnésie antérograde de reproduction passagère; autrement dit, certains faits non fixés passent d'emblée dans l'oubli cependant que d'autres qui sont conservés et qui ne sont pas évoqués actuellement, le seront plus ou moins tardivement.

III. **Les formes spéciales.** — L'amnésie traumatique est une amnésie antéro-rétrograde localisée, complète et définitive. Mais lorsque l'on considère certains faits d'amnésie traumatique, on remarque des prédominances symptomatiques ou des particularités d'évolution et de durée qui conduisent à décrire des variétés, sinon des formes spéciales d'amnésie traumatique. C'est ainsi que nous avons été amené à distinguer :

a. L'amnésie traumatique avec prédominance de l'amnésie antérograde, forme bénigne et de courte durée;

b. L'amnésie traumatique avec prédominance de l'amnésie rétrograde, forme bénigne encore et de courte durée;

c. L'amnésie traumatique rétro-antérograde prolongée comme étendue et comme durée;

d. Les amnésies systématisées (dont l'existence est discutable).

a. Prédominance de l'amnésie antérograde. Forme de courte durée. — Nous avons vu que l'amnésie traumatique, dans la forme commune, évoluait en deux phases. Il en est de même, ici, avec cette particularité que la première phase, — phase d'amnésie antérograde de fixation — prend une importance et un éclat remarquables.

Première période. — L'amnésie antérograde de fixation domine le tableau clinique. A peine indiquée dans la forme courante de l'amnésie traumatique, elle est souvent méconnue. Ici, elle apparaît au premier plan. Le sujet, une fois qu'il a retrouvé la faculté du langage, manifeste une vive activité générale, mais il ne garde le souvenir ni de ses paroles, ni de ses actes. Rien n'existe pour lui que ce qu'il dit ou fait dans le moment même. Il n'a pas de confusion mentale, c'est-à-dire qu'il reconnaît bien les personnes, les objets et les lieux. Il se rend compte vaguement qu'il vient d'éprouver quelque chose de particulier : « Je sors comme d'un rêve, dit-il. Qu'est-ce qu'il m'est arrivé? » Chacun lui explique l'accident dont il a été victime. Il écoute, comprend, mais l'instant d'après il répète sa question, et ainsi de suite durant des heures. Si on lui

écrit les faits sur une feuille de papier, il les lit avec étonnement, puis les oublie bientôt et renouvelle ses demandes, ne sachant pas qu'il lui suffirait de consulter sa feuille pour se renseigner. Si le médecin ou d'autres personnes le visitent à plusieurs reprises dans la journée, toujours il croit les voir pour la première fois, etc.

Durant cette première période, l'amnésie antérograde de fixation est la plus frappante; il existe pourtant aussi de l'amnésie rétrograde : celle-ci s'étend soit aux circonstances de l'accident, soit même à des faits plus éloignés.

L'activité motrice du blessé est peu ou pas modifiée. Il va et vient, continue un exercice, circule, se prépare pour un travail, se dirige presque parfaitement. Rien d'anormal n'apparaîtrait dans sa conduite, n'étaient, pour les faits actuels et tout récents, son étonnement, ses questions, ses interrogations, ses répétitions. Le cas de Koempfen est typique à tous égards.

Deuxième période. — Les limites entre la première et la deuxième période ne sont pas aussi tranchées qu'on pourrait le croire d'après notre description. Le passage de l'état d'amnésie de fixation à l'état normal s'effectue d'ordinaire progressivement. On remarque que le patient conserve quelques faits actuels ou récents; puis il se rappelle ce qu'on lui dit; finalement il ne commet plus d'oubli.

A ce moment, l'amnésie antérograde de la première période persiste. Le sujet est incapable d'évoquer les actes qu'il a accomplis ou les paroles qu'il a prononcées au début de sa maladie; l'amnésie est bien localisée, complète, et elle persiste indéfiniment. Quant à l'amnésie rétrograde, elle présente les mêmes caractères de localisation, d'étendue, de durée, que l'amnésie rétrograde traumatique de la forme commune.

En résumé, dans cette forme d'amnésie traumatique, on constate cliniquement et précisément :

1° Une première phase qui suit immédiatement le traumatisme, avec amnésie de fixation au premier plan, amnésie antérograde, positive, actuelle, complète, non encore limitée; c'est une sorte d'état second. Il existe toujours, en même temps que cette amnésie antérograde de fixation, un certain degré d'amnésie rétrograde;

2° Une deuxième phase caractérisée par le retour à l'état normal; l'amnésie de fixation disparaît, mais l'amnésie antérograde de la première période, liée à l'amnésie de fixation du début, persiste, ainsi que, le plus souvent, l'amnésie rétrograde.

La durée de la première période, la seule qui importe en quelque sorte puisque après il y a retour à l'état normal, varie dans cette forme de quelques heures à quelques jours au plus.

b. Prédominance de l'amnésie rétrograde. Forme de courte durée. — Ce qui domine ici dans le tableau clinique, ce n'est plus comme dans la forme précédente l'amnésie antérograde, mais l'amnésie rétrograde; les deux formes paraissent s'opposer. Ces prédominances spéciales de certains phénomènes amnésiques sont-elles dues à la nature des lésions traumatiques ou à des prédispositions individuelles? On ne saurait le dire.

Première période. — Lorsque le sujet retrouve les sens et la parole, on constate qu'il n'a aucune notion ni du temps, ni des lieux, ni parfois de lui-même. Il a oublié toutes les connaissances qu'il avait acquises, jusqu'aux noms des siens, jusqu'à son propre nom. « Tout entier au moment présent, dit J.-J. Rousseau, je ne me souvenais de rien; je n'avais nulle notion distincte de mon individu, pas la moindre idée de ce qui venait de m'arriver; je ne savais ni qui j'étais, ni où j'étais... il me fallut tout le trajet de là (c'est-à-dire de la Haute-Borne) jusqu'au boulevard pour me rappeler ma demeure et mon nom. » Cet état rappelle l'agnosie générale, c'est-à-dire les troubles multiples et conscients de la reconnaissance.

L'amnésie antérograde de fixation, dans ces cas, existe toujours, mais elle est aisément méconnue, étant accessoire, presque effacée, et de courte durée.

Deuxième période. — Progressivement, en quelques minutes ou en quelques heures, le sujet revient à son état mnésique normal. Mais il peut avoir de l'amnésie rétrograde relativement aux circonstances de l'accident et de l'amnésie antérograde touchant les faits de la première période.

c. Amnésie rétro-antérograde prolongée comme étendue et comme durée. — Les phénomènes d'amnésie rétro-antérograde post-traumatique que nous avons étudiés jusqu'ici, étaient des accidents bénins et de courte durée. Ils montraient déjà cependant, la dernière forme notamment, une tendance manifeste à s'étendre, à englober une partie de plus en plus grande de la vie psychique. La forme spéciale que nous isolons maintenant, met de nouveau en évidence ce fait, qui témoigne de la gravité en certains cas de ces troubles cérébraux. La première période des formes précédentes prend un développement considérable et acquiert une longue durée.

Première période. — Au début, l'amnésie présente les mêmes caractères fondamentaux que dans les formes antérieures.

L'amnésie antérograde de fixation est tantôt très apparente et de constatation facile, tantôt discrète et méconnue. Dans le premier cas, les oublis incessants dans la conversation et dans l'activité donnent du relief au phénomène morbide. Dans le second cas, l'amnésie de conservation est moins immédiate et l'activité du sujet est peu troublée; l'entourage ne s'aperçoit pas de ce qui se passe; le malade ne paraît presque pas différent d'un individu ordinaire : il se lève, se livre à de menues occupations, reconnaît les personnes qui le visitent, parle raisonnablement, etc. Assez souvent, ce n'est que lorsqu'il est revenu à son état mnésique normal (seconde période), que l'observateur apprécie la longue durée de l'amnésie antérograde de fixation.

L'amnésie rétrograde est en général très marquée. Non seulement elle porte sur l'accident et les circonstances qui l'ont accompagné, mais encore sur les faits antérieurs, récents et éloignés. Les souvenirs familiaux, professionnels, les acquisitions scolaires, etc., ne peuvent même pas parfois être évoqués. Dans quelques cas cette amnésie rétrograde est une amnésie localisée, complète, mais transitoire, c'est-à-dire curable.

Deuxième période. — Le patient est revenu à son état mnésique antérieur ou primitif; il n'a plus d'amnésie de fixation. Mais il a encore son amnésie antérograde immédiate portant sur tous les événements qui se sont déroulés durant la première période (période d'amnésie de fixation). D'autre part, l'amnésie rétrograde, qui était une amnésie d'évocation,

a disparu; le sujet a retrouvé tous les souvenirs anciens qui avaient précédé son trauma; seule persiste, fréquemment, l'amnésie des circonstances de l'accident.

Durée. — Cette forme d'amnésie traumatique prolongée, étendue, peut durer plusieurs mois, sinon plusieurs années. Elle peut enfin évoluer vers la chronicité : nous en avons recueilli une observation personnelle complexe que dans notre traité nous avons classé à l'agnosie à cause de la spécialisation de ce dernier trouble. Ces faits cliniques sont à rapprocher de la démence traumatique (1), sinon à confondre avec elle.

d. Les amnésies systématisées. — Les amnésies systématisées sont caractérisées par ce fait que les malades perdent une certaine catégorie de souvenirs, oublient un certain groupe d'idées, un certain nombre d'événements, qui forment ensemble un tout, un système. Ce sont des amnésies rétrogrades. Existent-elles après les traumatismes crâniens ? Les observations squelettiques qui ont été publiées, ne sauraient le démontrer : elles sont du reste toutes très anciennes. Dans ces cas, l'amnésie porte uniquement par exemple sur les chiffres, les lettres, la musique, les langues, etc. A noter que pendant la guerre de 1914-1918, on n'a rapporté aucun cas d'amnésie systématisée.

Diagnostic. — Le diagnostic positif de l'amnésie traumatique est ordinairement aisé, surtout à la deuxième période, c'est-à-dire quand le sujet est revenu à son état mnésique primitif. La première période, c'est-à-dire la période d'amnésie de fixation est, au contraire, souvent méconnue, qu'elle soit brève ou prolongée.

L'amnésie traumatique, — diagnostic différentiel, — doit être distinguée d'abord de l'anidéation et de la confusion mentale, etc. — L'anidéation, qui représente l'un des deux éléments fondamentaux du syndrome asthénie, lequel est presque constant après tout traumatisme, n'est une source de difficultés que lorsque ce syndrome a une durée assez longue. Comme le malade évoque alors difficilement ses souvenirs, il peut être pris pour un amnésique simple. Si l'asthénie disparaît rapidement, l'amnésie persiste seule et il est facile de reconnaître ses caractères propres. La confusion mentale traumatique, aussi, doit être séparée nettement de l'amnésie traumatique. Le sujet amnésique n'a pas de troubles de la reconnaissance, de la perceptivité, comme le confus; son activité n'est pas désordonnée, incohérente, comme chez ce dernier; maintes fois l'amnésique de fixation apparaît comme un sujet normal. Après les traumatismes se développe assez souvent le syndrome de Korsakoff (amnésie de fixation, fabulation et fausses reconnaissances); ce syndrome se différenciera de l'amnésie traumatique rétro-antérograde par la co-existence avec l'amnésie de fixation, de la fantaisie des propos et de la paragnosie. Enfin l'amnésie traumatique, lorsqu'elle se prolonge en étendue et en durée, conduit à penser à la démence traumatique, c'est-à-dire aux états amnésiques organiques, et nous avons vu que quelques cas d'amnésie traumatique rétro-antérograde, qui évoluaient vers la chronicité, pouvaient être rangés dans la démence organique traumatique. Ajoutons que les faits d'observation sont quelquefois complexes : amnésie, anidéation, confusion mentale, fabulation, s'enchevêtrent et représentent des tableaux cliniques touffus et obscurs. En l'absence de renseignements, l'amnésie traumatique, l'amnésie épileptique, l'amnésie par choc émotionnel (amnésie dite hystérique), sont presque impossibles à différencier.

(1) R. Benon. *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, Paris, 1913, édit. Steinheil, p. 306-322, obs. CCXXXIX. — MM. Laignel et Brousseau ont publié la suite de cette observation dans le *Journal de psycholologie normale et pathologique* (1922, p. 372) : nous les remercions de nous avoir aimablement adressé leur travail. Il est bien établi maintenant que la simulation, ici, n'était pas en cause.

Pronostic et Médecine légale. — Le pronostic est bénin, sauf dans les cas d'amnésie prolongée : chez quelques sujets, les troubles mnésiques passent à l'état chronique.

Au point de vue médico-légal, l'amnésie traumatique rétro-antérograde peut faire naître des problèmes de solution délicate.

Le témoignage, relativement à l'accident et aux événements qui l'ont suivi ou précédé, est ordinairement nul; il peut être simplement retardé si l'amnésie est transitoire; enfin il se trouve altéré, quoique de bonne foi, si le blessé a tendance à fabuler.

L'amnésie rétro-antérograde traumatique, en matière civile ou criminelle ainsi qu'en matière d'accidents du travail, peut causer des préjudices à celui qui en est atteint, soit qu'il s'abstienne, par exemple, de réclamer des dommages-intérêts, soit qu'il ne puisse désigner l'auteur de l'accident ou de l'attentat dont il a été victime, etc.

L'auteur d'un crime ou délit (inculpé, prévenu ou accusé), s'il a reçu un traumatisme, peut être amnésique : l'instruction de son affaire s'en trouve ainsi compliquée; sa responsabilité naturellement n'en est pas diminuée. Le passage de l'amnésie à l'état chronique modifie les questions de responsabilité, comme il modifie aussi la question de la capacité civile ou professionnelle (accidents du travail). Ce sont là des cas d'espèce.

La simulation de l'amnésie est aisée : pour le diagnostic de l'amnésie traumatique, on tiendra compte des circonstances et des caractères propres, et quelquefois très précis, de ces faits cliniques.

BIBLIOGRAPHIE

Abel (H.) et Colman. Amnésie traumatique, *Brit. med. Journ.*, 16 fév. 1898. — Abercrombie. *Inquiry into the intellectual powers*, 1828, p. 141, 143, 147, 150, etc. Trad. Gendrin, 2e édition, Baillière, 1835, p. 168, etc. — Arundelius (J.-B.). *Ephémérid.*, Ann. VI, obs. CXLVII, cité par Louyer-Villermay. Essai sur les maladies de la mémoire, *Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 1817, t. I, et art. maladies de la mémoire du *Dictionnaire des sciences médicales*, 1819, p. 327-328. — Azam. De l'amnésie rétrograde d'origine traumatique, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1880; — *Ann. méd.-psych.*, 1881, t. II, p. 311; — Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes craniens, *Arch. gén. de méd.*, 1881, t. I; — Un fait d'amnésie rétrograde, *Revue scient.*, 28 mars 1891; — *Hypnotisme et double conscience*, édit. F. Alcan, 1893, p. 223.

Backus. A case of temporary complete amnesia associated with epilepsie, *Med. Revue*, New-York 1890, t. XXXVII, p. 405-407. — Bauchet. Des lésions traumatiques de l'encéphale, *Th. d'agrégation*, Paris 1860, p. 187. — Bell (J.). Sur une forme de perte de mémoire consécutive aux traumatismes crâniens, *Edimb. med. Journ.*, 1883, p. 681. — Benoit. De l'amnésie traumatique, etc., *Th. de Lyon*, 1899. — Benon (R.). *Traité clinique et médico-légal de troubles*

psychiques et névrosiques posttraumatiques, Paris 1913, édit. Steinheil, 456 pages; — Les amnésies asphyxiques par pendaison, strangulation, submersion, etc., au point de vue clinique et médico-légal, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, mai 1908, en collaboration avec Vladoff; — Les amnésies, étude clinique, *Gaz. des hôpit.*, 13 juin 1908, p. 795, n° 67. — BIERVLIET (J. J. VON). *La Mémoire*, 1902, édit. Doin. — BISHOP (Edwin). *Amer. Journ. of insan.*, 1897, p. 534; — *Revue neurol.*, 1897, p. 511. — BRODIE. Relating to injuries of the brain, *Med.-chir. Trans.*, 1828, t. XIV, p. 325. — BULLEN. A case of amnesia with postmortem apparences, *Brain*, 1888-1889, t. XI, p. 514-518.

CALMEIL. *De la Folie*, t. I, p. 363 (cité F. Plater). — CARPENTER. *Mental Physiology*, 1874. — CHARCOT (J.-M.). Les accidents de chemin de fer, *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 1293; — Amnésie et choc nerveux, *Leçons du mardi, polyclinique*, 1888-1889, p. 133 et 528; — *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1889 (même observation), analysé *Ann. méd.-psych.*, 1891, t. II, p. 309; — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1890, t. III, p. 250 et suiv., p. 456. — CHAVASSE. Sur les troubles de la mémoire d'origine traumatique, *Soc. de chir.*, 10 juillet 1912, *Revue neurol.*, 1912, t. II, p. 681. — CLAVEL. In AZAM. Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes crâniens, *Arch. gén. de méd.*, 1881, t. I, p. 137. — CLINE. Blessure de la tête, dépression, *Med. chir. Review*, 1824, t. I, p. 471. — COOPER (S.). *Traité élémentaire de pathologie chirurgicale*, trad. sur la 7e édit. par Delamarre, p. 443. — CORCKET. Cas d'amnésie rétrograde générale et totale, *Ann. méd.-psychol.*, 1908, p. 37, t. II.

DESCOUT. In LACOMBE. *Th. de Paris*, 1903, 2 obs. IV et X. — DESMAISON-DUPALLANS. In AZAM. Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes crâniens, *Arch. gén. de méd.*, 1881, t. I, p. 149-150. — DROMARD et LEVASSORT. *L'Amnésie*, Alcan, 1907. — DUBUISSON. De la folie traumatique, *Congrès des alién. de Rouen*, 1890, p. 259. — DURIEU (Ribérac). In AZAM. Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes craniens, *Arch. gén. de méd.*, 1881, t. I, p. 138-139.

FALRET (J.). Art. AMNÉSIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1866, p. 728. — FERRÉ. Essai sur l'amnésie traumatique isolée, *Th. de Paris*, 1881. — FOVILLE (A.). Amnésie traumatique et contestations de faits. Chronique des *Ann. méd.-psychol.*, 1881, t. I, p. 358. — FUCHS. Commotion cérébrale. Contribution à l'étude de la responsabilité, *Zeit. f. die Staat.*, 1838, t. XXXV, p. 47-53, observation attribuée à Henke par Falret, in art. AMNÉSIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 728.

GARNIER. Les amnésies : séméiologie et médecine légale, *Bull. méd.*, 7 janv. 1905. — GORDON (A.). Amnésie au point de vue médico-légal, *New-York med. Journ.*, 1909, p. 260; *Revue neurol.*, 1909, p. 421. — GRASSET et RAUZIER. *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 1894, 4e édit. (2 vol.) : « Amnésie rétro-antérograde dans l'hystéro-traumatisme », p. 784, t. II; « Amnésie hystérique », p. 792, t. II. — GRIMAUD DE CAUX. Art. MÉMOIRE du *Dictionnaire pittoresque d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature*, publié sous la direction de Guérin, 1837.

HAUSHALTER. Amnésie commotionnelle rétrograde subitement supprimée par une émotion, *Revue neurol.*, 1918, nos 3-4. — HECKER. Amnésie traumatique, *Med. Jahrb. f. Herz. Nassau*, 1848, p. 246. — HESS. Amnésie rétrograde après tentative de strangulation et traumatisme crânien, *Neurol. Centralbl.*, 1903, p. 1157. — HOFFMANN. *Nouveaux éléments de médecine légale*, Comment. par Brouardel, p. 782 (amnésie et simulation).

JANET (P.). Amnésie hystérique, *Arch. de neurol.*, 1892, t. XXIV, p. 29; — Amnésie continue, *Revue gén. des sciences*, 1893, p. 167; — *Revue neurol.*, 1893, p. 335. — JARCHY (Bucarest). Commotion cérébrale suivie d'amnésie partielle d'une durée de trois semaines, *Ann. méd.-psychol.*, 1887, t. VI, p. 310. — JOFFROY. Amnésie rétrograde et antérograde de conservation. Amnésie et apraxie de nature hystérique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, déc. 1899; — Sur un cas d'amnésie hystérique avec fugue, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1904, p. 887. — JOHANSSON (Sven) et FRŒDERSTROM (Harald). Un cas de blessure par arme à feu à la tête. Guérison avec reliquat d'hémianopsie et alexie, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1912, p. 105, an 25; — *Revue neurol.*, 1912, t. II, p. 716.

KALBERLAH. Sur la psychose aiguë de commotion et contribution à l'étiologie du syndrome de Korsakoff, *Arch. f. Psych.*, 1904, t. XXXVIII, f. 2 (40 pages, 1 obs., bibliog., Revue générale), *Revue neurol.*, 1904, p. 748. — KLINK. Etat crépusculaire avec amnésie après légère commotion cérébrale, *Neurol. Centralbl.*, mars 1900, p. 210. — KŒMPFEN. Observation sur un cas de perte de mémoire, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1835, t. IV, p. 489.

LACOMBE. Des principales formes d'amnésie et de l'amnésie traumatique au point de vue médico-légal, *Th. de Paris*, 1903; — *Revue neurol.*, 1904, p. 43. — LARREY. *Clinique chirurgicale*, 1829, t. I, p. 177. — LAYCOCK. *On certains desordres and defects of memory*, p. 12; Ribot, *Maladies de la mémoire*, 18e édition, p. 62. — LEGRAND DU SAULLE. Les maladies de la mémoire; troubles morbides multiples; conditions pathogéniques et étiologiques; valeur diagnostique et pronostique, *Gaz. des hôpit.*, 1884. — LOUYER-VILLERMAY. Essai sur les maladies de la mémoire, in *Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 1817, t. I, et Art. MALADIES DE LA MÉMOIRE du *Dictionnaire des sciences médicales*, 1819, p. 311-327.

MARIX. Quelques observations d'amnésie passagère avec conservation apparente de l'intégrité psychique consécutif à un traumatisme cérébral, *Revue méd. de l'Est*, 1905, p. 168. — MARQUIS. Ecrasement du lobe frontal dans une chute de bicyclette; issue de substance cérébrale par les narines et écoulement tardif de liquide céphalo-rachidien; guérison avec amnésie rétrograde traumatique, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1912, p. 1399, t. XXXVIII, séance du 27 novembre. — MAUDSLEY *Pathologie de l'esprit*, traduction Germont, Paris 1883, p. 9. — MAXWELL. L'amnésie au point de vue de la médecine judiciaire, *Th. de Bordeaux*, 1902. — MESNET. De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique. Considérations médico-légales (fracture du crâne), *Union méd.*, 1874, t. II, p. 107. — MEYER. Complexus symptomatique de Korsakoff à la suite de commotion cérébrale, *Ann. méd.-psychol.*, 1908, p. 308. — MIGNON. Fracture de la base du crâne, *Presse méd.*, 2 sept. 1903, p. 623. — MONTAIGNE. Auto-observation d'amnésie traumatique, *Essais*, L. II, ch. 6. — MOLIN DE TEYSSIEU. Brusque retour des souvenirs dans une amnésie rétroantérograde consécutive à un incident de guerre, *Soc. méd.-psychol.*, 30 juin 1919; *Ann. méd.-psychol.*, 1919, p. 422. — MOSSO. *De la Peur*, traduction Hément, Paris 1886, p. 53. — MOTET. Note sur l'amnésie temporaire, *Union méd.*, 1879, vol. XXVII, p. 950, n° 67. — Voir également : *Ann. méd.-psychol.*, 1886, t. III, 7e série, p. 127.

NÄCKE. *Neurol. Centralbl.*, 1897, p. 1122, cité par KLINK. *Revue neurol.*, 1900, p. 1150.

OLLIER. In AZAM. Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes crâniens, *Arch. gén. de méd.*, 1881, t. I, p. 147. — OPPENHEIM (R.). L'amnésie traumatique chez les blessés de guerre, *Progrès méd.*, 9 et 16 juin 1917.

PLATER (F.). Observations in hominis affectibus plerisque corpori in animo fonctionium laesione, Basiliae, 1645, cité par CALMEIL. *De la Folie*, t. I, p. 363. — PICQUÉ (L.). Sur l'amnésie traumatique, *Soc. de chir.*, 24 juillet 1912; — *Revue neurol.*, 1913, t. I, p. 329. — PRICHARD. Les rapports de la mémoire avec le cerveau, *Journ. d'anthr. de Nasse*, 1824.

RENDU. Une observation d'amnésie traumatique, *Revue des sciences méd.*, 1883, t. XXII, p. 642. — RIBOT. Les désordres généraux de la mémoire (un cas d'amnésie traumatique), *Revue philosoph.*, août 1880; — *Les Maladies de la mémoire*, Alcan, 1881. — RICHET (Ch.). *Revue scient.*, 1881, p. 801. — ROUILLARD. 1° Essai sur les amnésies, principalement au point de vue étiologique, *Th. de Paris*, 1885; — 2° Observation d'amnésie traumatique avec automatisme de la mémoire, *Ann. méd.-psych.*, 1886, 7e série, t. III, p. 39; — 3° Les amnésies, valeur séméiologique, étiologie, classification, *Encéphale*, 1888; — 4° Les amnésies, in *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 509. — ROUSSEAU (J.-J.). Auto-observation, *Rêveries d'un promeneur solitaire*, 1778, 2e promenade.

SAUVAGES (F.-B. DE). *Nosologie méthodique*, trad. par Gouvion, Lyon, chez J.-M. Bruyset, 1772, t. VII, p. 408; —

Amnésie traumatique, Sehenckins, observ. Horstius, liv. II, obs. VII; — *Hildon*, centur. 3, obs. I, t. L. — SCHNELL. Amnésie traumatique et paralysie traumatique de l'oculomoteur commun, *Echo méd.*, 1889, analyse in *Arch. de neurol.*, 1891, t. XXI, p. 265. — SICARD et RICHE. Traumatisme crânien. Hystérie traumatique. Amnésie rétrograde et antérograde, *Presse méd.*, 1898, n° 85. — SIEMERLING. Simulation et folie des prévenus, *Allg. Zeit. f. Psych.*, 1906, t. LXIII, L; — *Congrès ann. de la Soc. de psych. et neurol. de l'Allemagne du Nord*, 20 oct. 1905, analyse in *Journ. de méd. légale, psych. et d'anthr. crim.*, 1906, n° 5, p. 225 (ce dernier journal n'a paru qu'une année). — SOLLIER. *Les Troubles de la mémoire*, 1892, Rueff. — SOUQUES. Essai sur l'amnésie rétro-antérograde dans l'hystérie, les traumatismes cérébraux et l'alcoolisme chronique, *Revue de méd.*, 1892, p. 367, 867.

TAINE. *De l'Intelligence*, 1879, t. I. — TILLAUX. In BAUCHET. *Th. d'agrégation*, 1860, p. 63. — TOULMOUCHE. De quelques phénomènes encore inexplicables observés dans certaines lésions du cerveau, *Gaz. méd. de Paris*, 1843, t. XI, p. 54 (3 obs.). — TOULOUSE. Amnésie rétro-antérograde à type continu et progressif par choc moral, *Arch. de neurol.*, 1894, t. II, p. 167. — TUFFIER. Troubles de la mémoire après les traumatismes crâniens, *Bull. de la Soc. de chir.*, 3 juillet 1912.

VALLÉE. Influence d'un traumatisme sur certaines affections mentales, *Soc. méd.-psychol. de Québec*, 14 juillet 1898; — *Revue neurol.*, 1898, p. 830. — VIGOUROUX (A.) et HÉRISSON-LAPARRE. Amnésie traumatique élective, *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 1913, p. 114. — VOISIN (Aug.). Art. AMNÉSIE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1865, p. 52.

WINSLOW (F.). *On the obscure diseases of the brain and disorders of the wind*, 1861. — WACHSMUTH. Hans Schussver letzung des gehirns (selbst Mordvervuch?) mit retrograder. Amnesie und unricktiger Ergänzung der Erinnerungslücke (Beschuldigung eines Anderen), *Virtelsj. f. ger. Med.*, f. 3, Bd XXXIV, h. 2, p. 311.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1923)

Hémorragie cérébelleuse avec spasmes toniques et attitude de rigidité des membres inférieurs. — MM. Georges GUILLAIN, Th. ALAJOUANINE et R. MARQUÉZY rapportent l'observation d'une malade qui, à la suite d'un ictus, présenta une attitude de rigidité et de contracture en extension et adduction des membres semblable à celle observée dans certains cas de maladie de Little; les réflexes dits de défense, phénomènes des raccourcissements et réflexe d'extension croisée, étaient facilement provocables, on constatait de plus des spasmes toniques fréquents et intermittents. Réflexe photo-moteur conservé, réflexe cornéen aboli des deux côtés, réflexe naso-palpébral normal. A l'autopsie, aucune lésion des hémisphères cérébraux, des pédoncules, de la protubérance et du bulbe, mais présence d'un foyer hémorragique de l'hémisphère droit du cervelet n'atteignant pas le noyau denté ni le pédoncule cérébelleux moyen, mais intéressant les fibres semi-circulaires externes et se prolongeant jusqu'à la corticalité du lobe semi-lunaire postérieur.

Les auteurs insistent sur ce fait que la légère hémorragie méningée n'explique pas l'attitude de décérébration, les spasmes toniques; la symptomatologie dépend, dans ce cas, de la lésion cérébelleuse. On connaît, d'ailleurs, l'existence de contractures pseudo-tétaniques, de spasmes toniques (cerebellar fits) dans certaines lésions cérébelleuses; une telle symptomatologie peut être créée par des actions inhibitrices ou par des actions compressives et irritatives des centres ou des voies du tonus. Cette observation mérite d'être jointe à certaines autres relatées, en particulier, par S. A. Kinnier Wilson, observations présentant un réel intérêt pour la question encore obscure de la physiologie pathologique du tonus.

A propos du diagnostic du pouls alternant. — MM. A. CLERC et PERROCHAUD rapportent l'observation d'un homme de cinquante et un ans, ancien syphilitique et atteint de pouls alternant, permanent, avec insuffisance grave du cœur gauche. L'alternance régulière était facilement décelable à la palpation, mais elle s'associait de temps en temps à d'autres troubles du rythme, difficiles à préciser cliniquement, ni sur les tracés mécaniques et dont les électro-cardiogrammes, recueillis simultanément, donnèrent facilement la raison.

Le premier tracé révèle la succession régulière d'une vraie et d'une pseudo-alternance, due, pour cette dernière, à l'interposition d'une extrasystole ventriculaire gauche un peu tardive.

Sur un second tracé, l'on observe un pouls trigéminé dont la première pulsation forte est due à une contraction normale, la seconde contraction faible à une alternance vraie et la troisième, également faible à une extrasystole; ces deux dernières ondes offraient pourtant le même aspect sur les tracés du pouls.

Les auteurs insistent sur l'utilité de la méthode électrique, par laquelle les tracés mécaniques ont été rendus immédiatement et sans hésitation intelligible, grâce au profil atypique des complexes extrasystoliques. Pourtant, comme c'est presque la règle, il n'existait pas d'alternance électrique véritable. La méthode joue donc un rôle un peu paradoxal; mais de premier ordre, car, si elle ne révèle pas nécessairement l'alternance, elle permet d'éliminer sûrement tout ce qui peut la simuler sur les tracés mécaniques.

A propos d'un cas de phlébite ourlienne. — M. PILOD (du Val-de-Grâce) rapporte l'observation d'un malade atteint de parotidite ourlienne, suivie d'orchite double, de phlébite des veines du cordon droit, puis ultérieurement de phlébite du membre inférieur du même côté.

Ce fait semble montrer que cette complication, d'ailleurs, exceptionnelle au cours des oreillons, peut se manifester. tantôt comme une localisation vasculaire de la septicémie ourlienne, ainsi qu'on l'a admis jusqu'ici, tantôt comme une inflammation directe, à point de départ orchitique des veines déférentielles gagnant, par continuité, celles du membre inférieur.

Anémie grave et leucémie aiguë chez un tuberculeux. — M. A. PISSAVY, Mlle BERNARD et M. SALMON rapportent l'observation d'un homme de trente-huit ans, atteint d'une tuberculose à marche aiguë au cours de laquelle apparurent les symptômes cliniques et hématologiques d'une anémie grave. La formule constatée, lors des premiers examens était celle d'une anémie pernicieuse à forme plastique : de globulisation intense (2.050.000 hématies), leucocytose modérée (13.500 leucocytes), petite myélocytose (myélocytes granuleux 5 p. 100, myéloblastes 1,5 p. 100). Mais le type hématologique se modifia par la suite, se rapprochant de celui de la leucémie aiguë. La veille de la mort, cinq semaines après le début de l'observation, on comptait 31.000 leucocytes pour 1.000.000 d'hématies, et, parmi ces leucocytes 39 p. 100 étaient des myéloblastes. Pas d'hypertrophie splénique, pas de tuméfactions ganglionnaires.

A l'autopsie, réaction embryonnaire intense de la moelle osseuse claviculaire et sternale, avec prédominance de myéloblastes. Rate non hypertrophiée, non histologiquement altérée. Pertes de substances au niveau des poumons.

Cette observation est intéressante à un double point de vue : elle pose une fois de plus le problème du rôle de la tuberculose dans la détermination des états hématologiques morbides, elle nous fait assister à la transformation progressive d'une anémie pernicieuse en un syndrome très voisin de celui de la leucémie aiguë, suggérant par là l'idée que l'autonomie de ces états n'est pas entière, ni leur genèse absolument distincte.

Septicémie à staphylocoque doré. — MM. DE MASSARY et J. RACHET rapportent une observation de septicémie où l'absence de métastase clinique, et l'impossibilité de reconnaître la porte d'entrée du germe infectieux rendirent le diagnostic impossible.

Le tableau clinique était celui d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique. Seule, l'hémoculture permit d'identifier le staphylocoque doré.

Les examens anatomie pathologique des pièces d'autopsie ont montré des infarctus multiples de l'intestin et du rein. Le staphylocoque a pu être décelé dans les foyers rénaux.

L'auto-hémothérapie dans la furonculose et les pyodermites. — MM. P. Merklen et Hirschberg ont essayé l'auto-hémothérapie dans différents cas. Dans 8 cas de furonculose, ils ont enregistré 5 guérisons et 3 échecs. Deux cas de folliculite suppurée diffuse ont cédé très vite. Une amygdalite œdémateuse a tourné court.

Ostéite et médiastinite syphilitiques. Importance médico-légale de la syphilis. — M. L. Deschaux, à propos d'un cas d'ostéite chez un tabétique avec fracture spontanée et d'un deuxième cas de médiastinite syphilitique, montre l'importance de la syphilis latente au point de vue médico-légale.

Méningite cérébro-spinale à forme pseudo-palustre guérie par le choc sérique. — MM. Brodin, Marquézy et Wolf.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 20 juin 1923)

Ecrasement en chirurgie intestinale. — M. Gosset rappelle l'importance du rôle joué par M. Souligoux qui a imaginé le premier modèle de pince écrasante pour la chirurgie gastro-intestinale. C'est en 1894 qu'il commença ses recherches d'abord sur le chien, puis sur des malades, il n'est pas inutile de rappeler le très grand rôle qu'il a joué et qui, selon M. Gosset, n'est peut-être pas aussi reconnu qu'il le mérite.

Sur la vaccination préventive des complications pulmonaires dans les opérations sur l'estomac. — M. Lambret (de Lille) revient sur la vaccination préventive de complications pulmonaires dans les opérations sur l'estomac, qu'il avait déjà préconisée en juin 1921, il apporte 80 nouveaux cas d'opérations sur l'estomac (55 pylorectomies et 25 gastro-entérostomies), 61 malades (44 pylorectomies) ayant été vaccinés ont tous guéri. Sur 19 cas non vaccinés, 2 sont morts de complications pulmonaires. L'auteur, sans conclure, apporte des faits; il est bien décidé à continuer les vaccinations, certain, d'ailleurs, de l'innocuité de sa méthode.

Les malades sont soumis d'abord à l'épreuve de l'intra-dermoréaction avec une goutte d'une solution renfermant 500 millions de germes au centimètre cube. Ils sont vaccinés si cette réaction est positive par injections successives pratiquées tous les deux jours de vaccins à dose croissante : 50 millions, 500 millions, 1 milliard et 2 fois 3 ou 4 milliards de microbes tués. Cette vaccination préventive demande dix jours et n'est pas douloureuse.

Essais de greffes séreuses après ablation des membranes dans la péricolite membraneuse. — M. Mauclaire a observé un assez grand nombre de péricolites membraneuses, à tous les degrés, depuis le simple voile membraneux jusqu'aux multiples bandes fibreuses résistantes. Malgré la résection, les membranes se reproduisent et les douleurs persistent.

Depuis quelque temps, M. Mauclaire a tenté la greffe séreuse, complément de l'ablation des membranes et de la colopexie; il utilise des fragments de séreuse animale (péritoine, pariétal de mouton) préparés par M. Lemeland. C'est une greffe morte hétéroplastique; ses résultats sont encourageants, il n'est pas douteux que ces greffes peuvent rendre de grands services.

(séance du 27 juin 1923)

Tumeur paranéphrétique. — M. Lecène fait quatre rapports.

Le premier concerne une observation de M. Richard dans laquelle, il s'agit d'une tumeur ayant amené des phénomènes d'obstruction intestinale qui ont nécessité une opération d'urgence.

La tumeur était du volume d'une tête d'adulte. Il s'agissait d'une femme de cinquante-deux ans. L'opération étant urgente, il ne put être fait aucun examen préalable, ni radiographie, ni cathétérisme des uretères, ni examen du sang. La tumeur refoulait et comprimait le côlon. M. Richard put arriver à énucléer cette tumeur, après ligature des gros vaisseaux. Le rein se trouvait au centre de cette tumeur. Il s'agissait donc d'une néphrectomie.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrome lipome avec éléments épithéliomateux. Les suites de l'opération furent bonnes, mais le pronostic doit être très réservé.

M. Souligoux rapporte deux cas analogues. Il s'agit, dans ces cas, de tumeurs malignes.

Dans un de ces cas, il dut réopérer sa malade deux ans après et elle a fini par succomber à la généralisation.

M. Gosset apportera, dans une prochaine séance, une observation analogue.

Tuberculose chirurgicale de la rate. — Dans un second rapport, M. Lecène analyse une observation de M. François (de Versailles), dans laquelle il s'agit d'une splénectomie pour tuberculose de la rate. Jeune fille de quinze ans, pâle, anémique chez laquelle on diagnostiqua une splénomégalie. Un traitement contre le paludisme resta sans effet. Au reste, l'examen du sang avait été négatif au point de vue du paludisme. M. Richard fit une incision transversale qui fut insuffisante et il dut y ajouter une incision oblique. Les suites de l'opération furent simples et la jeune fille est restée guérie depuis dix-huit mois.

Dans l'intérieur de la rate, on trouva un liquide grisâtre, une sorte d'abcès froid, qui contenait des bacilles de Koch. Il s'agissait donc d'un de ces cas de tuberculose chirurgicale de la rate sur lesquels MM. Quénu et Baudet ont appelé l'attention et pour lesquelles ils ont proposé la splénectomie.

Ces faits sont assez rares ; on a pu en réunir à peine 25 à 30 cas. Il est démontré aujourd'hui que, dans ces cas, la splénectomie est une bonne opération. A l'incision transversale, M. Lecène préfère une incision très oblique qui donne beaucoup plus de jour.

Ces faits sont encore assez peu connus et pourraient devenir l'objet d'une discussion.

M. Baudet appuie l'opinion de M. Lecène. Il reconnaît avec lui que ces tumeurs sont souvent adhérentes, saignantes et parfois difficiles à énucléer. L'incision transversale est insuffisante, M. Baudet estime qu'il vaut mieux pratiquer un volet et aller jusqu'à la résection costale.

Syndrome de Volkman. — M. Lecène fait un troisième rapport sur une observation de M. Desplas : Homme de cinquante-sept ans qui reçoit sur la partie supérieure de l'avant-bras, un lourd corps tranchant ; il saigna abondamment et est transperté à l'hôpital où, au lieu de lier l'artère coupée, on applique un pansement extrêmement compressif. Après neuf heures, le malade souffre horriblement et ne peut supporter davantage la compression. Ses doigts sont fléchis et il ne peut les redresser. Au niveau de la blessure artérielle s'est formé un anévrisme diffus que M. Desplas opère. Le malade revient trente jours après, présentant tous les signes du syndrome de Volkman, rétraction des fléchisseurs, etc. Il est bien guéri de son anévrisme, mais la rétraction persiste et est devenue définitive.

Cette affection, d'après les statistiques, est très rare chez l'adulte et très fréquente chez l'enfant. On trouve, en effet, dans les observations, 23 enfants pour 4 adultes.

M. Desplas admet, chez son malade, que c'est la compression exagérée qui a été l'unique cause de la rétraction musculaire. M. Lecène, sans nier l'influence de cette compression, serait tenté d'admettre que le traumatisme a pu aussi avoir sa part dans l'étiologie du syndrome de Volkman. Enfin, on pourrait aussi faire intervenir le sympathique, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que, dans ce cas, le premier médecin qui a vu le sujet a commis une grande faute en exerçant une compression exagérée pour arrêter l'hémorragie artérielle. Il devait faire une incision, aller au vaisseau qui saignait et le lier ou le pincer. Il est cruel de penser que cette compression intempestive a causé une mutilation définitive.

M. Veau s'associe à la protestation de M. Lecène. Il est trop fréquent de voir, dans les hôpitaux d'enfants, de pauvres petits ayant eu une fracture des os de l'avant-bras

et qui ont subi ainsi une compression telle, qu'il en est résulté une rétraction définitive.

Toutefois, M. Veau estime qu'on peut faire quelque chose contre la maladie de Volkman. M. Veau rapporte un fait dramatique : Il s'agit d'un enfant atteint de la maladie de Volkman et qui était hémophyle. M. Veau institue d'abord un traitement contre l'hémophylie, entre autres l'emploi du sérum gélatineux. Puis il procéda à la résection diaphysaire, à la suture métallique, quatre jours après, l'enfant saigne, puis il est pris de trismus et meurt du tétanos. Fallait-il accuser le sérum gélatiné? Examiné à l'Institut Pasteur, il a été déclaré absolument indemne.

M. Ombrédanne, chez un enfant qui avait eu une fracture de la partie supérieure des deux os de l'avant-bras, chez lequel avaient été appliquées deux planchettes et qui a eu consécutivement de la rétraction avec troubles trophiques d'origine sympathique, a pratiqué, au niveau du coude, une sympathitectomie avec résection de 2 centimètres du radius et de 2 centimètres du cubitus, à la suite de laquelle les troubles trophiques et la rétraction disparurent.

M. Mouchet admet que dans le cas rapporté par M. Lecène le traumatisme a pu jouer un rôle dans la production de la rétraction. A l'appui de cette opinion, il cite l'exemple d'un jeune homme dont l'avant-bras a été pris entre deux wagons. Il n'y a pas eu, ici, de compression par appareil et il n'en est pas moins résulté une maladie de Volkman.

M. Mouchet rappelle que M. Denucé (de Bordeaux) a beaucoup insisté sur l'origine sympathique de cette maladie.

Au point de vue du traitement, M. Mouchet pense, avec M. Veau, qu'on n'est pas tout à fait dépourvu de moyens de traitement contre cette maladie.

M. Broca admet, comme traitement, les résections osseuses, mais sans sutures. Il pense, comme M. Mouchet, qu'à l'aide de certains moyens, comme la traction élastique, on peut obtenir une certaine amélioration.

Sans nier la valeur de la chirurgie sanglante, M. Broca déclare qu'il n'y aurait jamais eu recours chez un homophyle.

M. Tuffier a obtenu, par les résections osseuses, des améliorations très notables.

M. Auvray cite un cas de vaste brûlure de la partie antérieure de l'avant-bras qui entraîna une grande perte de substance. L'interne de service chercha à fermer la plaie en tirant fortement sur les deux bords. Il en résulta un commencement de syndrome de Volkman qui fut conjuré par la suppression immédiate des fils de suture.

M. Hallopeau a vu de bons résultats avec la simple extension. Selon lui, l'origine sympathique est une simple hypothèse que rien ne démontre. On sait que dans ces faits de compression forcée, il y a mort immédiate du muscle.

M. Gernez insiste sur les difficultés qu'on éprouve, dans ces cas, à faire une bonne extension continue. Il rappelle les bons effets que donnent les bains chauds pris pendant des heures.

M. Lecène répond à ses collègues qu'il a cru devoir, dans ce cas, incriminer la compression, inopportune. Mais il n'a pas nié l'influence possible du traumatisme.

Tumeur maligne du côlon transverse. — Quatrième rapport de M. Lecène ayant trait à une observation adressée par M. Hertz : Il s'agissait d'une femme de cinquante et un ans qui portait une grosse tumeur abdominale qu'on prit d'abord pour un kyste du mésentère. Laparotomie : Il s'agissait d'une tumeur volumineuse refoulant le côlon transverse en avant. Il fallut, pour énucléer cette tumeur, couper et lier de gros vaisseaux. La tumeur enlevée, on se trouva en présence d'un côlon sphacélé ; anus artificiel, résection de la partie sphacélée du côlon. Guérison. L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sympathome, tumeur très maligne qui se développe aux dépens du sympathique embryonnaire.

Corps étrangers du duodénum. — M. Ombrédanne rapporta deux cas d'épingles de nourrices ouvertes siégeant dans le duodénum et qu'il a extraites par laparotomie médiane transversale et brèche duodénale. Les deux enfants ont guéri. M. Ombrédanne croit, que, dans ces cas, il faut suivre les progressions du corps étranger à l'aide de la radioscopie et qu'il vaut mieux aller à leur recherche que de laisser ces aiguilles ouvertes perforer elles-mêmes la muqueuse intestinale, comme cela avait eu lieu dans le premier des cas qu'il vient de citer et dans lequel il a trouvé l'aiguille dans le péritoine.

M. Veau déclare qu'après avoir conseillé l'abstention, dans ces cas, il suivra, à l'avenir, l'exemple de M. Ombrédanne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1923)

Action comparée sur le cœur du chien des principaux alcalins du quinquina. — MM. G. Pezzi, A. Clerc et Georges Perrochaud ont étudié en injections intraveineuses chez le chien l'action comparée de la quinine, de la quinidine, de la cinchonine et de la cinchonidine. A faibles doses ces drogues accélèrent le cœur par excitation des accélérations à laquelle vient s'ajouter, si la dose est plus forte, la paralysie centrale du vague. A dose toxique toutes les fonctions du myocarde sont inhibées ; de même tous les agents en question empêchent la fibrillation auriculaire ou la suppriment quand elle est expérimentalement réalisée.

Cependant la quinine provoque l'arrêt simple du cœur et son immobilisation en diastole tandis que ses dérivés sont capables de provoquer la mort par fibrillation ventriculaire.

Glycémie et glycorachie. — M. W. Mestrezat attire l'attention sur la valeur propre de la glycorachie ($0^{g}55$ à $0^{g}65$ par litre) qui semble représenter à l'état normal la partie librement dialysable du sucre sanguin, sorte de tension du glycose vis-à-vis des tissus.

La comparaison de la glycorachie à l'indice de réduction obtenu sur le sang est encore précaire vu la complexité des substances dosées et le manque de spécificité des techniques actuelles.

Application des procédés néphélémétriques au dosage des faibles quantités d'albumine. — MM. A. Gilbert, H. Bénard et A. Laborde étudient les propriétés optiques des précipités d'albumine par l'acide trichloracétique. Ils montrent qu'au titre de 30 p. 100 l'acide trichloracétique, utilisé à raison de $9^{cmc}5$ pour $0^{cmc}5$ de la solution albumineuse, produit des précipités dont l'indice de diffusion est pratiquement indépendant du rapport $\frac{\text{globuline}}{\text{sérine}}$.

Ces données sont applicables au dosage de l'albumine totale dans le liquide céphalo-rachidien.

Concentration des solutions dans l'intestin. Seuils d'absorption. — MM. Achard et Leblanc. Lorsqu'on introduit dans une anse intestinale des solutions hypotoniques, on constate que certaines se concentrent. L'urée, l'alcool, qui n'ont pas de seuil d'élimination rénale, ne se concentrent pas ; mais le chlorure de sodium, le sulfate de soude, le glycose, le glycocolle, l'alamine, se concentrent, de sorte que ces derniers corps, à la différence des premiers, paraissent avoir un seuil d'absorption.

En réalité, l'absorption paraît commencer quand la substance est encore peu concentrée ; mais elle est lente et difficile ; elle devient plus active quand la concentration monte, et, au delà d'un certain taux, elle se fait d'une façon en quelque sorte obligatoire sans que la concentration s'accroisse. Il y a donc peut-être deux seuils : l'un, le plus bas, pour le début de l'absorption ; l'autre, le plus élevé, pour l'absorption obligatoire.

Le seuil d'absorption intestinale varie suivant les substances et suivant d'autres conditions encore. On ne saurait s'en étonner si l'on considère la complexité de la membrane absorbante qui est pourvue d'un appareil glandulaire.

Provisoirement et d'une façon approximative, pour donner une idée des différences observées suivant les substances, MM. Achard et Leblanc évaluent le seuil de l'absorption obligatoire à 7,6 p. 1.000 pour le chlorure de sodium, 16 pour le sulfate de soude, 45 pour le glycose, 14 pour le glycocolle, 33 pour l'alaline.

M. Bouveyron a expérimenté d'abord comparativement les

tuberculines brute, purifiée, Calmette et pulpo-vaccin de Maragliano, et noté que, plus une tuberculine est purifiée, c'est-à-dire que plus son action se limite à celle de l'allergine ou substance qui produit les réactions tuberculiniques, plus défavorables sont les résultats de son emploi. M. Bouveyron a ensuite privé d'allergine les tuberculines brute et de Maragliano et traité les lupus sans aucune réaction focale. L'avantage capital de cette privation d'allergine est de pouvoir employer à hautes doses et plusieurs fois par semaine une tuberculine ou un antigène qu'on ne pourrait employer autrement qu'à doses très faibles et éloignées. Et si la tuberculinothérapie a échoué jusqu'à présent c'est qu'on a employé en bloc des substances nocives et utiles qu'il importe de séparer.

Rôle effacé de la contagion familiale dans l'étiologie de la tuberculose du cobaye. — M. REMLINGER. Même si on réalise des conditions optima pour qu'elle se produise : naissance de parents tuberculeux, allaitement par une mère tuberculeuse, vie intime avec les ascendants dans la promiscuité d'une cage étroite, longue durée du cobaye, etc., la contagion familiale est très rare chez le cobaye. Les animaux jeunes ne paraissent pas prendre spontanément la maladie plus fréquemment que les adultes, c'est-à-dire très rarement. La gestation et l'allaitement ne paraissent avoir chez les femelles aucune action accélératrice.

— Société de biologie de Marseille (séance du 26 juin) :

Migration anormale d'encre de Chine accidentellement introduite sous la conjonctive. — M. Jean SÉDAN. Un jeune lycéen se pique la conjonctive en 1920 avec une plume chargée d'encre de Chine. Guérison rapide avec large tache sous-conjonctivale noire de jais, à 3 millimètres environ en dehors de la cornée. En 1923, cette tache s'est transformée (teinte brune et position plus profonde), morcelée en six petits nodules et déplacée en dedans où elle borde exactement la cornée.

M. Sédan signale la rareté des déplacements aussi nets en dedans et les oppose aux déplacements plus habituels en dehors (tatouages cornéens thérapeutiques).

Cirrhoses veineuses non pigmentaires et ictère hémolytique. Cirrhoses biliaires et hémolyse. — M. L. PAYAN. Observations de malades ayant présenté au cours de ces cirrhoses un ictère hémolytique. Etude des relations qui unissent la fragilité globulaire et les lésions cirrhotiques avec ictère hémolytique. Fréquents sont dans les cirrhoses veineuses les facteurs étiologiques complexes (alcoolisme, variole, fièvre typhoïde, paludisme, syphilis, tuberculose) qui ont pu léser directement et fragiliser le foie et les tissus hémopoiétiques. Même étiologie multiple dans la cirrhose biliaire avec fragilité globulaire ; et dans ce cas il est possible, comme le pense Chauffard, que l'ictère hémolytique, en surmenant le foie et la rate chargés de détruire les hématies fragilisées et d'élaborer les pigments d'origine hémoglobinique, favorise ou hâte l'évolution d'un processus cirrhotique.

Teneur en potassium des divers organes chez le chien normal et dans l'intoxication par le chlorure de potassium. — MM. D. OLMER, J. PAYAN et J. BERTHIER. Il résulte de recherches antérieures que les variations quantitatives du sérum sanguin ne sont jamais très importantes à l'état de santé et dans l'insuffisance rénale, au moins dans les néphrites s'accompagnant d'œdèmes, et cela même après l'ingestion de chlorure de potassium.

Les auteurs ont dosé la teneur en potassium du foie, des reins, de la rate, du cerveau, des poumons, du myocarde, du muscle, du corps thyroïde, des surrénales chez le chien normal et chez le chien intoxiqué par une solution de chlorure de potassium. Les résultats des dosages ainsi effectués montrent une certaine irrégularité dans la teneur en potassium des divers tissus et organes. Les chiffres les plus élevés ont été observés dans la rate, le myocarde, les muscles, le foie ; les chiffres les plus bas dans le poumon, le corps thyroïde, les capsules surrénales. Mais si l'on compare la teneur en potassium des organes chez l'animal intoxiqué et chez l'animal normal, le taux se maintient assez fixe : les différences n'excèdent pas quelques centigrammes.

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1923)

Recherches sur l'acide urique du liquide céphalo-rachidien. — MM. R. CESTAN, M. DROUET et H. COLOMBIES. Chez l'homme cliniquement sain, les limites de l'uricorachie sont plus étendues que celles jusqu'ici admises ; le taux moyen de l'uricorachie, chez des sujets normaux, est de 0,014, chiffre très notablement supérieur au chiffre moyen de Myers et de Chauffard ; il n'existe pas de parallélisme entre les chiffres absolues de l'uricorachie et de l'uricémie considérés seuls ; enfin, le rapport $\frac{\text{acide urique L. C. R.}}{\text{acide urique sang}}$ est très variable, puisque les chiffres qui l'expriment oscillent de 1/13 à 2/3.

De la résistance des leucocytes du sang vis-à-vis des rayons X. — MM. J. JOLLY et Ant. LACASSAGNE ont irradié, in vitro, à des doses relativement considérables, du sang d'homme et de divers animaux, recueilli en tubes stériles.

Ce sang conservé à la glacière, et examiné au microscope au moyen d'une platine chauffante, contenait des leucocytes vivants et mobiles jusqu'au dixième jour après l'irradiation dans le cas du sang de mammifères, jusqu'à un mois dans le sang de grenouilles. Ils concluent de leurs expériences que la leucopénie qui suit les irradiations ne relève ni d'une destruction des leucocytes par action directe des radiations, ni d'une destruction secondaire par un produit cytotoxique mis en liberté par l'irradiation.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 8 JUIN 1923)

Hyperazotémie et obstruction intestinale d'origine néoplasique. — MM. VEDEL et PUECH.

Urétrite blennorragique chez un garçon de cinq ans. — MM. AIMES et GUIBAL.

Chondromes des doigts et troubles de croissance. — MM. FORGUE et ROUX. Il s'agit de chondromes multiples des doigts ayant déterminé une malformation et une impotence fonctionnelle des deux mains, accompagnés de troubles de développement des os de l'avant-bras. Les auteurs rapprochent les chondromes des doigts des exostoses ostéogéniques qui, comme eux, sont fréquemment accompagnés de troubles croissance des os intéressés ou voisins et considèrent les uns et les autres comme des malformations de croissance.

Cholécystite calculeuse et goutte. — MM. ESTOR et SICARD ont observé, huit jours après une cystectomie pour lithiase vésiculaire, chez une femme de cinquante-huit ans, un accès typique de goutte, le premier présenté par la malade.

Luxation de l épaule et paralysie du plexus brachial. — MM. ESTOR et SICARD. Cette observation est intéressante, parce qu'il s'agit d'une luxation de l'épaule de cause directe, et que la paralysie du plexus brachial (antérieure à la réduction) fut totale et s'accompagna d'une atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne.

Un cas d'anaphylaxie au sérum. — MM. ESTOR et SICARD.

Deux cas de parasitisme de l'intestin humain par un trichostrongylidé. — MM. JUILLET, GALAVIELLE et BOUSQUET ont observé, chez deux malades, la présence d'œufs appartenant à un nématode du groupe des trichostrongylidés. Ces œufs étaient ellipsoïdaux et volumineux, longs de 80 à 90 μ. et larges de 42 à 48 μ. Ils étaient incolores, à coque unie, translucide, mince, enveloppant parfois un embryon développé. Leurs dimensions les rapprochaient des œufs du trichostrongylus, mais en l'absence des vers adultes dans les selles, la détermination exacte du parasite était impossible.

A propos des pseudo-coxalgies : Un cas d'arthrite déformante juvénile. — MM. MASSABUAU, A. GUIBAL et MARICAN.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La claudication intermittente gastrique, par le docteur MIGNAC. Une brochure, 48 pages. — Paris, Legrand.

Des lois de l'hérédité en pathologie oculaire, par le docteur M. PRÉVOT. — Lyon, Imprimerie Sézanne.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Gougerot, Desplas, Stévenin, Bouttier, Toupet, Monod, qui acceptent; Tixier, Küss, Metzger, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— La première épreuve écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée le lundi 30 juillet 1923, à 9 h. 30, à la Faculté de médecine, 12, rue de l'École-de-Médecine).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès 9 heures.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Fr. Guermonprez (de Lille) vient d'être nommé commandeur de l'ordre polonia restituta.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — Des médailles d'honneur des épidémies ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'or. — MM. le docteur Méo (de Niafunké), le professeur Boinet (de Marseille).

Médaille de vermeil. — M. le docteur Maes (de Niafunké).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Rascol (de Pauillac), le médecin principal de 2e classe des troupes coloniales Kerrest; le médecin-major de 2e classe Gambier; Fortin, médecin en Afrique occidentale française; le médecin de 1re classe de l'Assistance médicale Pflieger; Dumont (de l'Indochine).

MM. Cathala et Binet, internes à l'hôpital Saint-Louis.

M. de la Brunière, externe à l'hôpital Necker.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Goubert (de Salindres), Albier, médecin sanitaire; Duvochel (de Pomerols), Duval (de Dunkerque), Ronarison-Renard, médecin de poste de Meroni; le médecin principal de 2e classe de l'Assistance médicale indigène Leray; le médecin auxiliaire de 4e classe de l'Assistance Le van Ky; le médecin-major de 2e classe Alexandre.

MM. Comte, Reboul et Paupert-Ravault, internes des hôpitaux de Lyon; Peltier et Maduro, internes à l'hôpital Saint-Louis; Duminil, externe à l'hôpital Saint-Louis; Duprez et Poisson, externes à l'hôpital du bastion 29, à Paris; Hagueneau et Gérard-Marchand, internes à l'hôpital des Enfants-Malades; Lefèvre et Minet, externes à l'hôpital des Enfants-Malades; Alibert, interne à l'hôpital Beaujon; Gerson, externe à l'hôpital Cochin; Renault, interne à l'hôpital Hérold; Mlles Benoist, externe à l'hôpital Bretonneau; Gelé de Francony, externe à l'hôpital Hérold.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR JOSUÉ. — Les maîtres, les amis et les élèves du docteur Josué, désirant perpétuer le souvenir de ses recherches et de son enseignement et donner à sa mémoire un suprême témoignage d'estime et d'affection, ont décidé de faire apposer, dans son ancien service de la Pitié une plaque avec un médaillon de M. A. Janiot, premier grand prix de Rome.

Adresser les cotisations à MM. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, à Paris, VIe (chèque postal Paris n° 202).

Une plaquette reproduisant le médaillon sera remise aux souscripteurs d'une somme minima de 100 francs.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — Le Conseil de l'Union des syndicats médicaux de France prie les médecins qui seraient sollicités d'occuper un poste de *médecin chef ou de médecin assistant au sanatorium de Kerpape-en-Ploëmeur* (*Morbihan*) de s'adresser, avant tous pourparlers, au secrétariat de l'Union des syndicats médicaux de France,

25, rue Louis-le-Grand, Paris (IIe) ou au secrétariat du Syndicat médical de Lorient, 53, rue Carnot, à Lorient.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Charles Girard (de Montpellier) et Vital Noquet (de Lille).

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (hôpital des Enfants-Malades). — COURS DE CLINIQUE ET DE MÉDECINE DES ENFANTS, sous la direction de M. le professeur NOBÉCOURT et de M. LEREBOULLET, agrégé. — *Cours de vacances* (20 août-8 sept. 1923). — PROGRAMME. — Lundi 20 août, 10 h. 1/2 : M. Tixier. Anémies infantiles et leur traitement. — 16 h. : M. Merklen. Types cliniques des néphrites infantiles.

Mardi 21 août, 10 h. 1/2 : M. Tixier. Purpuras, hémophilie. — 16 h. : M. Stévenin. Coqueluche et complications.

Mercredi 22 août, 10 h. 1/2 : M. Tixier. Méningite tuberculeuse. — 16 h. : M. Merklen. Albuminuries fonctionnelles.

Jeudi 23 août, 10 h. 1/2 : M. Mathieu. Encéphalite aiguë épidémique. — 16 h. : M. Stévenin. Diagnostic et traitement des stomatites.

Vendredi 24 août, 10 h. 1/2 : M. Mathieu. Rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques. — 16 h. : M. Merklen. Tuberculose rénale.

Samedi 25 août, 10 h. 1/2 : M. Tixier. Hérédosyphilis tardive. — 16 h. : M. Merklen. Epilepsie de l'enfant.

Lundi 27 août, 10 h. 1/2 : M. Mathieu. Les chorées de l'enfant. — 16 h. : M. Stévenin. Hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx et insuffisance nasale.

Mardi 28 août, 10 h. 1/2 : M. Lereboullet. L'angine diphtérique et son traitement. — 16 h. : M. Darré. Diagnostic, prophylaxie et traitement des fièvres éruptives.

Mercredi 29 août, 10 h. 1/2 : M. Lereboullet. Les laryngites aiguës et le croup. — 16 h. : M. Paraf. Péritonites tuberculeuses.

Jeudi 30 août, 10 h. 1/2 : M. Lereboullet. Les syndromes endocriniens chez l'enfant. — 16 h. : M. Milhit. Dyspepsie gastro-intestinale et syndromes coliques.

Vendredi 31 août, 10 h. 1/2 : M. Lereboullet. Le foie chez l'enfant. — 16 h. : M. Milhit. Diagnostic et traitement des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

Samedi 1er septembre, 10 h. 1/2 : M. Lereboullet. La tuberculose du médiastin. — 16 h. : M. Darré. Les formes malignes de la rougeole et de la scarlatine.

Lundi 3 septembre, 10 h. 1/2 : M. Paraf. Tuberculose aiguë de l'enfant. — 16 h. : M. Milhit. Diagnostic et traitement de l'appendicite et péritonites aiguës.

Mardi 4 septembre, 10 h. 1/2 : M. Bidot. Coprologie clinique. — 16 h. : M. Nadal. Pneumonie lobaire aiguë de l'enfant.

Mercredi 5 septembre, 10 h. 1/2 : M. Paraf. Méningite cérébro-spinale. — 16 h. : M. Darré. Complications respiratoires de la rougeole.

Jeudi 6 septembre, 10 h. : M. Nadal : Dilatation bronchique. — 11 h. : M. Duhem. Exploration radiologique des poumons. — 16 h. : M. Babonneix. Encéphalopathies chroniques de l'enfant.

Vendredi 7 septembre, 10 h. 1/2 : M. Duhem. Exploration radiologique du cœur. — 16 h. : M. Babonneix. Poliomyélite aiguë.

Samedi 8 septembre, 10 h. : M. Nadal. Diagnostic et traitement des pleurésies. — 11 h. : M. Duhem. Electrodiagnostic et électrothérapie. — 16 h. : M. Babonneix. Réactions méningées.

Le droit est de 150 francs. Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine, guichet n° 3, jeudi et samedi de 12 h. à 15 h.

Un certificat sera délivré à la fin des cours.

Enseignement clinique libre tous les matins à 9 h. 1/4 par le professeur Nobécourt.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE LA FACULTÉ. — Sous la direction de M. le professeur Sebileau un cours de perfectionnement théorique et pratique en quinze leçons aura lieu à l'hôpital Lariboisière, à partir du 17 août 1923, tous les jours, à 10 h. 1/2.

S'inscrire à la Faculté de médecine.

Droit d'inscription : 150 francs.

Ce cours sera suivi d'un cours de technique opératoire spéciale à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

NOTE DE PRATIQUE

ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE

1° Régime lacto-végétarien.

2° Révulsifs locaux (séton à la nuque) et intestinaux, par exemple :

Scammonée	0g40
Jalap / Gomme-gutte	0g15 (de chaque)

En 2 paquets. A prendre à 20 minutes d'intervalle. Renouveler tous les 10 ou 15 jours.

3° Pendant 15 jours par mois, prendre avant les repas une cuillerée à soupe d'une solution iodurée (3 g. K I pour 300 g. d'eau distillée).

4° Pendant les 15 jours restants, prendre, matin et soir, 1 cachet de 0g50 de Théosalvose phosphatée ou lithinée comme diurétique et éliminatrice des chlorures.

LIVRES NOUVEAUX

Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes (1), par les docteurs Henri DUFOUR et Joseph THIERS.

On trouvera dans ce livre, d'une documentation ample et sûre, le tableau complet des connaissances que nous possédons à l'heure actuelle sur les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

Les questions qui intéressent surtout les praticiens : contagion, aspects cliniques, vaccination préventive et thérapeutique y sont minutieusement et complètement exposées.

L. G.

La Société du temps passé aux bains de Bourbon-l'Archambault (2), par Henri BAGUET.

C'est le premier volume d'une collection qui doit comprendre environ dix monographies sur ce sujet.

Bourbon-l'Archambault était aux XVIIe et XVIIIe siècles la première station thermale de France et le rendez-vous des beaux esprits de l'Europe entière. L'auteur décrit la vie à Bourbon à cette époque, d'après de nombreux ouvrages du temps, des revues, des documents puisés aux archives du département de l'Allier et des archives de bibliothèques particulières, des lettres, etc. Il rapporte aussi nombre d'anecdotes amusantes comme de cures suivies par des personnages en renom.

L. G.

La Gymnastique respiratoire et la gymnastique orthopédique chez soi (3), par L. LAMY.

Ainsi que l'auteur le déclare, ce petit livre est surtout destiné aux parents des malades souvent fort embarrassés quand un médecin leur prescrit de la gymnastique. Il simplifiera la besogne du médecin qui n'aura qu'à guider le choix des exercices à faire faire à l'enfant et surveiller les résultats.

Naturellement, en dehors de la gymnastique respiratoire dont l'importance est bien mise en relief, ce travail ne peut comprendre que les mouvements élémentaires de la gymnastique orthopédique.

M. LANCE.

(1) In-16 de 450 pages. — Prix : cartonné toile, 14 francs. — Paris, G. Doin.
(2) Une brochure. — Prix : 2 francs. — Paris, Maloine.
(3) In-12 de 128 pages, 68 figures. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

DE QUELQUES MODIFICATIONS SANGUINES

AU COURS DE L'AUTOHÉMATOTHÉRAPIE DANS LE CANCER

PAR

Le Dr BLOUQUIER DE CLARET et A. BRUGAIROLLES

Chef de clinique — Moniteur de clinique

à la Faculté de médecine de Montpellier

Le traitement par l'autohématothérapie de cancers inopérables a été pratiqué il y a déjà quelques années, de suite après la fin de la guerre, par M. le professeur Billard de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. Ce maître éminent a rapporté entre autres trois observations de cancéreux inopérables, dont deux surtout, un cancer du scrotum et un cancer de la langue, ont été très grandement améliorés par ce traitement.

Nous basant sur l'expérience et les résultats acquis par le professeur Billard, nous essayâmes à notre tour de l'autohématothérapie chez sept cancéreux abandonnés des chirurgiens et passés, de ce fait, des services hospitaliers chirurgicaux dans le service des vieillards et incurables, dirigé alors par M. le professeur Euzières, à l'hôpital général de Montpellier. C'est au cours de l'année 1922 que sur ces malades porteurs de néoplasmes, siégeant sur différentes parties du corps, a été institué le traitement autohématothérapique. Moins heureux que le professeur Billard, nos résultats furent très différents suivant les cas; car si sur trois une légère amélioration a été observée, chez eux, comme sur les quatre autres, la mort est survenue. Mais, si les résultats cliniques ont été aussi peu encourageants, les examens du sang, que nous faisions après chaque injection, ont montré une diminution des altérations sanguines habituellement constatées chez les cancéreux cachectiques.

La technique opératoire suivie est semblable à celle utilisée par le docteur Billard. On fait bouillir dans une solution de citrate de soude à 20 p. 100 une seringue de verre de 20 centimètres cubes et, après ébullition, la seringue est suffisamment imprégnée de citrate de soude pour empêcher pendant les quelques instants nécessaires à l'injection, la coagulation du sang.

Un autre procédé, que nous préférons au premier, consiste à aspirer dans une seringue préalablement aseptisée un demi-centimètre cube d'une solution de citrate de soude à 20 p. 100, quantité suffisante pour empêcher la coagulation du sang de se produire.

Après cette manipulation préliminaire, on aspire 20 centimètres cubes de sang par ponction d'une veine du pli du coude et on les injecte aussitôt sous la peau du flanc ou de la cuisse.

Si le sujet ne présente pas, après la première injection, une forte réaction thermique, on peut, au lieu de 20 centimètres cubes, en injecter 40 centimètres cubes. C'est en effet sur la réaction thermique, qui peut atteindre 38 degrés et 38°5, qu'on se base pour procéder à une nouvelle injection. Habituellement il n'existe aucune élévation de température et l'on peut pratiquer deux à trois injections par semaine.

Les examens du sang ont été faits ainsi que nous l'avons indiqué sur les malades soumis au traitement autohématothérapique et c'est entre les injections de sang que, par une piqûre à la pulpe d'un doigt, on obtenait la goutte de sang nécessaire pour, après étalement et coloration, déterminer la formule leucocytaire. C'est également par ce procédé que l'on obtenait le sang nécessaire au dosage de l'hémoglobine et à la recherche de la résistance globulaire.

Pour obtenir la formule leucocytaire nous avons employé comme colorant, soit le panchrome de Laveran, soit le pancolore de Gombault.

La numération leucocytaire a été faite à la chambre de Bürker.

Le dosage de l'hémoglobine a été pratiqué avec l'hémoglobinimètre de Tallqwist.

La résistance globulaire recherchée avec le sang total.

Nous allons à présent montrer en reproduisant les chiffres obtenus quelles sont les modifications sanguines observées au cours du traitement autohématothérapique.

Dans trois néoplasmes utérins :

Le premier concerne un épithélioma cylindrique du col avec infiltration du paramètre. La mort est survenue par anurie.

Examen du sang.

		AVANT	APRÈS 1 inject.	APRÈS 2 inject.	APRÈS 3 inject.
Leucocytose		11.000 %	9.000 %	9.000 %	8.000 %
Form. leucocyt.	Polyneutroph.	72	71	71	68
	Polybasophile.			1	
	Eosinophile	1	2	2	2
	Gr. mononucl.	13	10	9	9
	Lymphocyte	14	17	17	21
Hémoglobine		70 %	90 %	90 %	90 %
Résistance globul.		H = 56	H = 50	H = 48	H = 44

Le deuxième épithélioma appartient au groupe des épithéliomas pavimenteux du type lobulé. La paroi vaginale est infiltrée et il existe une fistule vésico-vaginale. La mort survient par cachexie.

Examen du sang.

		AVANT	APRÈS 1 inject.	APRÈS 5 inject.
Leucocytose		9.000 %	8.500 %	10.000 %
Formule leucocytaire	Polyneutrophile	83	78	76
	Polybasophile	0	0	0
	Eosinophile	1	1	1
	Gr. mononucléaire	11	7	7
	Lymphocyte	6	14	16
Hémoglobine		70 %	80 %	80 %
Résistance globulaire		H = 52	H = 52	H = 52

Le troisième cas de cancer utérin concerne un épithélioma cylindrique à forme bourgeonnante, occupant le fond du corps utérin. La région péri-utérine est envahie par le néoplasme. La malade meurt par cachexie.

Examen du sang.

		AVANT	APRÈS 1 inject.	APRÈS 3 inject.	APRÈS 5 inject.	APRÈS 7 inject.
Leucocytose		8.400	8.400	8.200	8.000	8.000
Formule leucocytaire	Polyneutrophile	72	72	71	72	70
	Polybasophile	0	0	0	0	0
	Eosinophile	3	2	3	4	3
	Gr. mononucléaire	19	18	15	11	10
	Lymphocyte	6	8	11	13	17
Hémoglobine		70 %	70 %	70 %	80 %	90 %
Résistance globulaire		H = 48	H = 48	H = 50	H = 46	H = 46

Les modifications sanguines observées chez trois sujets atteints d'épithéliomas cutanés démontrés comme appartenant au type spino-cellulaire par les examens anatomo-pathologiques faits à la suite de biopsie sont les suivantes.

Le premier cas concerne une large ulcération néoplasique de 12 centimètres de large et de 8 de haut de la région temporo-malaire gauche. Le pariétal est atteint et des douleurs très vives sont endurées par le malade qui est porteur, en plus, d'une myocardite chronique dont il meurt après la vingtième injection de son propre sang. Au moment du décès l'ulcération présente des bords épidermisés et ne mesure plus que 7 centimètres de large sur 3 de haut.

Examen du sang.

		AVANT	APRÈS 1 inject.	APRÈS 3 inject.	APRÈS 5 inject.	APRÈS 15 inject.
Leucocytose		10.700	10.000	8.400	6.000	8.000
Formule leucocytaire	Polyneutrophile	81	80	73	68	71
	Polybasophile	0	0	0	0	0
	Eosinophile	1	2	1	1	1
	Gr. mononucléaire	4	4	5	4	7
	Lymphocyte	14	14	21	27	21
Hémoglobine		60 %	70 %	70 %	90 %	90 %
Résistance globulaire		H = 54	H = 54	H = 54	H = 44	H = 52

La deuxième observation se rapporte à une femme de soixante-cinq ans atteinte d'un large épithélioma de la région naso-frontale. La perte de substance est si vaste qu'on y introduirait facilement un œuf de poule. La racine du nez a disparu, le frontal est creusé d'un tunnel qui permet de voir le sphénoïde. L'orbite droite est effondrée en partie, l'œil refoulé par les bourgeons néoplasiques. Après la neuvième injection, bien que l'état local se soit amélioré (les douleurs et les hémorragies ont presque disparu), la malade est emportée par une méningite.

Examen du sang.

		AVANT	APRÈS 1 inject.	APRÈS 2 inject.	APRÈS 4 inject.	APRÈS 9 inject.
Leucocytose		10.800	8.600	8.900	8.400	8.000
Formule leucocytaire	Polyneutrophile	70	76	73	73	80
	Polybasophile	0	0	0	0	0
	Eosinophile	2	1	1	2	2
	Gr. mononucléaire	13	12	13	9	8
	Lymphocyte	8	11	13	16	10
Hémoglobine		70 %	70 %	80 %	90 %	90 %
Résistance globulaire		H = 56	H = 48	H = 48	H = 50	H = 58

La troisième observation concerne un sujet porteur depuis cinq ans d'un épithélioma de la région auriculo-temporale droite. Opéré à deux reprises différentes, lorsque le malade est examiné on le trouve atteint d'une vaste plaie de la grandeur d'une paume de main dont le fond est formé, à la partie supérieure, par le pariétal droit et une partie du frontal; à la partie inférieure, par l'arcade zygomatique. L'orbite droite, envahie par des bourgeons néoplasiques, ne contient plus l'œil qui, exorbité, est atteint de cécité complète. On pratique l'énucléation et on institue l'autohématothérapie. Après la troisième injection de sang, l'aspect général se modifie, les bords de la plaie qui saignaient au moindre attouchement commencent à s'épidermiser et, après la neuvième injection, l'épiderme a progressé, la plaie ayant diminué dans tous les sens d'un centimètre et demi; l'état général se relève, mais le malade meurt par collapsus cardiaque.

Examen du sang.

		AVANT	APRÈS 1 inject.	APRÈS 3 inject.	APRÈS 5 inject.	APRÈS 8 inject.	APRÈS 11 inject.	APRÈS 17 inject.
Leucocytose		12.700	12.100	10.800	10.700	10.000	10.000	9.600
Formule leucocytaire	Polyneutrophile	74	74	74	68	70	69	67
	Polybasophile	0	0	0	0	0	0	0
	Eosinophile	2	1	1	2	2	2	1
	Gr. mononucléaire	15	14	11	10	11	7	8
	Lymphocyte	9	11	14	20	17	22	22
Hémoglobine		60 %	60 %	70 %	80 %	80 %	90 %	90 %
Résistance globulaire		H = 60	H = 58	H = 52	H = 52	H = 46	H = 42	H = 42

Le dernier malade que nous avons traité par l'autohématothérapie est un sujet de soixante-huit ans, cachectique, atteint d'un néoplasme inopérable de la prostate à cause duquel on a été contraint de mettre une sonde vésicale hypogastrique.

Des hématuries fréquentes et des douleurs vives

Examen du sang.

		AVANT	APRÈS 1 inject.	APRÈS 5 inject.	APRÈS 9 inject.	APRÈS 13 inject.	APRÈS 18 inject.	APRÈS 21 inject.
Leucocytose		11.000	10.800	10.800	9.100	9.600	9.000	8.300
Formule leucocytaire	Polyneutrophile	72	71	72	69	71	68	68
	Polybasophile			1				
	Eosinophile	2	2	2	3	2	2	2
	Gr. mononucléaire	17	15	14	14	9	5	8
	Lymphocyte	11	12	11	14	18	25	24
Hémoglobine		60 %	70 %	70 %	80 %	80 %	90 %	90 %
Résistance globulaire		H = 60	H = 52	H = 52	H = 54	H = 58	H = 60	H = 48

ont amené le sujet à un état de cachexie avancé. Il meurt dans le marasme après la vingt-cinquième injection de son propre sang. L'anémie, les douleurs avaient rétrocédé à partir de la quatrième injection de sang.

De la série d'observations que nous avons relatées, il nous paraît possible de tirer les conclusions suivantes.

L'autohématothérapie agit favorablement dans tous les cas sur l'anémie des cancéreux.

Chez tous, en effet, à partir de la troisième ou quatrième injection, on voit le taux de l'hémoglobine remonter et s'approcher de la normale. Parti de 60 p. 100 à la première injection, le taux de l'hémoglobine atteint 90 p. 100 à la septième injection dans l'une de nos observations. La formule leucocytaire est, elle aussi, favorablement influencée; la mononucléose tendant, dans la majorité des cas, à diminuer. La résistance globulaire est peu modifiée ou augmentée dans de faibles proportions. L'état général se remonte légèrement, les hémorragies, si fréquentes au niveau de la masse néoplasique, diminuent de fréquence et d'intensité. On assiste souvent à une reprise appréciable de l'appétit.

Mais si l'état général est amélioré, il nous a paru que certaines tumeurs malignes, en particulier les cancers utérins, ne reçoivent aucune amélioration locale par l'autohématothérapie. La masse du néoplasme subit même parfois une véritable poussée.

Pour les épithéliomas cutanés, au contraire, du moins pour ceux du type spino-cellulaire que nous avons examinés, une amélioration locale sensible survient au cours de l'autohématothérapie. Il existe, en effet, une tendance nette vers la rétrocession des lésions néoplasiques.

A part la légère élévation thermique pouvant survenir au cours du traitement et sur laquelle on se base pour rapprocher ou éloigner les injections, nous n'avons jamais constaté aucun accident grave, local ou général, de nature anaphylactique ou sérique.

Si les résultats que nous avons obtenus n'ont pas été des plus encourageants, c'est, il faut bien le remarquer, que nos essais ont porté sur des malades désespérés, abandonnés des chirurgiens et placés pour ce dans un service d'incurables.

Les modifications sanguines obtenues au cours de l'autohématothérapie doivent, à notre avis, faire placer ce procédé comme adjuvant du traitement chirurgical. C'est donc là une arme nouvelle contre le cancer, arme que l'on doit mettre à côté de la cure chirurgicale, de la radiothérapie profonde, de la curiethérapie, de la cure médicale qui comprend en particulier la reminéralisation magnésienne, l'emploi de la quinine et de divers colloïdes métalliques.

On doit donc préconiser l'autohématothérapie tant au point de vue local (sauf peut-être pour certains néoplasmes utérins) qu'au point de vue général dans le traitement du cancer.

C'est un excellent moyen pour lutter contre l'anémie cancéreuse et préférable aux injections de sérum ou de sang total étranger, car par ce procédé on évite les accidents, parfois si redoutables, survenant à la suite de l'introduction dans l'organisme d'albumines étrangères.

LES NEUROECTODERMOSES

Par H. ROGER (de Marseille).

Levaditi, dans une monographie récente, a réuni sous le nom d'ectodermoses neurotropes une série de maladies infectieuses dues à un virus ayant une affinité spéciale pour les tissus dérivés de l'ectoderme primitif, tant pour l'ectoderme tégumentaire (peau, muqueuse pharyngonasale, cornée) que pour l'ectoderme invaginé, origine du système nerveux central et périphérique.

Nous proposons, pour bien indiquer la part importante sinon prépondérante du système nerveux, de désigner sous le nom de *neuroectodermoses* tout le groupe des affections infectieuses, toxiques ou néoplasiques frappant à la fois la peau et le tissu nerveux, neuroectodermites, neuroectodermismes et neuroectodermomes.

1. Les *neuroectodermites* comprennent les infections appelées ectodermoses neurotropes par Levaditi, encéphalite, poliomyélite et rage d'une part, herpès et vaccine, d'autre part, les premières surtout neurotropes, mais à virus filtrant ayant une affinité spéciale pour la cornée, les secondes plutôt dermotropes, mais à virus se cultivant fort bien dans les centres nerveux.

A côté de ces infections à virus filtrant, nous en classons quelques autres à germes plus connus et à prédominance neuroectodermique. Dans les unes, comme le tétanos, le microbe entre et vit au niveau de la peau, et sa toxine se fixe ensuite sur le système nerveux; dans d'autres, comme la diphtérie, les bacilles colonisent sur les muqueuses ectodermiques (pharynx par exemple) et les complications les plus fréquentes sont d'ordre paralytique. Parmi les infections subaiguës ou chroniques, citons la syphilis : porte d'entrée cutanéo-muqueuse et ultérieurement manifestations prédominant sur la peau, les muqueuses ectodermiques et le système nerveux. La lèpre rentre également dans ce cadre.

2. Parmi les *neuroectodermismes* (1), signalons l'arsenicisme avec ses manifestations cutanées, eczéma en particulier, et ses paralysies, le bromisme (fixation élective sur le systène nerveux, acné bromique), le sulfocarbonisme, etc.

3. Dans le groupe de *neuroectodermomes,* nous devons ranger surtout une série de dysplasies cutanéo-nerveuses congénitales : la maladie de Recklinghausen avec ses manifestations cutanées (molluscum, fibromes, nævi) et ses névromes périphériques ou centraux, — l'association d'adénomes sébacés de la face et d'épilepsie avec arriération mentale, ayant pour substratum anatomique la sclérose tubéreuse encéphalique ou istioatypie corticale (2).

(1) Suivant une terminologie également usitée, on aurait peut-être pu employer le suffixe neuroectodermisme pour désigner les petits accidents des neuroectodermoses, les ectodermoses frustes ou atténués (cf. méningisme, basedowisme, addisonisme), ou encore la diathèse qui prédispose certains sujets aux réactions du côté du neuroectoderme (cf. hépatisme). Pour cette dernière acception, nous préférons le terme de neuroectodermotropisme (cf. neurotropisme).

(2) H. ROGER et MATTEI. Adénomes sébacés de la face avec épilepsie et syndrome d'hypertension intracranienne : contribution à l'étude des neuroectodermoses, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 juillet 1923.

ACTUALITÉS

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE LA SCARLATINE

Une étude complète de la prophylaxie de la scarlatine exigerait de longs développements; il faudrait dire l'importance du diagnostic précoce permettant d'isoler aussitôt le malade; il faudrait signaler le danger des scarlatines frustes qui se promènent, semant les germes autour d'elles; la méthode de Milne serait à discuter. Nous voulons seulement exposer les essais de prophylaxie par sérum et vaccin; ils ont été faits, déjà nombreux, dans quelques pays de l'Europe Centrale; si la valeur du vaccin antiscarlatineux n'est pas encore absolument certaine, les résultats doivent cependant être enregistrés, en attendant d'avoir une conviction profonde; nous possédons déjà des vaccins qui ont fait leurs preuves. Pourquoi la scarlatine n'aurait-elle pas le sien?

Mais avant d'indiquer la méthode de vaccination, il faut dire quelques mots de la sérothérapie préventive; n'ayant pas d'animaux immunisés, puisqu'on ne manipule pas le virus scarlatin, encore inconnu, comme le bacille du tétanos ou de la diphtérie, on a utilisé le sérum des convalescents de scarlatine; c'est la même idée que pour la prophylaxie de la rougeole, de la coqueluche. Dans un travail récent, Degkowitz (1) formule les conclusions suivantes : le sérum de convalescent, employé à titre préventif, ne peut agir que chez les enfants non encore infectés ou contagionnés depuis quelques heures seulement; une dose de 5 à 10 centimètres cubes, injectée dans ces conditions, préserve de la scarlatine en donnant une immunité passagère qui dure de trois à six semaines. La sérothérapie préventive serait donc indiquée dans les familles, dans les écoles où est survenu un cas de scarlatine.

C'est en 1907 que Gabritschewsky a pratiqué, en Russie, les premières vaccinations antiscarlatineuses; Mme Mathilde de Biehler (2) fit connaître en France les résultats obtenus par les médecins russes et polonais; Mme Bercovitch (3) les signale dans sa thèse; enfin, tout récemment, Mme de Biehler (4) a repris la question et publié un nouveau mémoire sur ce sujet.

Le vaccin est préparé avec des cultures de plusieurs races de streptocoques provenant de différents cas de scarlatine; les cultures ont été chauffées à 60 degrés, additionnées de phénol; puis on les centrifuge pour obtenir un sédiment qui sera dilué dans du sérum artificiel; 1 centimètre cube de cette dilution doit renfermer 5 milligrammes de précipité sec. Les doses à injecter sont, d'après Gabritschewsky : 0cc25 aux enfants ayant moins de deux ans; 0cc50 aux enfants de deux à dix ans; 1 centimètre cube aux adultes; à la seconde et à la troisième injection, ces doses seront doublées. Czarkowski indique des doses plus faibles 0cc05 à 0cc20, selon l'âge. Mme de Biehler injecte 0,05 à 0,10 aux enfants âgés de moins de cinq ans; 0,10 à 0,50 aux enfants plus âgés et aux adultes; trois jours après la première injection, on en fait une seconde à dose deux fois plus forte; trois ou quatre jours plus tard troisième et dernière injection. à même dose que la seconde.

Ces vaccinations donnent très peu de réaction locale : une légère rougeur et un peu de tuméfaction; elles ne déterminent le plus souvent pas de symptômes généraux; on a cependant quelquefois observé, chez les vaccinés, un léger mouvement fébrile, de l'angine et même un exanthème. Les réactions sont un peu plus fortes chez les adultes que chez les enfants. La durée de l'immunisation provoquée par le vaccin n'est pas encore bien déterminée : deux mois à un an, pour Gabritschewsky, deux ans, d'après Czarkowski.

Mme de Biehler a vacciné 1.265 enfants et 33 adultes; sur ces 1.298 vaccinés, 18 seulement contractèrent la scarlatine; quelques-uns furent atteints huit à dix jours après la première vaccination, ils étaient donc en période d'incubation quand on les vaccina; les autres eurent la scarlatine six mois, un an après avoir été vaccinés. Mme de Biehler préconise vivement ce vaccin qui donne « des résultats merveilleux »; en l'employant, on arriverait peut-être « sinon à la suppression du fléau de l'enfance qu'est la scarlatine, au moins à la diminution des cas de cette maladie funeste. » Je ne sais ce qu'est la scarlatine en Pologne, en Russie; mais, en France, cette fièvre éruptive n'est pas un fléau de l'enfance; elle n'est ni très fréquente, ni très grave. Aussi, sauf circonstances spéciales, le vaccin antiscarlatineux ne me paraît pas devoir être ajouté à la liste des vaccins que nous employons actuellement en France.

Pour le traitement de la scarlatine, comme pour la prophylaxie, nous éliminons de cette étude toute la thérapeutique classique, et nous n'exposerons que les essais faits récemment avec le sérum ou le sang de convalescent. Mme de Biehler a aussi employé le vaccin de Gabritschewsky comme curatif et constaté qu'une injection amende souvent les symptômes morbides. Mais ce sont surtout les injections de sérum de convalescent de scarlatine qui constituent un traitement nouveau, qu'il faut connaître; elles ont été faites en Allemagne par voie sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse. D'après Mironesco et Sager (1), les injections de sérum de convalescent de scarlatine ne déterminent, quand on les fait par voie intramusculaire, aucune réaction violente; elles provoquent généralement dans les vingt-quatre heures une chute de la température et une amélioration de l'état général, mais elles n'empêchent pas les complications rénales.

Debré et Paraf (2) ont obtenu un excellent résultat dans un cas de scarlatine maligne : c'était une fillette de cinq ans, si gravement atteinte que la mort paraissait certaine, à qui l'on injecta sous la peau, le septième jour de la maladie, 30 centimètres cubes du sérum d'un convalescent; son état s'améliora; deux jours après une seconde injection est pratiquée; la détente continua et l'enfant guérit. Debré et Paraf conseillent de prendre un donneur de sérum, ni tuberculeux, ni syphilitique et arrivé à la cinquième semaine de la maladie. Le sérum recueilli est chauffé à 56 degrés pendant une demi-

(1) Degkowitz. *Münchener med. Woch.*, 30 juin 1922. Analysé par Pichon. *Paris Médical*, 10 mars 1923.

(2) Mme M. de Biehler. Sur l'emploi du vaccin antiscarlatineux. *Arch. de Méd. des Enfants*, mars 1914.

(3) Mme Bercovitch. Prophylaxie de la rougeole et de la scarlatine. *Th. de Toulouse*, juin 1916.

(4) Mme de Biehler. Le vaccin antiscarlatineux. Sa valeur prophylactique et curative. *Arch. de Méd. des Enfants*, mars 1923.

(1) Mironesco et Sager. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922, p. 188.

(2) Debré et Paraf. *Paris Médical*, 4 nov. 1922.

heure, puis injecté sous la peau, ou dans les muscles, à la dose de 30 à 50 centimètres cubes.

Daniel (1) injecte le sang total des convalescents. On choisit ceux-ci, ni tuberculeux, ni syphilitiques (ni paludéens, dans certains pays), parmi les scarlatineux ayant eu une scarlatine sévère; pour être plus sûr d'avoir un sang immunisé par la maladie récente, on pourra mélanger le sang de plusieurs scarlatineux. On injecte 10 centimètres cubes de sang aux jeunes enfants de un à deux ans, de 15 à 40 centimètres cubes aux grands enfants et aux adultes; injection intramusculaire (dans les muscles de la fesse), sous-cutanée, intraveineuse si le cas est très grave.

Pour les scarlatines d'intensité moyenne, deux injections de 10 à 15 centimètres cubes suffisent; les formes très sévères seront traitées par des injections de 15 à 30 centimètres cubes renouvelées jusqu'à la chute de la température. Daniel a utilisé cette méthode dans 35 cas graves; cinq malades seulement ont succombé. Il a noté, à la suite des injections, une chute, quelquefois brusque, de la température, une diminution de la fréquence du pouls, la disparition des symptômes ataxo-adynamiques, et l'amélioration de la diurèse; les phénomènes angineux s'atténuent et l'exanthème lui-même paraît pâlir. L'évolution générale de la maladie n'est toutefois pas raccourcie; comme complications, six des malades de Daniel eurent des adénites cervicales suppurées.

D'après Daniel, les injections de sang de convalescent doivent être faites dans tous les cas de scarlatine maligne hyperthermique, dans les scarlatines fébriles de gravité moyenne; on discutera de leur opportunité en cas de scarlatine bénigne ou fruste. Mais deux objections peuvent être faites à cette méthode de traitement. La première résulte des remarques de Moog (2) qui a traité des scarlatineux par du sérum de convalescent, par du sérum humain normal, par du sérum équin de Moser; Moog a obtenu, avec ces trois sérums, des résultats favorables et il admet qu'ils ont tous trois une action protéinothérapique non spécifique; cette objection ne m'arrête pas, car je suis de ceux qui admettent encore la spécificité des sérums et leur action bien particulière (3). La seconde objection est d'ordre pratique; pour Daniel, le traitement des scarlatineux par le sang total de convalescent est une méthode « facile, expéditive, à la portée de tout praticien, à l'hôpital, en ville, comme à la campagne. » A l'hôpital, dans un service de scarlatineux, on pourra bien facilement se procurer du sang de convalescent. Mais qu'un cas de scarlatine grave survienne dans une bourgade perdue au milieu des montagnes, le malade aura le temps de mourir avant que son médecin puisse lui injecter le sang d'un scarlatineux convalescent qui ne soit ni tuberculeux, ni syphilitique. Le traitement de la scarlatine par un sérum ne sera vraiment devenu expéditif que le jour où l'on trouvera, à la pharmacie toute proche, des flacons de sérum antiscarlatineux de provenance animale.

M. BRELET.

(1) DANIEL. *Presse méd.*, 11 avril 1923.

(2) MOOG. *Berliner Klin. Woch.*, 18 avril 1921. Analysé par P.-L. MARIE. *Presse méd.*, 16 juillet 1921.

(3) J'en ai encore eu la preuve en injectant du sérum antipneumococcique à des malades atteints de pneumonie et à d'autres atteints d'infections broncho-pulmonaires diverses; les résultats n'étaient pas du tout comparables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1923)

Action de l'eau de Vichy sur la réaction urinaire. — MM. A. DESGREZ et H. BIERRY.

Diabète sucré expérimental. — MM. Jean CAMUS, J.-J. GOURNEY et A. LE GRAND ont réussi en lésant, chez le lapin, non plus le plancher du IVe ventricule, comme le faisait Claude Bernard, mais la région du tuber, à obtenir un diabète, sans comparaison plus durable, puisqu'il a pu se prolonger pendant plusieurs semaines.

Eclampsie puerpérale et phénomènes de choc. Arrêt par la pilocarpine (recherches expérimentales). — MM. LÉVY-SOLAL et A. TZANCK, par une longue série d'expériences portant surtout sur le cobaye, ont pu préciser la toxicité du sérum d'éclamptique déjà signalée par Tarnier et Chambrelent et établir quelques points nouveaux concernant la pathogénie et le traitement de l'éclampsie : 1° La mort dans l'éclampsie n'est pas due à la coagulation massive du sang, comme on l'admettait jusqu'ici ; 2° la crise éclamptique présente une analogie évidente avec le choc colloïdoclasique ; 3° l'adjonction de pilocarpine au sérum toxique a une action empêchante certaine et permet la survie de l'animal dans plus de 80 p. 100 des cas.

Néoplasmes animaux et néoplasmes humains. — M. BAZIN a observé, dans un certain nombre de cas, la coexistence dans une même habitation d'animaux (chiens ou chats), porteurs de tumeurs, vivant en contact avec des malades atteints de tumeurs malignes et émet l'hypothèse de la transmission de l'agent inconnu du cancer de l'animal à l'homme par les puces.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1923)

Les adénopathies trachéo-bronchiques de la seconde enfance. — MM. Léon BERNARD et VITRY communiquent le résultat des recherches qu'ils ont poursuivies à l'Ecole de puériculture de la Faculté sur 400 enfants venus ou amenés à la consultation du dispensaire. Les faits qu'ils ont constatés ébranlent la solidité des notions classiques sur la séméiologie de l'adénopathie trachéobronchique et les portent à s'élever contre la facilité avec laquelle dans la pratique courante on porte ce diagnostic ou en déduisant a priori la nature tuberculeuse de l'affection.

Les signes stéthacoustiques sont inconstants et ne sont en relation caractéristique ni avec l'ensemble des phénomènes cliniques, ni avec les signes radiologiques imputés à l'adénopathie. Quant à ceux-ci on leur a fait dire plus qu'ils ne peuvent donner. Les ombres médiastinales sont d'une interprétation assez fidèle; mais les ombres hilaires sont trop souvent interprétées avec une complaisance excessive; leur signification pathologique a été avancée sans une étude préalable suffisante des bases physiologiques de leur production. Le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique, en dehors des cas de grosses adénopathies formant tumeur et des cas où le volume et le siège des ombres radiologiques sont évidemment anormaux, ne doit donc être formulé qu'avec beaucoup de prudence et de circonspection, particulièrement en ce qui concerne les cas-limites, communément interprétés dans le sens pathologique.

Les signes de l'adénopathie, déjà si délicats à apprécier au point de vue de l'existence de l'affection, ne peuvent fournir aucune indication sur sa nature. L'origine tuberculeuse ne peut être attestée que par les réactions à la tuberculine. Les auteurs ont relevé 130 cas de cuti-réactions positives contre 64 cas de cuti-réactions négatives chez des enfants dont l'apparence clinique était absolument comparable. Chez les seconds l'adénopathie était sans doute liée à d'autres causes

qui ont toujours pu être retrouvées (rougeole, coqueluche, etc.). La cuti-réaction pratiquée en série a permis de discerner parfois la première poussée tuberculeuse; elle a aussi mis en lumière quelques autres faits intéressants.

En résumé, le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique n'est pas aussi facile qu'on le pense communément, et il n'implique pas nécessairement l'origine tuberculeuse, cette affection étant souvent de nature différente. L'analyse des signes radiologiques doit être revisée, et la cuti-réaction peut seule dénoncer dans ces faits la tuberculose. L'oubli de ces règles fait créer de « faux tuberculeux » qui peuvent être indûment placés dans des préventoriums.

Utilité des biopsies pour le diagnostic précoce du cancer utérin. — M. SIREDEY insiste sur la nécessité du diagnostic précoce du cancer de l'utérus; certaines formes qui échappent aux examens cliniques sont révélées par l'examen microscopique. Il apporte à l'appui de sa thèse plusieurs observations typiques et recommande de pratiquer systématiquement la biopsie dans toutes les lésions du col utérin.

M. DOLÉRIS approuve la communication de M. Siredey.

A propos de réclames préconisant l'allaitement artificiel des nourrissons au détriment de l'allaitement maternel ou de l'allaitement au sein. — M. CAZENEUVE s'élève contre les affiches-réclames collées un peu partout à Paris et tendant à encourager l'allaitement artificiel; il demande à l'Académie de bien vouloir émettre un vœu pour que les Pouvoirs publics mettent un terme à cette publicité.

M. PINARD a déjà agi dans ce sens en déposant, en décembre 1921, un projet de loi interdisant les sucettes.

Un cas d'actinomycose cervico-faciale bilatérale due à l'actinomyces hominis Foulerton. — MM. SARTORY et CANUYT. Guérison par le traitement ioduré à hautes doses.

Election d'un associé étranger. — M. DEPAGE (de Bruxelles) est élu.

Election de deux correspondants étrangers. — MM. SEGURA (de Buenos-Aires) et CUSHING (de Boston) sont élus.

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1923)

Sur la neuro-vaccine. — M. CAMUS fait une étude détaillée de l'action de la neuro-vaccine; il n'a pas l'impression que la neuro-vaccine, dont le virus selon lui doit être considéré comme un virus de qualité inférieure, ait une action supérieure à celle de la vaccine ordinaire. Il est d'avis d'essayer ce vaccin au laboratoire mais pas encore sur l'homme.

M. ROUX s'élève contre les conclusions de M. Camus et trouve que la question n'est pas encore suffisamment au point ni les expériences assez concluantes pour condamner dès à présent définitivement la neuro-vaccine.

M. COUTIÈRE fait un rapport sur **une demande de la Compagnie fermière de Vichy**. La conclusion de ce rapport est qu'il y aurait inconvénient à faire disparaître du Codex les termes : sels et pastilles de Vichy.

M. KÜSS fait une communication sur de nouveaux milieux synthétiques particulièrement favorables à la culture du bacille tuberculeux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JUILLET 1923)

Sur un cas de pseudo-xanthome élastique. — MM. G. CAUSSADE et J. SURMONT présentent une femme âgée de trente-neuf ans, atteinte de pseudo-xanthome élastique généralisé, et qui fut en même temps une pseudo-lithiasique, ainsi que le prouva l'intervention chirurgicale. Son affection cutanée débuta il y a sept ans autour des plis de flexion du coude. Cette éruption symétrique, mais sans aucune topographie particulière, s'est étendue rapidement, avec peut-être une très légère rémission que la malade ne peut du reste affirmer. Elle occupe actuellement les régions suivantes : face interne des bras, moitié supérieure de la face antérieure des avant-bras, avec intégrité du pli de flexion du coude; les flancs et toute la région sous-ombilicale; le triangle de Scarpa; dans toutes ces régions l'éruption est confluente. Elle est, par contre, discrète sur la partie supérieure de l'abdomen, la poitrine et la face antérieure de la base du cou. La face, le dos et les membres inférieurs (sauf le triangle de Scarpa) sont indemnes, ainsi que les muqueuses. Ces éléments maculeux, à bords nets, de dimension allant d'une tête d'épingle, sont de couleur ivoire, sans trace d'hyperhémie de voisinage. Leur densité diminue du centre à la périphérie des zones intéressées. Pas de dysesthésie, pas de prurit.

En raison de la rareté des cas publiés, l'histologie mérite d'être précisée. D'après nos coupes, il s'agit d'une altération portant exclusivement sur le tissu élastique et principalement sur le réseau sous-papillaire du derme, respectant en particulier le réseau interpapillaire. On note une intégrité parfaite des vaisseaux, des glandes sébacées et sudoripares et de leurs canaux excréteurs, sans aucune systématisation autour de ces derniers, sans aucune réaction du tissu conjonctif ou des cellules plasmatiques, ou très minime, sans cellules géantes. Fragmentation plus ou moins marquée, état moniliforme, densification, telles sont les altérations des fibres élastiques. En plusieurs points, on peut suivre le passage brusque d'une fibre saine à une fibre malade.

En s'appuyant, d'une part, sur les constatations de Passarge qui a décrit des lésions des fibres élastiques dans les syphilides cutanées, et, d'autre part, sur la syphilis nettement établie chez leur sujet (Wassermann positif total dans le sang et positif dans le liquide céphalo-rachidien); s'appuyant aussi sur des douleurs du type « cérébral » de Fournier dans le membre supérieur droit, améliorées seulement par le traitement antispécifique, les auteurs pensent que la nature syphilitique peut être soulevée. A l'avenir, semble-t-il, le pseudo-xanthome élastique pourra faire suspecter une syphilis latente. Les auteurs ne croient pas à une origine tuberculeuse, bien que la tuberculose pulmonaire se retrouve dans un assez grand nombre des cas, et en particulier dans leur cas, non évolutive d'ailleurs ici.

A signaler dans l'observation de Caussade et Surmont, l'intégrité du foie (par les diverses recherches usuellement employées) et l'absence de glycosurie; mais il faut noter qu'il y a deux ans le foie était légèrement hypertrophié et qu'il y eut une hypercholestérinémie à 2g91 qui d'ailleurs n'existe plus aujourd'hui.

Et, pour conclure, les auteurs conseillent de conserver le terme de pseudo-xanthome élastique, préférable aux dénominations d'élastome ou d'élastorrhexis, trop exclusivement anatomiques, et qui ne mettraient pas suffisamment en garde contre la confusion clinique, si facile entre le xanthome et le pseudo-xanthome.

Fièvre ortiée à manifestations psychiques préfébriles. — MM. CROUZON et VALENCE rapportent le cas d'une jeune fille de dix-sept ans, débile constitutionnelle, présentant des troubles mentaux depuis trois jours simulant un début de démence précoce. Apparition d'un urticaire et vingt-quatre heures après disparition des troubles mentaux.

L'intérêt de cette observation est triple :

1° Cliniquement : inversion de la succession habituelle des faits cliniques (psychose préfébrile et disparition des troubles mentaux au moment de la poussée thermique);

2° Socialement : internement évité, alors qu'on aurait pu y recourir puisque tout faisait penser à la démence précoce. Donc utilité des services ouverts d'observation psychiatrique « antichambres d'asile »;

3° Biologiquement : cas à rapprocher de ceux rangés par Levaditi sous le terme générique d' « ectodermoses neurotropes ».

Crises gastriques et sympathicotonie. — MM. LABBÉ et J. SÉBILEAU présentent l'observation d'un malade réalisant un syndrome de sympathicotonie pure caractérisé par des crises gastriques : vomissements, de la dilatation permanente des pupilles, de la tachycardie, des crises d'hypertension artérielle, de l'inversion du réflexe oculo-cardiaque et par les résultats positifs de l'épreuve de Gœtsch à l'adrénaline. Le

traitement par l'ésérine a amélioré le sujet et les auteurs pensent qu'on doive incriminer une irritation des ganglions cervico-thoraciques du grand sympathique par le tissu de cicatrice résultant d'une symphyse pleurale gauche.

Névralgie essentielle du nerf laryngé supérieur. — M. Max Lévy rapporte l'observation d'une malade atteinte de névralgie du laryngé supérieur. La symptomatologie s'est traduite par une douleur localisée au côté droit du larynx avec irradiation dans l'oreille droite, le tout survenant par crises paroxystiques. L'examen local et général fut négatif. L'alcoolisation du nerf a guéri la malade.

Purpura au début d'une fièvre typhoïde. — MM. Laignel-Lavastine et Potez relatent le cas d'un jeune homme qui, au premier septennaire de la typhoïde, a présenté une éruption purpurique caractérisée uniquement par trois ecchymoses sur le thorax. Elles se sont effacées en quinze jours. L'hémoculture à l'Eberth fut positive au moment de l'apparition du purpura. L'examen de sang était normal au point de vue de la coagulation.

Arythmie complète et bradycardie. — MM. Ch. Laubry et D. Routier. La bradycardie régulière avec tachysystolie auriculaire comme l'arythmie complète à forme lente sont connues depuis déjà longtemps. Les auteurs présentent un cas de bradycardie passagère au cours d'une arythmie complète, bradycardie survenue à la suite d'une cure (non la première) de quinidine. Cette bradycardie, au taux de 35-40, régulière, s'est maintenue quelques semaines, faisant place ensuite à une arythmie complète lente. L'épreuve de l'atropine a été tout à fait positive, faisant passer le pouls de 40 à 90. Il est à remarquer que ce malade, suivi depuis deux ans, avait, à une première cure de quinidine, régularisé son rythme, sans ralentissement, puis, après cessation du médicament, étaient apparues des extrasystoles auriculaires avec retard de conduction entre l'extrasystole à la réponse ventriculaire ; et finalement il y eut retour à l'état tachysystolique. Une deuxième cure de quinidine, faite plusieurs mois après avec dans l'intervalle de fortes crises d'insuffisance cardiaque, a échoué en tant que régulateur mais a été suivi de l'apparition de la bradycardie sus-mentionnée. Actuellement la bradycardie disparaît spontanément petit à petit, et l'arythmie complète reprend son allure d'autrefois. Cependant, de temps en temps, il y a sans cause apparente des retours à la bradycardie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1923)

Maladie de Volkman. — M. Hallopeau apporte une observation de M. Leclerc (de Dijon). Homme de dix-huit ans, recevant un coup de couteau sur l'avant-bras. Il n'y eut aucune compression, syndrome de Volkman, signes de paralysie cubitale, dénudation du nerf, il n'est pas coupé, hématome, dénudation de l'artère, suppression de l'hématome, suture sans drainage; la paralysie cubitale rétrocède, les doigts peuvent s'étendre, guérison.

Corps étrangers du tube digestif. — M. Le Dentu, qu'on se félicite de revoir à la tribune après une longue absence, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Ombrédanne, communique des faits déjà anciens, mais non moins intéressants de sa pratique personnelle. Les faits de M. Ombrédanne ont été pour lui l'occasion d'une évocation lointaine. Une petite fille de neuf mois avala une épingle de nourrice ouverte. Bazy la vit et resta dans l'expectative. Mais elle fit de la fièvre et devint agitée. M. Le Dentu pensa alors à une perforation et se proposa d'intervenir quand il s'aperçut que l'enfant avait de l'érythème. M. Hutinel consulté déclara que cet érythème était la cause de la fièvre. M. Le Dentu s'abstint alors d'intervenir. L'enfant n'eut pas d'accidents et rendit son épingle par les voies naturelles cinquante-deux jours après.

Dans l'un des cas de M. Ombrédanne, l'épingle a perforé le duodénum et il n'y a pas eu d'infection péritonéale.

Un malade meurt d'obstruction intestinale ; à l'autopsie on trouve un bourrelet inflammatoire au centre duquel existait un os plat, long de 4 centimètres. Cet os avait séjourné un long temps dans le péritoine sans y déterminer la moindre réaction.

M. Le Dentu montre une longue cuiller en bois qu'avait avalée un homme. Le soir même, ses internes MM. Legueu et Jonesco voient le malade et ne trouvent aucune indication d'intervenir. M. Le Dentu le voit le lendemain matin et l'opère quarante-trois heures après l'ingestion du corps étranger. Il fait une laparotomie sus-ombilicale, ouvre l'estomac et n'y trouve rien. Il fait alors une laparotomie sous-ombilicale, donne issue à une cuillerée à café de liquide louche, trouva la cuiller dans le ventre et le referma. Cette cuiller avait perforé l'estomac sans donner lieu à la moindre réaction péritonéale.

Ces exemples, joints à bien d'autres, prouvent que le péritoine présente une certaine tolérance à l'égard des corps étrangers. Il ne faudrait cependant pas trop s'y fier, et, en terminant, M. Le Dentu s'associe volontiers aux conclusions de M. Ombrédane.

M. Rouvillois fait un rapport sur une observation de M. Peloquin qui peut être rapprochée des cas dont vient de parler M. Le Dentu. Femme de cinquante ans, troubles graves, tumeur dans la fosse iliaque gauche, tumeur friable qui fut enlevée. La malade guérit. Cette tumeur était constituée par une masse inflammatoire au centre de laquelle se trouvait une cavité qui contenait un corps étranger. Ce corps étranger avait traversé la paroi intestinale sans donner lieu à aucune réaction abdominale.

Arrachement total du cuir chevelu. — M. Descomps analyse une observation adressée par M. Pétridis (d'Alexandrie).

Hernies diaphragmatiques. — M. Jacob fait un rapport sur deux cas de hernies diaphragmatiques adressés par MM. Courvoisier et Goetz. Ces deux cas sont superposables. Dans le premier, on fit une résection de la neuvième côte, on réduisit la hernie et on referma au catgut. Il y eut récidive. Dans le second cas, on suivit la même technique mais on ferma la plaie avec des crins de Florence. Il n'y eut pas de récidive.

Les récidives de hernies diaphragmatiques sont très rares. Les Allemands ont proposé de paralyser le nerf phrénique par une injection de cocaïne intraveineuse et de déterminer ainsi une sorte de paralysie du diaphragme.

M. Auvray pense qu'il ne faut pas se servir de fils résorbables dans la cure des hernies diaphragmatiques. Il faut même aviver les bords de la plaie pour mieux assurer sa réunion.

Lampe pour éclairer le champ opératoire. — M. J.-L. Faure a fait installer dans son service, à Broca, une lampe spéciale qui a été présentée à l'avant-dernier Congrès de chirurgie. Cette lampe qui peut être appliquée au-dessus de la table d'opération est composée d'une série de miroirs obliques dont la disposition est telle que le champ opératoire se trouve toujours pleinement éclairé, alors même que la tête et les bras de l'opérateur se trouvent entre la lampe et l'opéré.

M. J.-L. Faure se loue extrêmement de ce mode d'éclairage parfait.

Traitement de la péritonite tuberculeuse. — Communication sensationnelle de M. Témoin (de Bourges).

Il y a quelques mois, M. Témoin a fait à l'Académie une communication sur la laparotomie comme étant le meilleur traitement de la péritonite tuberculeuse, surtout si l'on y adjoint l'héliothérapie. Les faits que nous présentait déjà à ce moment M. Témoin nous avaient beaucoup frappé. Cette communication méritait une discussion. Il faut croire que l'indifférence de l'Académie a poussé M. Témoin à choisir, cette fois, une autre tribune et il a bien fait de choisir celle de la Société de chirurgie où son importante communication a été écoutée avec toute l'attention qu'elle méritait.

Pour M. Témoin, il existe un traitement curatif de la péritonite tuberculeuse, traitement qui, entre ses mains, a donné presque toujours un résultat parfait, quelle que soit la gravité de l'infection, qu'elle s'accompagne ou non de lésions pulmo-

naires. Ce traitement, c'est la laparotomie et, le ventre largement ouvert, les bords de la plaie bien écartés, l'exposition de ce ventre ouvert au soleil pendant quelques minutes. La fièvre tombe aussitôt, les douleurs disparaissent, la guérison se fait très rapidement.

Depuis sa première communication à l'Académie (v. *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 80, p. 1292), M. Témoin a traité ainsi 24 malades sur lesquels il a obtenu 23 guérisons complètes.

M. Témoin insiste sur l'action des rayons solaires. Il apporte à l'appui d'une opinion très ferme des faits véritablement bien suggestifs. Une jeune femme, en pleine évolution de pleurésie et de péritonite tuberculeuses, cachectique, avec des températures de 40 degrés tous les soirs, semble dans un état désespéré.

M. Témoin l'opère et la soumet aux rayons solaires, trois jours après la température tombe à 37 degrés et en cinq semaines elle était complètement guérie. M. Témoin nous cite plusieurs exemples de ce genre. Il ajoute que chez les malades qui ont des lésions bacillaires du poumon, celles-ci se trouvent toujours très améliorées après ce traitement.

Les résultats qu'a observés M. Témoin sont pour lui si démonstratifs qu'il se demande si, par ce traitement, on ne pourrait pas agir sur les tuberculeux pulmonaires.

Ne pourrait-on, par exemple, provoquer expérimentalement la péritonite tuberculeuse chez des animaux, les guérir par la laparotomie et l'héliothérapie et faire ensuite sur eux des prélèvements pour faire un sérum antituberculeux.

M. Témoin conclut en disant que la péritonite tuberculeuse est du domaine de la chirurgie, que la laparotomie, aidée de l'héliothérapie, constitue un traitement curatif. On ne saurait donc assez protester contre l'opinion émise par M. Sergent dans son livre sur la tuberculose, à savoir qu'il n'y a pas de traitement de la péritonite tuberculeuse, surtout chez les pauvres. Or, la laparotomie guérit aussi bien les pauvres que les riches.

M. Le Dentu joint sa protestation à celle de M. Témoin. Il a, lui aussi, opéré beaucoup de péritonites tuberculeuses et il a obtenu de bons résultats.

Ostéosynthèses. — M. Dujarier présente plusieurs malades et une série de radiographies concernant des cas de fractures très bien guéris.

(Séance du 11 juillet 1923)

Résultats éloignés d'une colectomie totale. — M. Duval a réopéré une femme à qui il avait fait une colectomie totale; l'anastomose iléo-sigmoïdienne était en parfait état, mais il a constaté une énorme dilatation du reste du côlon et du grêle, une bride fibreuse avait occasionné de l'occlusion.

L'héliothérapie dans les péritonites tuberculeuses. — M. P. Descomps, comme M. Témoin, préconise la laparotomie et l'héliothérapie dans les péritonites chroniques, tuberculeuses ou spécifiques. Il fait l'héliothérapie préopératoire, puis la laparotomie qui n'est pas toujours, selon lui, indispensable. Il filtre les rayons solaires au moyen d'écrans amortisseurs, et commence par de courtes séances dont il augmente progressivement la durée.

A propos de 76 ulcères gastro-duodénaux perforés. — M. Gibson (de New-York) verse aux débats sa statistique opératoire de 76 cas opérés avec 13 morts.

M. Gibson est favorable à l'opération minima : suture et enfouissement de la perforation. Il insiste sur l'importance des soins postopératoires. Pour lui le drainage est inutile dans les opérations précoces.

Un cas de pancréas accessoire. — M. Oudard apporte un nouveau cas de pancréas accessoire : stase, amaigrissement, sang dans l'estomac et tumeur à la palpation. Laparotomie suivie de gastro-entérostomie simple; aucune amélioration; M. Oudard enlève ensuite la tumeur par gastrectomie. Amélioration, puis signes de métastase cérébrale et mort.

Il s'agissait d'un pancréas accessoire.

A propos d'une tumeur intracranienne. — M. de Martel a fait une trépanation décompressive suivie de ponctions lombaires chez une femme présentant un syndrome d'hypertension; la malade tomba dans le coma à la suite d'une ponction, coma dont on put la faire sortir très difficilement et en la plaçant longuement en position de Trendelenburg. Il s'agissait donc sans doute d'une compression du bulbe refoulé vers le trou occipital, causée par une tumeur siégeant au-devant du rocher.

La radiothérapie profonde améliora la malade et amena un retour presque normal de la vue.

Myorraphie antérieure des releveurs. — M. Savariaud a eu récemment un succès en pratiquant cette opération, trop négligée à son avis.

Greffe pour la réparation d'un radius. — M. Hallopeau présente un enfant opéré par lui : greffe péronière et copeaux ostéopériostiques pour remplacer un radius éliminé presque en entier après ostéomyélite.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 15 juin 1923)

Ostéomyélite et auto-vaccination. — MM. Massabuau, A. Guibal et Marican. De l'ensemble des cas d'ostéomyélite traités par eux au moyen de l'auto-vaccination, les auteurs signalent deux cas caractéristiques : ces deux malades, après une première poussée d'ostéomyélite opérée d'urgence par trépanation de l'os, ont reçu l'un vingt, l'autre quarante injections de vaccin (pus cultivé, émulsionné et atténué par une heure de bain-marie à 60 degrés). Le premier six mois après, le second deux mois après ont présenté une nouvelle lésion d'ostéomyélite nécessitant l'intervention, suivie de nouvelles localisations. L'auto-vaccin n'a donc pas toujours une action efficace sur les lésions staphylococciques des os.

Un cas d'arythmie de tension. — MM. Euzière, Blouquier de Claret et Pages ont observé ce signe récemment mis en valeur par MM. Rimbaud et Boulet. Le sujet était entré à l'hôpital pour des crises lipothymiques qu'on aurait pu mettre sur le compte de l'hystérie. La constatation de l'arythmie de tension, malgré l'absence de signes stéthoscopiques, a permis de penser à un trouble fonctionnel du myocarde; cette opinion a été corroborée par la mise en évidence, sur l'électrocardiogramme, d'une arythmie de l'ordre de 1/10 de seconde.

MM. Forgue, Roux et Mourgues-Molines présentent une **radiographie de fracture en T de l'extrémité supérieure du tibia et intracondylienne avec grosse hémarthrose du genou** traitée de la manière la plus simple, après ponction de l'articulation, par une gouttière de Maisonneuve appliquée pendant douze jours et l'appareil de marche de Delbet. Résultat excellent, pas de limitation des mouvements du genou. Le blessé marche sans appareil au soixantième jour.

Hyperexcitabilité familiale du faisceau pyramidal. Hérédo-spécificité. — MM. Vedel, Giraud et Puech.

Sarcome ganglionnaire. — MM. Estor et Reverdy. Le sarcome, primitivement sous-orbitaire, est apparu chez un Arabe de vingt-quatre ans; métastases dans la plupart des groupes ganglionnaires ; rate normale. L'évolution a été de cinq mois et la mort est survenue par cachexie. Histologiquement il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes.

Fractures symétriques des deux poignets. — MM. Estor et Reverdy. Ce cas est curieux parce qu'on y a observé, après une chute de 2 mètres sur les poignets en extension, des lésions exactement symétriques à droite et à gauche; cliniquement, il s'agit d'une double fracture de Pouteau-Colles; radiographiquement, d'une fracture en V de l'extrémité inférieure des deux radius avec bascule des deux fragments inférieurs, l'externe en dehors, l'interne en arrière, avec arrachement des deux apophyses styloïdes cubitales, sans lésions des os du carpe.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES RÉTRÉCISSEMENTS ACQUIS DU RECTUM

DÉFINITION. — On désigne ainsi des affections lentes, à évolution progressive, qui tendent à diminuer le calibre du rectum. Elles relèvent d'une altération organique des parois du rectum, acquise, mais non néoplasique, et susceptible de régresser sous l'influence d'un traitement approprié.

C'est dire que cette définition élimine du groupe des rétrécissements du rectum toute une série d'affections :

— les *rétrécissements périrectaux*, relevant d'une compression de voisinage, d'une tumeur, d'un fibrome, d'une salpingite, d'une prostate volumineuse, ou bien d'une infiltration périrectale progressive.

— les *rétrécissements congénitaux*, membraneux ou valvulaires, qui relèvent d'un vice de conformation, sans lésions véritables des parois.

— les *rétrécissements spasmodiques*, passagers et intermittents.

— et les *rétrécissements cancéreux*. Nous retrouverons d'ailleurs l'étude de ces affections au chapitre du diagnostic.

ÉTIOLOGIE. — C'est une affection relativement rare, mais que l'on voit assez souvent dans les services ou les consultations spécialisés.

On peut diviser classiquement les rétrécissements du rectum en deux groupes : les rétrécissements *cicatriciels* et les rétrécissements *inflammatoires*.

1° **Les rétrécissements cicatriciels**, posttraumatiques, succèdent à la séparation d'une perte de substance de la paroi rectale.

Une large perte de substance de la paroi rectale, occupant une partie plus ou moins grande de sa circonférence, peut être suivie de la production lente et progressive d'un rétrécissement cicatriciel. A l'origine de ces plaies rectales, on peut incriminer :

a. Les plaies par *accidents* : chute sur le siège, déchirure par instruments, canule, corps étrangers, brûlures par caustiques, empalement accidentel. Il peut en être de même à la suite de la cicatrisation de larges plaies du rectum d'origine syphilitique, tuberculeuse, dysentérique ou cryptogénétique.

b. Les *interventions chirurgicales* : opération d'une fistule rectale, ouverture dans le rectum d'une salpingite suppurée, ablation circulaire d'hémorroïdes (Whitehead), ablation d'un polype ou d'une tumeur rectale par le procédé de Kraske, ablation d'un cancer rectal avec abaissement du côlon au sphincter conservé, etc., traitement des prolapsus.

c. Une intervention *obstétricale* : déchirure du rectum ou de la région sphinctérienne par le forceps au cours d'un accouchement laborieux.

2° **Les rétrécissements inflammatoires.** — Ils surviennent surtout à l'âge adulte et chez les femmes avec une plus grande fréquence. Ils peuvent être dus à une inflammation spécifique ou banale.

a. Parmi les *inflammations spécifiques*, il faut placer au premier rang la *syphilis*, la *blennorragie* et la *tuberculose*.

La syphilis est de beaucoup la cause la plus fréquente et elle s'associe souvent à l'infection rectale blennorragique. Ce sont là deux facteurs importants à tel point que les rétrécissements syphilitiques ont pu être considérés comme le type des rétrécissements inflammatoires ou rectites sténosantes (66 p. 100 des cas, d'après les classiques).

Il faut y ajouter la dysenterie qui, d'après Quénu, pourrait provoquer d'ailleurs assez rarement une sténose par cicatrisation.

b. Parmi les *inflammations banales*, il faut citer toutes les causes de *rectite chronique* : injections irritantes, phlegmasies de voisinage, phlegmons de la fosse iliaque, de l'espace pelvi-rectal et de la marge de l'anus, gangrènes rectales au cours des fièvres graves. Il ne faut pas oublier les rectites suppurées, les recto-colites graves et purulentes (Antoine) à germes banaux ou indéterminés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **I. Etude macroscopique.** — *Siège* : bas situé (moitié inférieure du rectum), il est accessible au doigt. On le perçoit à 4, 5, 6 centimètres de l'anus. *Nombre* : le rétrécissement inflammatoire est unique; les rétrécissements cicatriciels peuvent être multiples. *Forme* : le rétrécissement inflammatoire a une forme caractéristique, il est toujours annulaire, cylindroïde; vu par le rectoscope il présente la forme d'un entonnoir. Dans le rétrécissement cicatriciel on peut voir des brides blanchâtres. La forme en virole est très rare. *Etendue* : la hauteur du rétrécissement s'étend de 1 à 4 centimètres. Il est exceptionnel qu'il intéresse toute la hauteur du rectum (Quénu et Hartmann). *Degré de sténose* : variable. Il est parfois très serré, laissant passer à peine une sonde cannelée ou le rectoscope de 8 millimètres. Parfois l'extrémité du doigt peut pénétrer.

Une *coupe verticale* pratiquée sur un rectum atteint de rétrécissement présente les caractères suivants :

a. Au niveau du rétrécissement, il y a adhérence intime de la muqueuse à la musculeuse. Toutes les tuniques rectales forment une masse dont l'épaisseur est fort augmentée (5 à 10 millimètres). Les lésions maxima de sclérose siègent dans la sous-muqueuse. Mais elle peut atteindre le tissu cellulaire péri-rectal, d'où la péri-rectite fibreuse.

2. Au-dessus du rétrécissement : l'intestin est dilaté avec hypertrophie de la musculeuse; on note fréquemment des ulcérations circulaires (Gosselin) qui occupent tout le pourtour de l'intestin et peut remonter assez haut. C'est une ulcération en nappe, régulière, se terminant en bas par un bourrelet d'hypertrophie, en haut brusquement par un rebord festonné de la muqueuse qui est restée saine au-dessus.

3. *Au-dessous*, le rectum a l'aspect d'un entonnoir; les lésions de rectite prédominent, la muqueuse est sèche, râpeuse, rouge, épaissie, parfois ulcérée. On peut noter, dans la région anale, des condylomes, des hémorroïdes, des fissures, des polypes, réalisant la *rectite sténosante et proliférante*.

4. La *région périrectale* présente aussi des modifications : accumulation de graisse, trajets fistuleux sous-jacents au rétrécissement, s'ouvrant ou non à la peau ou aux organes voisins.

5. On peut aussi noter des lésions de tuberculose pulmonaire, la dégénérescence amyloïde des viscères (foie, rate, reins, etc.).

II. Etude microscopique. — La *muqueuse* subit certaines altérations importantes : l'épithélium cylindrique normal est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié. Souvent on peut constater une véritable kératinisation de cet épithélium (pachydermie rectale).

Il y a une transformation scléreuse, fibreuse de toutes les tuniques. C'est surtout la *sous-muqueuse* qui est le siège d'altérations profondes. Dans le rétrécissement syphilitique, on voit des amas embryonnaires autour des vaisseaux et une véritable endartérite réalisant les altérations spécifiques de la syphilis. Parfois on peut noter des nodules gommeux.

Dans les inflammations banales, l'infiltration embryonnaire est diffuse et moins accusée en profondeur.

Enfin, dans le rétrécissement tuberculeux, la muqueuse est souvent conservée intacte. La sous-muqueuse est hypertrophiée, transformée en une couche épaisse, fibreuse, avec des cellules géantes; parfois on note par endroits de la dégénérescence caséeuse. L'inoculation au cobaye peut être positive.

Mais, dans tous ces cas, les lésions spécifiques sont souvent compliquées par l'adjonction de lésions inflammatoires banales.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les glandes à sécrétion interne et leur valeur fonctionnelle. Méthodes de recherches. Procédés de diagnostic, par Jacques PARISOT, professeur agrégé, chargé du cours de pathologie générale et de médecine expérimentale à la Faculté de Nancy, médecin de l'hôpital Villemin, et Gabriel RICHARD, ancien interne des hôpitaux de Nancy, médecin consultant à Royat. In-8 de 248 pages avec figures dans le texte. — Prix : 15 fr.; franco, 16 fr. 50. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Gougerot, Stévenin, Fiessinger, Bouttier, Küss, Desplas, Toupet, Monod et Metzger.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Un concours sur titres aura lieu le 15 août pour la nomination de deux postes de médecins chargés du service des dispensaires dans l'Eure-et-Loir. Traitement : 18.000 fr. Les candidats sont priés d'adresser leurs dossiers au Comité départemental de défense contre la tuberculose, 3, rue des Crépinières, à Chartres, avant le 15 août.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 17 juillet 1923, sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe, à dater du 25 juin 1923, les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine :

MM. Magnier, Maillet-Guy, Bourdon et Cohen-Jonathan.

MÉDAILLE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille d'honneur de l'Assistance publique a été décernée, en Algérie, aux personnes ci-après désignées :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Rouvier et Ardin-Delteil (d'Alger).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Rouquet (d'Alger), Piquet et Masselot (de Constantine).

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Paris, vient de prononcer le renvoi à l'Administration d'une pétition des Syndicats médicaux de la banlieue parisienne relative à l'organisation de l'assistance médicale gratuite.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur J.-L. FAURE.) — GYNÉCOLOGIE. — *Cours de vacances.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; René Bloch, chef de clinique; F.-H. de Beaufond, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 17 septembre au samedi 29 septembre 1923.

Le cours complet en douze leçons aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 5 heures à 7 heures du soir.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu le samedi 29 septembre, à 6 heures du soir.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi, mercredi, vendredi, de 15 à 17 heures.

LABORATOIRE DES TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE. (Professeur : M. A. RICHAUD; chef des travaux : M. M. Tiffeneau, agrégé.) — Conférences pratiques et étude du droguier, par le docteur Fernand Mercier, préparateur.

Pour être mis en série MM. les étudiants devront se faire inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 heures à 17 heures.

A ces travaux pratiques seront admis : 1° les étudiants préparant le 4e examen de doctorat (ancien régime); 2° les étudiants de 4e année (nouveau régime) ajournés ou absents en juillet; 3° les étudiants n'ayant pas participé aux travaux pratiques réglementaires (après autorisation de la Commission scolaire).

Droits d'inscription : 80 francs.

Les conférences auront lieu tous les jours, à la salle des travaux pratiques de pharmacologie, de 13 h. 30 à 15 heures.

La série de conférences commencera le 10 octobre 1923.

Prière de s'inscrire de suite.

INSTITUT DU RADIUM. (Fondation Curie.) — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (1923, 26e année). — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 15 octobre, à 9 heures du matin, au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. le docteur Solomon. Le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 22 octobre, est de 150 francs et sera acquitté entre les mains du docteur Solomon.

PRATIQUE MÉDICALE

UNE NOUVELLE PRÉPARATION ARGENTIQUE

Le docteur Escoffier vient de consacrer sa thèse (1) à l'étude d'une nouvelle préparation argentique qui semble devoir retenir l'attention des cliniciens. Cette préparation résulte de l'association de l'argent colloïdal avec les sels biliaires.

Il est inutile d'insister sur les multiples applications thérapeutiques de l'argent colloïdal, pas plus que sur la multiplicité des préparations qui ont été réalisées dans cet ordre d'idées. Dans la plupart de ces combinaisons, l'argent est simplement maintenu à l'état colloïdal grâce à la présence d'un colloïde organique plus stable. Les Usines du Rhône sont arrivées au même résultat en utilisant les sels biliaires qui ont l'avantage de posséder une action thérapeutique indéniable qui est synergique de celle de l'argent.

Les sels biliaires jouissent en effet de la propriété d'abaisser considérablement la tension superficielle des solutions aqueuses où ils se trouvent; c'est sur cette propriété qu'est fondée la réaction de Hayn, et elle a pour conséquence que les acides biliaires sont des agents intenses de cytolyse. Ryswosch a montré depuis longtemps que les solutions de sels biliaires, même très diluées, dissolvent et détruisent en quelques instants les êtres organisés, globules rouges ou blancs, infusoires, parasites, etc.

L'action antiseptique de ces corps a été utilisée par divers auteurs : par Calmette et Guérin, contre le bacille tuberculeux, par Vallée contre la rage, et surtout par Löhlein en ophtalmologie.

Cet auteur constata par hasard que la conjonctivite blennorrhagique du nouveau-né était favorablement influencée par la présence d'un ictère, il eut l'idée d'employer les sels biliaires pour combattre l'ophtalmie gonococcique, et ses essais furent couronnés de succès.

Gabriélidès et Morax ont également employé la bile dans le traitement des affections superficielles de l'œil avec de bons résultats.

C'est en partant de ces données théoriques que M. Escoffier a étudié le complexe d'argent colloïdal et des sels biliaires que les laboratoires des Usines du Rhône ont préparé sous le nom de « Felargent ». Ce corps est une poudre brune, renfermant 12,5 p. 100 d'argent, facilement soluble dans l'eau froide et même dans l'alcool. Le « Felargent » est remarquable par l'absence de tout caractère irritant, par son action cytolysante et bactériolysante qu'il est facile de constater sur les éléments les plus divers, en particulier dans les pus de l'urétrite blennorragique, ou sur les cultures microbiennes.

M. Escoffier a essayé longuement le Felargent dans les diverses affections où l'argent colloïdal trouve son emploi.

En vénéréologie, pour le traitement abortif de la blennorragie (1) : miction, lavage de l'urètre antérieur avec la solution à 2 p. 100, expulsion du liquide, injection dans l'urètre antérieur de 6 à 7 centimètres cubes de la solution à 1/20e ou 1/10e que l'on conserve cinq minutes. On fait deux injections le premier jour, trois le second jour, deux le troisième jour à 3 ou 1 p. 100 et progressivement avec des solutions plus faibles.

Ce traitement a sur les concurrents le grand avantage de ne pas amener d'irritation du canal, et de ne gêner en rien le traitement ultérieur.

Dans l'urétrite aiguë, M. Escoffier emploie des injections bi-quotidiennes avec des solutions à 1/100e ou 1/200e gardées cinq minutes ou le grand lavage à 1 ou 2 p. 100.

En oculistique, les instillations à 2 p. 100 réussissent dans les infections superficielles, la pommade à 10 ou 20 p. 100 dans les blépharites.

Sur les pyodermites infantiles, on emploie le badigeonnage à 2 ou 5 p. 100 ou même, s'il y a lieu, 10 et 20 p. 100. C'est le traitement à employer dans tous les cas d'impétigo en particulier.

(1) *Thèse de Lyon*, 1923.

(1) MASSIA et PILLON. *Journ. de méd. de Lyon*, 1923.

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE MONTPELLIER (1922-1923)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

M. Albert MARIA. **De la sécrétion mammaire au cours d'affections gynécologiques sans gravidité** (27 fév. 1923, n° 27). — A l'occasion de faits cliniques incontestables démontrant que la sécrétion mammaire peut être liée à des affections gynécologiques diverses, ce qui peut offrir quelque importance médico-légale, l'auteur propose d'admettre, pour expliquer le mécanisme de la lactation, que celle-ci se fait en deux phases : l'une cinétogène, ou phase de préparation glandulaire, sous la dépendance de produits endocriniens spécifiques vraisemblablement ovariens, l'autre crisogène, ou phase sécrétoire relevant peut-être d'hormones, mais pouvant aussi apparaître sous l'influence d'actions mécaniques, soit externes (succions, brûlures), soit internes (traumatisme opératoire).

M. Pierre FLEURY. **Contribution à l'étude des occipito-iliaques gauches postérieures** (14 mars 1923, n° 33.) — Variétés rares de la présentation du sommet (0,87 p. 100), les O. I. P. G. se terminent dans la règle spontanément chez les multipares (90 p. 100), plus rarement chez les primipares (23 p. 100) où elles font partie le plus souvent de la dystocie. Leur rotation en occipito-sacrée est fréquente, surtout chez les primipares. Après s'être armé de patience, s'il faut intervenir par une application de forceps, on se comportera comme en présence d'une O. I. G. T. La rotation ne sera tentée que lorsque la tête sera bien abaissée sur le plancher périnéal. Au cas de difficultés pour amener l'occiput sous le pubis, savoir accepter le dégagement en O. S. La mortalité fœtale ne semble pas sensiblement augmentée, mais la mortalité maternelle est un peu accrue du fait de la fréquence des ruptures du périnée, secondaires tant aux interventions qu'au dégagement en occipito-sacrée.

PAUL DELMAS.

VIe CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

SÉANCE D'INAUGURATION

L'inauguration du Congrès a eu lieu le 17 juillet 1923 au magnifique palais de la « Royal Society of medicine », sous la présidence d'honneur de S. A. R. le prince de Galles, assisté de Sir William Macewen, président du Congrès et entouré du Comité international, présidé par le professeur Willems (de Liége). Citons, dans ce comité, le professeur Keen, président du Ve Congrès de 1920; le professeur Hartmann, délégué de la France; le docteur Mayer (de Bruxelles), secrétaire général, et le docteur Roberts (de Londres). Ce dernier délégué britannique et organisateur du Congrès. Dans la salle, les docteurs Alessandri (Italie), de Lawadski (Pologne), Nicolaysen (Norvège), de Quervain (Suisse), Mac Arthur et William Mayo (Etats-Unis), les professeurs Jean-Louis Faure et Gosset (Paris).

Entre les séances scientifiques, dont on lira plus loin le résumé, les réceptions se sont multipliées, à l'Université, à la Société de médecine et à la Société de chirurgie, mais il faut citer, tout particulièrement, le déjeuner sous la présidence de lord Neville Chamberlain et la soirée offerte par le lord-maire de Londres, à Mansion-House. L'hospitalité anglaise a été, durant toutes ces journées, d'une cordialité et d'un faste inégalables.

Les remerciements des congressistes ont été adressés par le professeur Hartmann au Comité anglais d'organisation et, en particulier, à son dévoué secrétaire Sir Roberts.

Décisions de l'assemblée générale.

Le *prochain Congrès* aura lieu, en 1926, à *Rome*, sous la présidence du professeur GIORDANO (de Venise).

Par courtoisie envers les membres suisses du Congrès, la langue allemande est de nouveau admise pour les discussions et rapports.

La *chirurgie de la rate*,
La *thérapeutique chirurgicale des tumeurs du cerveau*,
La *curiethérapie du cancer utérin*,
sont les trois questions mises à l'ordre du jour, d'ores et déjà.

En outre, un comité scientifique, où le professeur Gosset représente la France, désignera *deux autres questions* en 1925.

PREMIÈRE SÉANCE SCIENTIFIQUE (17 juillet)

LA CHIRURGIE DES GLANDES ENDOCRINES

A. THYMUS

I. *Chirurgie du thymus dans la première enfance.*

Docteur VEAU (de Paris), rapporteur.

L'auteur qui, en 1910, au Congrès de l'Association française de chirurgie, et dans la thèse d'Olivier, publiait 39 cas d'intervention sanglante se rallie aujourd'hui complètement à la radiothérapie.

La thymectomie sous-capsulaire qu'il pratique ne peut être que partielle en raison des lobes sus-péricardiques qui sont respectés; elle est bénigne et très bien supportée.

En outre, elle est efficace contre les trois grands symptômes :

Dyspnée permanente. Crises de suffocation. Stridor.

Mais il signale une mortalité de 30 p. 100 au bout d'un mois.

1° Infection de la plaie, toujours après trachéotomie préalable et inutile. Celle-ci doit donc être absolument rejetée

2° Broncho-pneumonie (2 cas).

3° Tuberculose aiguë avec mort en trois semaines, dans des cas d'adénopathie tuberculeuse trachéo-bronchique opérée.

Mais en raison des difficultés du diagnostic, même un médecin très averti craint l'acte chirurgical et préfère la radiothérapie qui peut être pratiquée quel que soit le diagnostic et n'a pas les dangers de la thymectomie. Dans les cas d'adénopathie tuberculeuse trachéo-bronchique, l'opération amène un désastre. Il faut pourtant savoir que :

La radiothérapie peut être inefficace (Grenet) et même dangereure (Lesage). On a décrit des cas de mort rapide avec syndrome de choléra infantile après application de rayons X,

La *thymectomie* reste indiquée dans le cas rare où le chirurgien est appelé *d'urgence* auprès d'un enfant qui asphyxie. Dans ce cas, il pratiquera une incision cervicale sus-sternale et recherchera, dans la région prétrachéale, le gros thymus. Si on ne trouve pas de masse pré ou latérotrachéale, alors seulement, faire la *trachéotomie qui ne doit jamais être pratiquée sans avoir penser au gros thymus.*

II. *Chirurgie du thymus.*

Docteur LORTHIOIR (de Bruxelles), rapporteur.

L'auteur reste partisan de l'acte opératoire.

Tandis que la radiothérapie ne peut être limitée au tissu thymique et peut occasionner, outre des nécroses thymiques, des altérations graves de voisinage, la thymectomie, opération délicate, mais simple comme technique, ne présente aucun danger, même chez le jeune enfant, si elle est sous-capsulaire.

Il préconise l'ablation du thymus dans les cas d'asthme thymique, de faux croup, d'insuffisance respiratoire, d'atrepsie, de débilité générale, etc. Il compare cette opération à l'ablation des végétations adénoïdes et la trouve moins dangereuse. Aussi lui prévoit-il un avenir des plus brillants.

B. LE SYNDROME SPLÉNIQUE

Docteur W. J. MAYO (de Rochester), rapporteur.

Les fonctions de la rate interviennent dans la composition du sang et sont étroitement associées à celles du foie.

La rate est surtout un filtre mécanique, qui enlève du sang les cellules rouges dégénérées et les agents toxiques à l'état colloïdal, tels que les microorganismes et les débris, sur lesquels elle agit avant de les envoyer au foie qui continue l'action de désintoxication et de destruction; elle produit également des lymphocytes.

Tandis que la fonction de la rate normale a peu d'importance, la rate malade est une menace sérieuse pour les éléments du sang et pour le foie.

Il semble que la rate n'est pas la cause des processus pathologiques qui la concernent, mais qu'elle agit comme agent secondaire.

L'enlèvement de la rate pour spénomégalie et pour certaines affections du sang, supprime un agent pathologique ou coupe un cercle vicieux.

Dans l'estimation du bénéfice à retirer de l'enlèvement de la rate, il faut considérer le syndrome entier dont elle n'est qu'une partie.

Une rate chroniquement augmentée de volume à laquelle le traitement médical n'apporte pas d'amélioration, doit être enlevée, à moins qu'il n'existe une contre-indication individuelle à la splénectomie.

Résumé de 295 splénectomies. — 295 splénectomies ont été pratiquées à la clinique Mayo pour des motifs divers. Tous les cas de mort survenus à l'hôpital sont classés comme dus à l'opération, sans considérer le temps écoulé après l'opération ou la cause de la mort.

SPLÉNOMÉGALIES DUES A DES MICROORGANISMES. — 1. *Syphilis chronique*, 8 splénectomies, 1 décès à l'hôpital, 7 bons résultats.

2. *Tuberculose*, 4 splénectomies, 1 décès à l'hôpital, 3 bons résultats.

3. *Organismes pyogènes*, 14 splénectomies, 4 décès à l'hôpital, 6 bons résultats, pas de guérison pour les endocardites septiques.

4. *Anémie splénique*, 82 splénectomies, 9 décès à l'hôpital, bons résultats pour la grande majorité des autres cas. Beaucoup de malades qui guérirent facilement étaient atteints de la maladie de Banti, typique, avec une cirrhose portale avancée. Dix malades eurent des hémorragies gastriques, pendant les six premières années après l'opération.

ICTÈRE HÉMOLYTIQUE. — 42 splénectomies, 1 décès à l'hôpital,

40 guérisons parfaites. 60 p. 100 des malades avaient, en même temps, des calculs biliaires nécessitant l'intervention.

Anémie pernicieuse. — 57 splénectomies, 3 décès à l'hôpital, aucun décès parmi les 40 derniers malades, préparés par transfusion sanguine. L'amélioration, dans tous cas, fut plus longue que celle qui aurait été due à la transfusion sanguine seule. Plus de 10 p. 100 des malades étaient en vie et en état de travailler plus de cinq ans après la splénectomie. Il n'y eut pas guérison absolue, mais amélioration de la composition anormale du sang. La splénectomie pour anémie pernicieuse n'est justifiée que dans un nombre de cas limité et soigneusement sélectionnés. Les malades âgés ne doivent pas être opérés.

Polycythémie rouge vraie. — 1 splénectomie, notable amélioration, le malade peut travailler.

Purpura hémorragique (thrombose essentielle). — Une splénectomie pour un cas avancé; guérison.

Leucémie splénomyélogène. — 29 splénectomies, 1 décès à l'hôpital, grande amélioration temporaire dans 28 cas. 6 sont en vie et peuvent travailler, l'un plus de six ans après l'opération. L'état du sang est amélioré, mais pas normal. Il y a moins d'anémie et de toxémie chez les malades splénectomisés.

C. CHIRURGIE DES CAPSULES SURRÉNALES

I. Docteurs Willems (de Liége) et Goormaghtigh (de Gand), rapporteurs.

1. *Anatomie pathologique.* — I. Les tumeurs d'origine cortico-surrénale ou cortico-surrénalomes (hypernéphromes) sont les plus fréquentes et peuvent revêtir la forme d'adénomes, de périthéliomes malins, et enfin de tumeurs à transformation sarcomateuse, très discutées.

II. Les tumeurs d'origine médullo-surrénale sont plus rares :

a. D'origine nerveuse, sympathique;

ou *b.* D'origine paraganglionnaire.

Symptômes. — Outre les symptômes banaux, pesanteur lombaire et très tardivement tumeur rétropéritonéale, l'auteur insiste sur deux caractères des cortico-surrénalomes, d'une part modifications des caractères secondaires du sexe, d'autre part *métastase*, unique à prédilection osseuse, surtout vers les os du crâne, orbite chez l'enfant.

Une tumeur solide des os, à croissance rapide, survenant chez des sujets d'âge moyen ou avancé doit faire penser à l'hypernéphrome, c'est la forme dite de Hutchinson.

A côté d'elle, il faut citer la métastase hépatique de Pepper.

Les paragangliomes coexisteraient souvent avec la maladie de Recklinghausen.

Les tumeurs malignes peuvent évoluer, ou bien avec un syndrome abdominal, ou bien avec le syndrome d'Addison.

Traitement de ces tumeurs par voie transpéritonéale (Auvray) surtout chez l'adulte, ne donnant de résultats qu'en cas de tumeur bénigne.

2. Les rapporteurs passent ensuite en revue la **physiologie pathologique de la surrénale** et rappellent le syndrome de Sergent-Bernard avec ses deux formes aiguë et atténuée. Ils insistent sur les lésions surrénales dans la mort par intoxication chloroformique et concluent en disant que les plus importantes des lésions de la surrénale, lésions tuberculeuses, bilatérales, sont inopérables.

3. Ils étudient enfin la **surrénalectomie** portant sur une glande saine :

a. Contre l'épilepsie, elle a été pratiquée par Brüning à la suite de Fischer et a donné des améliorations notables mais pas de guérison complète; elle semble indiquée dans des cas très graves, rebelles, rendant une vie normale impossible et est bénigne.

b. Contre l'hypertension (Delbet, 3 cas, 3 morts).

Après avoir rappelé les travaux antérieurs, ils préconisent l'ablation de la glande gauche par voie rétropéritonéale. Une incision rectiligne suit le bord inférieur du thorax; elle permettra la résection de la douzième et même de la onzième côte, il faut se créer du jour en hauteur; le rein est le premier repère. Le danger est la veine capsulaire, non les artères. Il faut chercher la veine d'emblée dans la graisse, la pincer, lier entre la pince et la veine rénale, sectionner le pédicule et garder la pince mise sur la veine comme tracteur.

II. Le docteur Pybus (de Newcastle on Tyne) a pratiqué des **greffes de capsules surrénales** dans le péritoine contre la maladie d'Addison.

III. Le docteur Juracz (de Posnen) communique ses résultats sur le traitement de l'hyper et de l'hypofonctionnement des glandes endocrines par les **rayons X**. Il insiste sur l'effet des rayons X appliqués sur les surrénales pour agir sur le sympathique. Il a ainsi amélioré des cas de maladie de Basedow. Il rapporte un cas de guérison d'asthme essentiel. Il a traité deux fois des cas d'épilepsie par destruction des surrénales avec les rayons X. Cette méthode de traitement lui paraît destinée à un grand avenir.

D. HYPOPHYSE

I. *Chirurgie hypophysaire.*

Percy Sargent (de Londres), rapporteur.

La chirurgie de la glande pituitaire a fait des progrès considérables depuis les premières opérations pratiquées il y a plus de vingt ans par Victor Horsley, mais il nous reste encore beaucoup à apprendre dans ce domaine.

En ce qui concerne le chirurgien, nous devons envisager deux questions principales : 1° que pouvons-nous espérer d'une opération? 2° quel est le meilleur procédé opératoire?

L'opération peut viser à : *a.* influencer la fonction sécrétoire; *b.* améliorer les symptômes locaux de compression; *c.* améliorer la pression générale intracranienne.

L'ablation totale d'une tumeur pituitaire est impraticable, elle déborde presque toujours la selle turcique, mais l'enlèvement partiel peut être très utile. Dans certains cas, une simple opération décompressive est seule faisable et peut être très utile, même au point de vue de la vision.

Les causes d'insuccès, d'après l'auteur qui étudie une statistique personnelle de 46 cas, sont :

1. Erreurs de diagnostic conduisant à des opérations mal dirigées;
2. Extension intracranienne massive de la tumeur rendant inutile toute autre opération que la décompression palliative;
3. Accident opératoire : hémorragie;
4. Toxémie pituitaire postopératoire;
5. Pneumonie postopératoire, très tardive, 14 mois;
6. Infection septique dans les opérations transsphénoïdales.

Le procédé opératoire de choix dans beaucoup de cas consiste dans l'*intervention ostéoplastique frontale*; l'opération transsphénoïdale présente aussi certains avantages, mais ne peut procurer qu'une amélioration partielle et passagère.

Le progrès en chirurgie pituitaire doit découler d'une amélioration dans le diagnostic, d'une sélection soignée des cas et de la précocité de l'opération.

II. Le docteur Walton (de Londres) communique 7 cas personnels avec bons résultats. Il insiste sur l'importance da la compression oculaire. Il emploie et préconise la **voie transfrontale** de Frazer.

III. Contribution à la chirurgie hypophysaire, communication et présentation d'instruments, par le docteur Henry (de Dublin) qui pratique la **voie transphénoïdale** avec précision et sécurité sous le contrôle des rayons X. Son appareil lui permet également l'introduction facile d'un tube de radium dans la selle turcique.

E. TESTICULE

Chirurgie des glandes endocrines et en particulier du testicule.

I. Communication du docteur Serge Voronoff (de Paris). — Après 120 greffes testiculaires sur les béliers et les boucs, l'auteur a fait 44 greffes à l'homme, en général utilisant des testicules de chimpanzé, une fois un testicule cryptorchide.

La vitalité du greffon n'a été bien assurée que par des greffes assez étendues, en utilisant des testicules d'*animaux adultes*, coupés en lames minces (6), fixées sur les deux *vaginales* sur une surface aussi large que possible.

II. Communication du docteur Back (de Londres). — Cet auteur a pratiqué des greffes testiculaires suivant la méthode

du docetur Voronoff. Il confirme les résultats cités plus haut, et qui ne peuvent être dus à l'autosuggestion. Les bons résultats étant en général tardifs, trois mois seulement après la greffe.

F. PANCRÉAS

I. L'emploi de l'*insuline* en chirurgie est l'objet d'une communication du docteur Banting (Toronto). Chez les diabétiques le traitement par l'insuline permet de pratiquer sans danger les interventions nécessaires — et l'auteur qui a eu l'occasion de pratiquer dans ces conditions l'ablation de l'appendice et de la vésicule — ainsi que des amputations pour gangrène, a noté un minimum de shock post-opératoire.

II. Le docteur Pybus a pratiqué des greffes de pancréas pour le traitement du diabète.

III. Le docteur Le Clerc (du Canada) expose le mérite d'Allen dans les recherches sur le diabète et le traitement par l'insuline. Ce dernier médicament améliore grandement le pronostic de l'intervention chirurgicale en particulier dans les cas de gangrène. Il se base sur une série d'expériences de laboratoire et surtout sur une série de 161 malades dont certains sont suivis depuis cinq ans.

G GLANDE CAROTIDIENNE

Le docteur Krynski (de Varsovie) ajoute aux 70 cas réunis par M. Lenormand à la Société de chirurgie, 3 cas personnels. Il insiste sur la mobilité transversale et jamais verticale de la tumeur, sur sa pulsabilité, sur sa bénignité relative. Le traitement chirurgical est l'extirpation. Si l'on peut sculpter l'artère, le pronostic est excellent ; s'il faut lier la carotide, la mortalité atteint 40 p. 100. L'auteur a opéré 2 cas simples, sans ligature, guérison, et 1 cas où il a dû extirper tout le paquet vasculo-veineux du cou, la guérison se maintient depuis deux ans.

H. THYROIDE

I. Le docteur Kocher (Berne) communique 240 cas d'insuffisance thyroïdienne congénitale traités par la greffe thyroïdienne.

Il insiste sur la technique dont l'insuffisance peut entraîner 40 p. 100 d'échecs, et sur le traitement opothérapique associé à la greffe.

Il a eu 36 p. 100 de guérison complète.
— 21 p. 100 d'amélioration.
— 29 p. 100 d'amélioration avec association du traitement opothérapique.
— 14 p. 100 sans résultats.

Un de ses cas a la valeur d'une expérience. Une fillette atteinte de myxoedème est grandement améliorée par la greffe. Mais il se forme un abcès, élimination de la greffe et réapparition du myxoedème.

Quant aux expériences sur l'animal, elles ne peuvent réussir que si on l'a privé antérieurement de l'organe à greffer et créé un besoin.

Personnellement il greffe entre aponévrose et péritoine, ou bien il trépane le tibia et dépose la greffe dans l'os.

II. Le docteur Froell (de Stockholm) a étudié le caractère morphologique du goitre sur les coupes par le liquide de Heidenhain-Susa, et aussi la teneur en phosphore, plus basse dans le goitre thyrotoxique (5 à 5,6) que normalement (7).

Pour cet auteur un métabolisme élevé, qui correspond à une pression différentielle élevée, existe dans les goitres toxiques et correspond à une excitation des combustions cellulaires par les toxines thyroïdiennes.

DEUXIÈME SÉANCE (18 juillet)

ARTHROPLASTIES

A. Rapport du docteur Hey Groves (de Bristol).

1. L'arthroplastie est un procédé opératoire destiné à rendre la mobilité à une articulation ankylosée.

2. La pseudarthrose qui résulte parfois d'une simple fracture prouve qu'une nouvelle articulation complète peut être formée sans opération plastique.

3. Les résultats cliniques de l'arthroplastie sont encore discutés. Il est certain que la mobilisation opératoire du coude est généralement suivie d'une grande amélioration fonctionnelle. L'arthroplastie de la hanche et du genou est souvent décevante.

Il y a deux facteurs de succès : l'état des os, l'état des muscles.

4. Le cas le plus utilement traité par l'arthroplastie est l'ankylose osseuse due à un traumatisme ou à une infection guérie depuis longtemps. Certains cas de tuberculose et d'ostéo-arthrite donnent aussi de bons résultats. La manœuvre essentielle de l'arthroplastie consiste à assurer un intervalle entre les terminaisons articulaires et à maintenir cet intervalle pendant la cicatrisation. Il est utile, mais pas essentiel, de former et de recouvrir les surfaces articulaires. Une traction continuelle sur la nouvelle articulation et la mobilisation volontaire précoce constituent le traitement postopératoire essentiel.

5. En ce qui concerne le coude, les indications opératoires comprennent tous les cas d'ankylose osseuse, sans infection aiguë, sauf s'il s'agit d'un travailleur manuel qui doit avoir un bras très robuste.

La meilleure opération pour le coude consiste à conserver toute la largeur des condyles huméraux et à recouvrir l'os d'un lambeau libre de fascia lata.

6. Pour la hanche, il faut considérer trois différents types d'opérations. Pour une simple ankylose, on pratiquera l'ostéotomie du col du fémur avec interposition d'un lambeau prélevé sur la capsule. Pour une ankylose hypertrophique massive, une ostéotomie sous-trochantérienne est indiquée, avec interposition d'un lambeau aponévrotique formant une articulation en forme de selle. Pour une ostéo-arthrite, la méthode de choix est la résection de la tête du fémur..

7. Pour le genou, l'importance de la stabilité et de l'indolence rendent injustifiée toute opération mobilisatrice si l'articulation est fixée dans une bonne position. L'arthroplastie ne sera considérée que dans le cas d'ankylose des deux genoux. L'utilisation de l'aponévrose libre pour recouvrir l'extrémité inférieure du fémur, la conservation des ligaments latéraux et l'emploi d'un appareil articulé pendant quelques mois, après l'opération, sont les points spéciaux sur lesquels il faut porter son attention. Si la mobilité latérale persiste, une seconde opération, consistant dans le renforcement des ligaments latéraux, sera indiquée.

B. Rapport du docteur Putti (de Bologne).

Putti a opéré 142 arthroplasties dont la première date du 10 juin 1913. Il ne s'occupe pas de l'historique de la question et ne s'attarde pas à commenter sa statistique qu'il a publiée récemment. Il croit plus intéressant d'exposer son avis sur les problèmes qu'il considère jusqu'à présent insuffisamment éclaircis.

Indications. — Il existe des indications *générales* et *spéciales*. Les indications générales concernent : *a.* l'*état général du malade, son âge, son état mental, sa position sociale, ses occupations.* L'arthroplastie est une intervention longue et traumatisante. On ne doit y soumettre que des malades se trouvant dans de bonnes conditions de résistance organique. L'âge le plus propice est celui compris entre vingt et cinquante ans. Il est indispensable que le malade participe avec sa volonté et son activité intelligente à son traitement. Donc, ne pas opérer les sujets hypersensibles, névrosés, irritables, les « minus habens ». Ne pas opérer quand les conditions financières du malade ne lui permettent pas un long séjour à l'hôpital. Il faut tenir en considération la profession ou le métier du malade; *b.* l'*étiologie, la pathogénie, les conditions anatomiques de l'ankylose.* Les meilleures sont les ankyloses traumatiques. Parmi les ankyloses suite d'arthrite infectieuse, les meilleures sont celles consécutives à un processus inflammatoire aigu. Les ankyloses osseuses sont meilleures que les fibreuses. Les ankyloses par arthrite tuberculeuse ne seront opérées qu'exceptionnellement.

On peut avoir de bons résultats dans les ankyloses de guerre, dans l'arthrite déformante de la hanche, dans les arthrites polyarticulaires ankylosantes. Ne *jamais* intervenir moins d'un an après la disparition des phénomènes les plus saillants du processus ankylosant.

Indications spéciales. — Il y a indication absolue à l'arthroplastie dans l'ankylose de la mâchoire, dans les ankyloses bilatérales de la hanche, dans l'ankylose en extension du coude, dans les ankyloses polyarticulaires. Dans les ankyloses de la hanche, n'opérer en général qu'un seul côté. Au genou, on peut avoir aussi facilement de bons résultats qu'au coude.

Technique opératoire. — Incisions donnant un ample jour. Résections sans trop d'économie. Ajustage exact des extrémités épiphysaires à la lime et à la fraise. Recouvrement des extrémités épiphysaires au moyen de lambeaux libres de fascia lata. Reconstitution soignée.

Technique postopératoire. — Commencer les mouvements douze à quinze jours après l'intervention. Les premiers mouvements passifs doivent être exécutés par le malade. Usage large de l'hyperhémie active (thermothérapie). Dans l'arthroplastie du membre inférieur, ne pas faire marcher l'opéré avant le trentième jour. Faradisation, massage, mécanothérapie.

Mécanisme de production des néarthroses. — La néarthrose constituée est le produit de la fonction. L'interposition de lambeaux aponévrotiques facilite grandement la cure postopératoire et constitue un excellent moyen adjuvant du succès. Quant au résultat, il n'est pas nécessaire que les lambeaux conservent indéfiniment leur activité. Leur action doit être temporaire. L'évolution de la néarthrose définitive est très lente.

Destin des arthroplasties. — Les néarthroses examinées longtemps après l'opération montrent une constitution anatomique très semblable à celle des articulations normales. Au point de vue fonctionnel, elles remplissent très bien leur office. Le peu de mouvement obtenu au début se maintient ou tend à s'accroître. Elles ne deviennent pas le siège de processus d'arthrite et ne se déforment pas. Leur résistance fonctionnelle est très élevée même après de longues années d'emploi.

— L'auteur a fait suivre son très intéressant exposé d'un film montrant sa technique opératoire pour le genou, et les résultats fonctionnels obtenus. La présentation de quatre malades traités par arthroplastie pour ankylose du genou et capables de *mouvements fonctionnels normaux* (deux sont officiers en activité de service) a illustré le magnifique succès de cette méthode *pour le genou*.

Mobilisation des articulations ankylosées.

C. Rapport du docteur W. Russel Mac Ausland (de Boston).

L'auteur discute l'état actuel de l'arthroplastie, insistant sur le fait que cette opération n'est pas une résection. Il décrit les types d'ankyloses infectieuses, non tuberculeuses et traumatiques, et énumère les indications et les contre-indications de l'arthroplastie. Il nous explique la position dans laquelle les articulations raides fonctionnent le mieux.

Après avoir passé en revue les méthodes employées antérieurement, l'auteur montre le développement de l'arthroplastie, y comprenant les processus expérimentaux, depuis Verneuil (en 1860) jusqu'à nos jours. Une mention spéciale concerne le docteur Baer et son travail sur la vessie de porc chromisée, et feu le docteur John B. Murphy, et le succès obtenu par sa transplantation de lambeaux pédiculés. L'aponévrose libre pour la transplantation, expérimentée par l'auteur et citée dans l'ouvrage de Putti et Payr, a eu des résultats meilleurs et plus uniformes.

L'auteur fait une étude en détail de chaque articulation, exposant les indications et contre-indications opératoires, et il décrit les méthodes générales de traitement. Chaque articulation justiciable de l'arthroplastie est représentée par des dessins montrant la technique opératoire, des tableaux, des photographies, etc., non seulement des cas rencontrés par l'auteur, mais de ceux d'autres chirurgiens. Toutes les arthroplaaties rapportées par des opérateurs dans les différents pays sont énumérées avec les méthodes employées et, si possible, le résultat obtenu.

L'auteur croit pouvoir conseiller l'arthroplastie dans certains cas d'ankylose, particulièrement pour les articulations du coude, de la hanche et du genou.

LES ARTHROPLASTIES

D. Rapport du docteur P. Santy (de Lyon).

La mobilisation opératoire des articulations ankylosées par arthroplastie n'a été encore que fort peu pratiquée en France.

La raison en est peut-être en ce fait qu'on a continué à pratiquer, pour un certain nombre d'ankyloses, les résections mobilisatrices d'Ollier.

L'auteur, dans son rapport, cherche à montrer ce que donne la technique d'Ollier et quelles sont les indications qu'on peut encore lui reconnaître.

A l'épaule, au coude, au poignet, la résection mobilisatrice permet d'obtenir de très bons résultats ; il est certain cependant que ces résultats sont plus longs à acquérir et demandent, de la part du chirurgien et du malade, beaucoup de patience et de ténacité, pendant les semaines de mobilisation et d'adaptation articulaire de la néarthrose.

L'arthroplastie est un perfectionnement incontestable de technique qui facilite l'obtention des résultats.

A la hanche, la résection mobilisatrice garde aussi quelques indications dans les cas de grosses fusions osseuses, qui rendent le modelage opératoire et l'interposition difficiles ; en dehors de ces cas, l'arthroplastie, ici aussi, est un très réel progrès.

Au genou, la résection n'a jamais eu la prétention de rendre des mouvements ; elle ne peut que permettre le redressement dans d'excellentes conditions, des ankyloses fléchies. L'arthroplastie a, par contre, créé ici de toutes pièces, un chapitre opératoire nouveau dont les réalisations, en série dans certaines statistiques, et isolées encore actuellement en France, permettent, dès maintenant, d'affirmer l'importance pratique.

Le docteur Leriche (de Lyon) qui a présenté, au Congrès, le rapport du docteur Santy, empêché, ajoute que personnellement il a pratiqué **25 mobilisations d'articulations ankylosées.**

Au coude, il a pratiqué 15 fois la méthode d'Ollier et la résection mobilisatrice lui a donné des résultats identiques aux meilleurs résultats des arthroplasties.

L'auteur proclame, au contraire, l'*excellence de la méthode de Putti*, qu'il a été apprendre à Bologne même, dans les cas d'*ankylose du genou* et dans certains cas d'ankylose double de la hanche.

L'arthroplastie du coude est exposée par le docteur Elmslie (de Londres).

Les indications essentielles de l'arthroplastie sont de rétablir la fonction et de diminuer les douleurs. Aussi certaines ankyloses en bonne position doivent être respectées. Il est plus difficile d'obtenir de bons résultats à l'épaule qu'au coude. L'auteur expose sa technique personnelle et insiste sur le traitement post-opératoire.

Le professeur Mac Ewen expose ses résultats personnels dans l'arthroplastie.

Sir William de Courcy Wheeler (de Dublin) discute les mérites relatifs de la **résection**, de l'**arthrodèse** et de l'**arthroplastie**. Il n'a jamais vu l'arthroplastie donner de bons résultats pour les ankyloses des phalanges, il est content de la résection en particulier à l'épaule et au coude.

L'ankylose du genou est la meileure indication de l'arthroplastie, il attache une grosse importance à la *douleur* dans le traitement post-opératoire et en attribue la cause aux terminaisons sensitives dans la capsule et dans les ligaments qu'il faut réséquer entièrement.

A la hanche il a eu de bons résultats de la résection du rebord cotyloïdien. Il a eu les meilleurs résultats chez l'enfant, clivage plus facile des ostéophytes et adaptation fonctionnelle meilleure.

Le docteur Jirasek (de Prague) expose les résultats de 25 **arthroplasties** de la clinique Kukula (de Prague) avec 9 interpositions d'épiploon, 7 de graisse, 9 de fascia lata.

13 cas sur le genou avec 77 p. 100 de mobilité, 23 de réankylose.

9 cas sur le coude avec 88 p. 100 de mobilité, 12 de réankylose.

2 cas sur les doigts avec 50 p. 100 de mobilité, 50 de réankylose.

1 cas sur la hanche avec 0 p. 100 de mobilité, 100 de réankylose.

Les échecs sont dus à la suppuration ou à la mauvaise volonté à subir le traitement post-opératoire, les bons résultats à une bonne étude du malade, à une résection large, à une interposition suffisante.

Le docteur VILARDELL (de Barcelone) expose ses résultats en arthroplastie. Au coude la résection mobilisatrice d'Ollier est excellente, surtout pour tuberculose, l'interposition aponévrotique ou graisseuse est indiquée dans les ankyloses traumatiques avec grosses proliférations périostiques. Au genou il faut respecter les ankyloses en bonne position et ne pratiquer l'arthroplastie que dans les cas d'ankylose bilatérale. L'hémostase soignée, l'extension continue après l'opération, la mobilisation précoce, ont une importance de premier ordre.

Le docteur STONEY (de Dublin) montre que la résection du du coude donne dans certains cas des articulations ballantes après suppurations prolongées ou blessures de guerre avec grands délabrements. Au contraire après un traumatisme de la pratique civile ou après tuberculose, la résection donne d'excellents résultats. L'auteur a obtenu ces résultats dans sa pratique de guerre. Il tamponne la cavité osseuse quarante-huit heures avec un mélange de bismuth, iodoforme, vaseline. Il immobilise à 90 degrés sous plâtre mais mobilise précocement et insiste sur les soins post-opératoires.

Pour le docteur CORACHAN (de Barcelone) l'arthroplastie doit devenir courante. Sur 7 cas il a eu 6 résultats excellents (2 coudes, 1 épaule, 1 genou, 3 doigts), Il fait une résection osseuse économique et une interposition aponévrotique, mais insiste sur la nécessité d'attendre que le foyer infectieux se soit atténué.

Le docteur TUFFIER (de Paris), après avoir rendu hommage à PUTTI expose que la difficulté de l'arthroplastie réside dans l'appréciation de la distance entre les deux segments osseux. Il emploie des plaques métalliques articulées, qu'il fixe temporairement, sur chaque face latérale et dont il fait la démonstration sur le squelette.

Le docteur ZARADWICKY (de Tchéco-Slovaquie) a pratiqué 7 arthroplasties pour arthrites ou traumatismes. Il interpose un lambeau aponévrotique, ou un fragment d'artère de veau.

Le docteur RYBAS Y RYBAS (de Barcelone) préfère la résection en matière de tuberculose. Il emploie l'arthroplastie à lambeau libre au membre supérieur et ne l'applique au membre inférieur que pour les ankyloses bilatérales.

Le docteur PUYG Y SUREDA (de Barcelone) pratique la résection au membre supérieur avec d'aussi bons résultats que l'arthroplastie. Cette dernière opération lui a donné de bons résultats dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche suivant la technique de LESSER.

Le docteur JURASZ (de Posnen) communique les 24 cas d'arthroplastie de la clinique de Payr.

Certains cas (épaule, genou) lui ont semblé plutôt justiciables d'une ankylose en bonne position. Il a vu les meilleurs résultats pour le coude et la hanche.

(*A suivre.*) MARCEL THALHEIMER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1923)

Acquisitions nouvelles sur la rougeole. (Vaccination préventive. Conditions de la contagion.) — MM. CHARLES NICOLLE et E. CONSEIL exposent dans cette note l'ensemble des résultats acquis par leurs recherches expérimentales. La vaccination préventive contre la rougeole peut être obtenue par inoculation de *sang de rougeoleux ou de singes infectés*, dosé et modifié par la chaleur ou autrement, mais mieux encore par l'emploi de *sérum des convalescents* : ce sérum doit être recueilli du sixième au dixième jour de l'apyrexie; il conserve ses propriétés préventives deux ans au moins à la glacière. Le *sang complet* (citraté ou non) peut être substitué au sérum en cas d'urgence. La durée de l'immunisation ainsi obtenue ne peut excéder quelques semaines.

Les auteurs ont récemment essayé d'une *sérovaccination*, consistant à inoculer successivement à l'enfant que l'on veut protéger du sérum de convalescent (10 centimètres cubes) et vingt-quatre heures après du sang de rougeoleux (1 centimètre cube). La méthode est inoffensive et l'immunité obtenue sans doute plus durable.

La *durée de la période contagieuse* peut être jugée par la durée de la virulence du sang : le virus morbilleux existe dans le sang dès l'apparition de la fièvre, avant l'éruption, et le sang est encore virulent le lendemain de la chute thermique.

La rougeole peut être réinoculée à des rougeoleux guéris depuis deux ans et plus : la nouvelle atteinte est typique ou bénigne, ou se réduit à une ascension thermique passagère sans éruption. L'immunité par première atteinte n'est donc pas aussi durable qu'on le pensait jusqu'ici, et l'entretien permanent du virus dans l'espèce humaine s'explique aisément par l'existence de rougeoles secondes atténuées.

Oscillation verticale du centre de gravité du corps pendant la marche en descente sur plan incliné. — MM. R. FAILLIE et J.-P. LANGLOIS.

Démonstration de la présence de sucrase dans la paroi des kystes mucoïdes de l'ovaire. — MM. P. LECÈNE et H. BIERRY, d'une série d'expériences, concluent que, dans certains cas, la paroi des kystes mucoïdes de l'ovaire tapissée par un épithélium cylindrique haut, riche en cellules caliciformes et qui offre, d'autre part, d'évidentes analogies morphologiques avec le revêtement de l'intestin fœtal, peut contenir une sucrase active, diastase caractéristique de la muqueuse intestinale.

Ce fait remarquable apporte un très solide appui à l'hypothèse pathogénique qui voit dans ces formations une évolution tératologique de l'endoderme fœtal, de même que l'évolution tératologique de l'ectoderme fœtal permet d'interpréter raisonnablement l'origine des kystes dermoïdes de l'ovaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1923)

A propos de l'héliothérapie. — M. ARMAND-DELILLE présente plusieurs enfants traités par l'héliothérapie avec succès à l'hospice Debrousse (adénites et adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses).

Un cas de mycose cutanée, laryngée et pulmonaire. — M. A. DELILLE présente une jeune enfant ayant le masque de la tuberculose et atteinte de mycose voisine de la sporotrichose. L'iodure a amélioré les accidents cutanés, mais l'état général reste très précaire. Aucun antécédent spécifique.

L'avenir des tachycardiques de guerre. — MM. LECONTE et TISNÉ ont recherché ce qu'étaient devenus les tachycardiques de guerre. Sur 28 malades, 20 présentaient le même état qu'à leur hospitalisation. Les auteurs insistent sur l'absence de tout élément étiologique, symptomatique ou autre susceptible d'expliquer la différence d'évolution (améliorés ou non), caractère négatif qui, joint à l'absence de toute modification organique du cœur, semble en faveur de l'origine nerveuse, sympathique ou sympathico-endocrinienne du syndrome. La persistance des troubles font de ceux qui en sont atteints de véritables infirmes souvent obligés de changer de profession et moins aptes à une activité physique que bien des valvulaires.

Un cas d'alexie pure (cécité verbale). — MM. CROUZON et VALENCE présentent un homme de cinquante-cinq ans, dans le passé duquel on retrouve depuis trois ans une histoire de crises comitiales, apparition d'hémianopsie droite et d'alexie pendant la convalescence d'une grippe en février 1923. Cette alexie est pure ; en effet, aucun trouble de la parole, ni de l'écriture; légère altération de la mémoire optique (pour les lieux et les couleurs). Aussi l'intelligence est-elle très peu altérée. Depuis, récupération fonctionnelle progressive au

point de vue alexique, mais persistance intégrale de l'hémianopsie. Quant à la nature de la lésion elle paraît pouvoir être rapportée à un ramollissement par thrombo-artérite probablement spécifique.

Deux cas d'anémie grave. — MM. Rieux et Delater. Relation de deux cas d'anémie grave concernant :

1° Un homme de vingt et un ans atteint d'anémie pernicieuse du type aplastique sans cause apparente. Hypoglobulie de 1.500.000 à 450.000, baisse de l'hémoglobine de 20 à 10 p. 100, réaction normomégaloblastique à peine esquissée, leucopénie de 2.100 à 800, lymphocytose presque absolue, globulins très rares. Malgré vingt transfusions de 100 à 150 centimètres cubes, représentant un total de plus de 2 litres de sang, le malade a succombé à son anémie. L'examen de la moelle osseuse a confirmé l'aplasie sanguine.

2° Un homme de trente ans, ancien syphilitique, ancien colonial, atteint d'anémie du type chlorotique à la suite d'hémorragies rectales. Hypoglobulie à 2.300.000, hémoglobine, 20 à 25 p. 100, chiffres de formule leucocytaire voisins de la normale, globulins nombreux. Réaction normoblastique au moment de la régression de l'anémie. Guérison après médication martiale aidée de trois transfusions sanguines de 120 centimètres cubes de sang chacune.

Les auteurs concluent en particulier que la transfusion sanguine, traitement de choix des anémies graves, réussit plus souvent dans les cas d'anémie de cause connue et de tendance plastique que dans les formes opposées.

Un cas d'anémie splénique. — MM. Rieux et Delater. Relation d'une observation d'anémie splénique diagnostiquée, par l'évolution clinique, maladie de Banti. Homme de quarante-deux ans ayant contracté à l'armée d'Orient, en 1916-1917, le paludisme et la dysenterie. Ces deux affections se sont éteintes. Evolution d'un syndrome de Banti ayant duré une année. L'examen histologique de la rate a révélé, au lieu de fibro-adénie, une sclérose hypertrophique pulpaire peu accentuée, et celui du foie une cirrhose interstitielle diffuse.

Dilatation de l'aorte ascendante au niveau du sinus. — MM. Grenet et Peignaux présentent un malade de vingt-huit ans atteint de rétrécissement aortique avec dilatation de l'aorte au niveau du sinus. En l'absence d'antécédents, sauf une scarlatine légère à sept ans, les auteurs se demandent l'origine des signes observés.

M. Laubry pense qu'il s'agit d'une sténose aortique congénitale avec dilatation en amont du rétrécissement. D'après M. Laubry il se passe au foyer aortique ce qu'on observe fréquemment au cours du rétrécissement pulmonaire congénital.

Gliome cérébral. — MM. L. Babonneix et Et. Chabrol présentent les pièces d'un gliome cérébral s'étant manifesté, d'une part par les signes habituels des tumeurs cérébrales, et de l'autre par une somnolence invincible ayant fait penser au début à de l'encéphalite léthargique. La réaction de Wassermann ayant été positive, le traitement spécifique parut au début apporter une amélioration. A la vérification, tumeur infiltrée siégeant dans la région de la base, occupant un espace limité, en avant par la partie antérieure de la couche optique, en arrière par la partie postérieure du noyau caudé.

Un cas de trophœdème acquis. — MM. M. Garnier et R. Huguenin présentent un garçon de dix-sept ans atteint de trophœdème acquis localisé à la cuisse droite. La ponction de la cuisse ramène un liquide chyliforme rosé, spontanément coagulable. L'examen chimique donne une quantité de graisse de 9g75. Le liquide ne contient pas de sucre et renferme du ferment glycolytique. Il existe un retard remarquable dans l'absorption de substances injectées dans la cuisse.

Du côté du système nerveux, la tension artérielle au niveau de la cuisse malade présente une maxima notablement inférieure et une minima notablement supérieure à celle de la cuisse saine; de plus, l'amplitude oscillatoire est beaucoup plus considérable à droite.

Leucopédèse digestive. — MM. Loeper et Marchal insistent sur l'importance de la leucocytose digestive.

Dans sept cas d'intoxication alimentaire, la leucopédèse s'est montrée insuffisante. Après ingestion de peptone, elle augmente. Les auteurs préconisent l'épreuve de la leucopédèse provoquée. Ils considèrent, en effet, cette leucocytose comme une défense de l'organisme contre les accidents protéiques.

La linite gastro-intestinale. — MM. Bensaude, Cain et Oury présentent deux nouveaux cas de linite gastro-intestinale.

Dans le premier cas, il s'agissait de l'histoire clinique d'un néoplasme gastrique avec péritonite cancéreuse. L'autopsie permit de constater des rétrécissements linitiques multiples de l'estomac, du grêle et des côlons.

Dans le second cas, les auteurs présentent une pièce de linite recto-sigmoïdienne : l'intestin, sur une hauteur de 30 centimètres, était transformé en un épais tuyau rigide.

A propos de ces deux cas, ces auteurs rappellent l'aspect anatomique et clinique si particulier de cette linite à foyers multiples. Il y a quelques années déjà, l'un d'eux avait insisté sur ce fait que la plupart des métastases intestinales, au cours du cancer de l'estomac, ne se produisaient que dans la forme très particulière de la linite gastrique. En 1908, il pouvait relever dans la littérature médicale 36 cas de linite gastro-intestinale avérée, dont 4 personnels. La métastase rectale est celle qui présente le plus d'intérêt parce que facilement accessible.

Hématomes du grand droit et du psoas, complications ultimes d'une hépatite. Ictère hématogène secondaire et sidérose pigmentaire de la rate et du foie. — MM. Loeper et Turpin.

Erythrodermie arsenicale à prédominance unilatérale. Rôle dans cette localisation d'un syndrome pallidal gauche et des troubles sympathiques associés. — MM. Loeper et Turpin. Cette observation met en valeur l'intérêt des troubles sympathiques contemporains des lésions strio-pallidales.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 5 juillet 1923)

Syndrome strié atypique. — MM. Babonneix et Lance présentent un enfant de sept ans et demi, chez lequel on constate un ensemble symptomatique complexe : luxation double et probablement acquise de la hanche; hémiplégie droite, légère, rétractions tendineuses du membre supérieur gauche; paralysie bilatérale de type flasque des membres inférieurs, localisée au domaine des sciatiques, arriération intellectuelle, et, surtout, syndrome strié consistant en agitation choréiforme, salivation, dysphagie, mélange singulier d'hyper et d'hypotonie, ébauche, aux membres supérieurs, de mouvements de torsion et de reptation.

La paralysie des membres inférieurs semble due à l'application d'un appareil, et à des manœuvres destinées à remettre en bonne place la tête fémorale; quant au syndrome strié, il ne réalise aucun des types actuellement connus : maladie de Wilson, pseudo-sclérose, etc. et paraît s'être constitué dès la naissance.

Contribution à l'étude des côtes et apophyses transverses cervicales. — MM. O. Crouzon et Pierre Mathieu rapportent l'histoire d'une malade, chez laquelle il existait des douleurs persistantes au niveau du membre supérieur gauche; une double griffe cubitale avec altération des réactions électriques des interosseux et des muscles des éminences hypothénar ; une bande d'hypoesthésie au niveau du bord interne de l'avant-bras et de la main gauches; un syndrome fruste de Claude Bernard-Horner.

On a pensé que ces troubles étaient dus à des côtes cervicales.

Les radiographies, puis une intervention chirurgicale ont permis de constater que les apophyses transverses de la VIIe vertèbre cervicale étaient hypertrophiées, très obliques et que les VIIIes racines cervicales se trouvaient coïncées.

Les auteurs insistent surtout sur les résultats immédiats de l'intervention chirurgicale qui a été suivie par une suppression des accidents sensitifs et moteurs et par un retour à la normale des réactions électriques.

Abcès du cervelet. — MM. MOULONGUET et PIERRE montrent un sujet atteint de syndromes cérébelleux avec déviation spontanée de l'index droit, sans lésion à l'exploration chirurgicale du cervelet.

Ils présentent ensuite les pièces anatomiques d'un abcès cervical du cervelet, étendu à toute la hauteur du lobule digastrique, le long de la portion descendante du sinus latéral jusqu'à la protubérance, sans autre ligne neurologique qu'une hémiplégie alterne terminale.

Les auteurs concluent de ces deux présentations :

1° Que le diagnostic des abcès du cervelet est hérissé de difficultés.

2° Qu'on ne saurait apporter trop de prudence dans l'étude des localisations cérébelleuses.

A propos du diagnostic entre certaine forme d'encéphalite léthargique et certaine forme de néoplasme intracranien. — MM. Clovis VINCENT et Jean DARQUIER rappellent qu'à la dernière séance de la Société de neurologie, MM. Bouttier, Girot et Mlle Wertheimer présentaient un malade au sujet duquel se posait le diagnostic entre certaine forme d'encéphalite léthargique et un néoplasme intracranien.

Chez une malade qu'ils ont eu l'occasion d'observer récemment, le tableau clinique était analogue à celui du malade précité. Il y a une douzaine d'années, avait débuté un syndrome de raideur parkinsonnienne à évolution progressive et des troubles de la vue. En janvier 1923, le tableau clinique est le suivant : Cécité avec atrophie papillaire post-œdémateuse ; attitude parkinsonnienne : le cou, le tronc, les différents segments des membres inférieurs sont fléchis les uns sur les autres et rigides. Les mouvements volontaires sont possibles, mais lents. A l'analyse, la contracture a les caractères de la rigidité striée, c'est-à-dire, qu'elle est constituée essentiellement par la suractivité de certains muscles, agissant en dehors de leur synergie avec les muscles voisins : action isolée du long supinateur pour produire la flexion de l'avant-bras, action isolée de l'un ou de l'autre des groupes fléchisseurs de la jambe pour produire la flexion de la jambe sur la cuisse. A cela s'ajoute une lenteur de l'idéation analogue à celle qu'on rencontre chez certains encéphalitiques très contracturés.

Le diagnostic porté est celui de tumeur des noyaux gris centraux. A la vérification anatomique : volumineuse tumeur comprimant le lobe gauche du cervelet, énorme dilatation du IIIe ventricule, telle qu'il fait hernie dans la fosse pituitaire et que la hernie remplace l'hypophyse. Dilatation énorme des ventricules latéraux avec augmentation de volume des noyaux gris centraux.

Ce n'est évidemment pas la tumeur cérébelleuse qui a provoqué, d'une façon directe, le syndrome parkinsonnien ; mais elle l'a provoqué, d'une façon indirecte, par le mécanisme de la distension ventriculaire ; celle-ci, considérable, n'a pu se produire sans altération des parois du ventricule latéral, en particulier, comme le montre la vérification, sans altération des corps striés, qui apparaissent macroscopiquement tomenteux, hypertrophiés.

S'il en est ainsi, on s'explique qu'une maladie, comme l'encéphalite épidémique, qui frappe, d'une façon essentielle, les appareils nerveux sous-jacents à l'épendyme : noyaux gris centraux, fibres et centres nerveux sous-jacents à l'aqueduc de Sylvius et au plancher du IVe ventricule, présente un certain nombre de symptômes identiques avec une maladie, telle qu'un néoplasme intracranien susceptible de déterminer une altération des corps striés.

Nous ajoutons qu'aucune association morbide avec la tumeur n'expliquait le syndrome strié.

Sur un cas de cécité rapide avec stase papillaire modérée. Mort dans le coma avec contractures intenses et généralisées. Foyers d'encéphalite à forme de ramollissement dans les deux hémisphères avec grosse prédominance à gauche. Lésions bilatérales des radiations optiques. — MM. ROCHON-DUVIGNAUD, JUMENTIÉ et VALIÈRE-VIALEIX rapportent l'observation d'une malade de vingt-deux ans, ayant présenté une cécité survenue, en quatre jours, avec stase papillaire modérée, sans aucun autre symptôme d'ordre général ou neurologique.

Une trépanation décompressive droite n'amena aucune amélioration de la vision. La ponction lombaire ne montra pas de lymphocytose, albumine 0,50.

Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang. Trois semaines après, ébauches de crises épileptiformes, puis apparition de contractures intenses et généralisées, en flexion pour les membres supérieurs, en extension, puis en flexion pour les membres inférieurs, Babinski bilatéral, rigidité de la nuque avec rejet de la tête en arrière. Torpeur progressive avec amaigrissement, cachexie extrême. Mort dans le coma. Deux mois et demi avec le début de l'affection.

La stase papillaire avait considérablement diminué. Les papilles étaient décolorées, en voie d'atrophie.

L'examen anatomique a montré des foyers d'encéphalite à type de ramollissement dans les deux hémisphères, mais de beaucoup, prédominant dans l'hémisphère gauche où il existait un gros foyer dans le lobe occipital, se prolongeant dans le corps calleux, jusque vers le lobe frontal et les circonvolutions rolandiques. Ces foyers atteignaient surtout la substance blanche. Des deux côtés, les radiations optiques étaient fortement touchées.

Au point de vue ophtalmologique, ces lésions nous expliquent la cécité si rapide que ne pouvait nous faire comprendre une stase modérée et récente, comme elles nous rendent compte des contractures intenses et généralisées qu'a présenté la malade.

Sur un type clinique spécial de syndrome pyramido-strié de l'adulte : paraplégie pyramidale progressive avec spasme intentionnel péribuccal. — MM. Ch. FOIX et V. VALIÈRE-VIALEIX montrent un malade présentant un syndrome caractérisé par les deux éléments suivants :

1° Une paraplégie de type franchement pyramidal avec signe de Babinski, réflexes d'automatisme, etc.

2° Un état spasmodique de la face survenant, surtout, à l'occasion de la parole et du mouvement et constituant ainsi un spasme intentionnel, péribuccal, révélant l'atteinte du système strié.

La paraplégie d'abord limitée aux membres inférieurs a atteint ensuite les membres supérieurs où elle demeure toutefois fort légère. D'abord accompagnée d'une rigidité excessive, due peut-être à l'atteinte du système extrapyramidal, elle revêt d'un côté l'aspect en flexion (vraisemblablement pour la même raison).

Le spasme intentionnel péribuccal s'accompagne d'une dysarthrie spéciale à départ hésitant et spasmodique et s'étend à un moindre degré à toute la face (spasme facial intentionnel). L'on constate au niveau des yeux une certaine lenteur de la décontraction.

A noter que le malade ne présente, en aucune manière, l'aspect parkinsonnien.

Il s'agit d'un type assez spécial de paraplégie progressive avec atteinte du système strié, qui paraît également éloigné des syndromes wilsonniens et des syndromes striés des vieillards.

Paraplégie cérébello-pyramidale avec thermo-anesthésie. Syndrome du cordon antérolatéral — MM. Ch. FOIX et V. VALIÈRE-VIALEIX montrent un malade présentant une paraplégie progressive dont le début remonte à sept ans. Il présente actuellement un syndrome caractérisé par :

1° Une paraplégie spasmodique avec signe de Babinski, réflexes d'automatisme. Réflexes rotuliens forts. Réflexes achilléens très diminués.

2° Des troubles de l'équilibre et de la marche qui revêtent le type ébrieux et s'accompagnent d'une asynergie modérée avec adiadococinésie au niveau des membres supérieurs, l'ensemble révélant l'atteinte du système cérébelleux.

3° Des troubles de la sensibilité dissociée à type thermo-anesthésique, allant en décroissant depuis les membres inférieurs sans qu'on puisse leur assigner de limite supérieure fixe.

Il s'agit évidemment d'une sclérose combinée à marche progressive dont les lésions frappent, de façon élective, les faisceaux du cordon antérolatéral, le faisceau pyramidal, le faisceau cérébelleux, les fibres de la sensibilité thermique, sous-jacentes, au faisceau de Gowers. Il est à noter, cependant, que la sensibilité tactile est respectée.

Au point de vue nosologique, les auteurs ont une tendance, malgré l'absence de caractère familial, à rapprocher leur cas de la sclérose combinée familiale, de l'hérédoataxie cérébelleuse, de la maladie de Friedreich.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1923)

Fréquence de l'hérédosyphilis à une consultation de nourrissons. — M. Léon TIXIER, à propos de la communication de M. Lemaire, estime que la fréquence donnée par cet auteur est un peu élevée. M. Lemaire fait parfois le diagnostic sur la splénomégalie et les vomissements habituels. M. Tixier fait remarquer qu'il est peut-être exagéré de considérer des signes aussi communs comme relevant de l'hérédosyphilis. Il donne un certain nombre d'observations à l'appui de ses assertions. D'ailleurs il n'est pas indifférent de soumettre au traitement arsenical ou mercuriel des enfants qui sont souvent en état d'insuffisance hépato-rénale.

Discussion — M. MARFAN considère qu'il existe une forme de vomissements incoercibles du nourrisson sans hypertrophie du pylore qui guérit par le traitement mercuriel et qu'on doit rattacher à l'hérédosyphilis.

Diabète infantile et insuline. — MM. LEREBOULLET, CHABANIER, LOBO-ONELL et LEBERT présentent à nouveau le malade qu'ils avaient montré en avril dernier après dix jours de traitement. Celui-ci a été poursuivi un mois et cessé le 8 mai. L'amélioration obtenue a été durable et depuis deux mois la malade a continué à ne présenter qu'une glycosurie modérée, sans acétonurie, sans amaigrissement, sans symptômes secondaires, la polydipsie et la polyphagie ayant disparu. L'interruption du traitement n'a donc pas fait disparaître le bénéfice obtenu et le diabète semble bien avoir été transformé dans son évolution par l'insuline. Il faut noter toutefois, à trois reprises pendant le traitement, des malaises ou accidents nerveux qui ont paru liés à un retard excessif dans l'alimentation consécutive à l'injection; sans gravité, ces accidents montrent la prudence qu'il faut apporter dans l'emploi de cette médication.

Une nouvelle cure est actuellement entreprise et il est permis d'espérer que, par des cures espacées et étroitement renouvelées, ce diabète qui, à son début semblait avoir une marche rapide, sera définitivement modifié.

Diabète insipide chez un enfant de six ans. — MM. P. LEREBOULLET et G. BOULANGER-PILET présentent un enfant de six ans atteint de diabète insipide, avec polyurie (à plus de 5 litres), polydipsie, sans aucun signe de lésions hypophysaires ou juxta-hypophysaires (pas de signe d'hypertension intracranienne, pas d'hémianopsie, selle turcique normale, pas de modifications du liquide céphalo-rachidien). Développement de l'enfant normal, pas d'obésité, organes génitaux bien conformés; aucun signe clinique ou sérologique d'hérédosyphilis. La polyurie n'a pas été modifiée par la ponction lombaire.

L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse en injections sous-cutanées a, en revanche, une action immédiate et marquée (urines passant de 5.000 à 1.200 grammes); par voie buccale, il ne semble pas jusqu'ici avoir eu une action appréciable.

Discussion. — M. Jean HALLÉ se demande s'il ne s'agit pas de syphilis dans ce cas. Il a observé une jeune femme qui, depuis l'âge de seize ans, urinait 16 à 19 litres par jour. Améliorée par l'hypophyse. Le Wassermann étant douteux, on fit du cyanure intraveineux. Dès la première piqûre, l'urine est ramenée à 3 litres. Guérison par le traitement antisyphilitique.

Gangrène bilatérale sèche des doigts par artérite. — M. MILHIT, Mlle DE PFEFFEL et M. Robert BROCA rapportent un cas de gangrène bilatérale sèche des doigts, par artérite, chez un nourrisson de quatre mois nourri au sein.

Cet accident est survenu à la suite d'une septicémie due à un bacille court, mobile, ne prenant pas le gram, qui est très probablement le bacille pyocyanique. La porte d'entrée n'a pu être trouvée.

Les auteurs insistent sur la rareté exceptionnelle de ce cas de gangrène. Les gangrènes par artérite s'observent surtout au cours de la fièvre typhoïde. Mais elles sont très rares chez l'enfant et n'ont pas été signalées chez le nourrisson.

Les auteurs pensent qu'aucun cas analogue de gangrène symétrique des extrémités, aux membres supérieurs, chez un nourrisson, n'a encore été publié.

Discussion. — M. MARFAN rappelle qu'il y a, aux Enfants-Assistés, un garçon qui présente une amputation par gangrène symétrique des deux poignets. Il présente une surdimutité congénitale, et M. Marfan pense que chez lui il s'agit d'hérédosyphilis.

Un cas de tumeur intrathoracique ganglionnaire simulant une tumeur pulmonaire chez un enfant. — M. ESCARDO VICTOR (de Montevideo).

Les indications de l'alimentation par le lait d'ânesse. — M. RIBADEAU-DUMAS rappelle que le lait d'ânesse pauvre en beurre, riche en lactose, constitue un aliment de choix pour certaines catégories de nourrissons : les débiles, mais surtout les athrepsiques vrais, qui ne tolèrent pas autre chose, soit qu'il s'agisse d'intolérance à toute sorte de lait, soit qu'il s'agisse de reprendre l'alimentation après la diète hydrique, le lait d'ânesse est bien supporté, et, pour l'auteur, supérieur au lait de femme.

Discussion. — M. BARBIER appuie ces conclusions et insiste sur les résultats remarquables de l'emploi du lait d'ânesse chez les athrepsiques.

M. MARFAN note que l'emploi du lait d'ânesse chez les débiles est bien connu, mais ce qui est nouveau c'est son emploi chez les athrepsiques de préférence au lait de femme. La difficulté est de se procurer le lait d'ânesse et son prix élevé.

Emploi du sérum de convalescent en injection préventive dans un cas de rougeole congénitale. — MM. Robert DEBRÉ, Henri BONNET et Robert BROCA. Une primipare accouche d'un enfant alors qu'elle était en pleine période éruptive. Deux jours après sa naissance, l'enfant reçoit 3 centimètres cubes de sérum de convalescent. Le surlendemain, la température de l'enfant monte à 38 degrés et la diarrhée apparaît. Quarante-huit heures après, le nouveau-né présente une éruption morbilleuse sur le tronc et la racine des cuisses. Mais la température ne dépasse plus 36 degrés. Il n'y a aucun catarrhe. Deux jours après, l'éruption a disparu et à partir de ce moment, sauf un peu de diarrhée, la santé de l'enfant est parfaitement satisfaisante. Cette rougeole bénigne a présenté les caractères d'une rougeole « modifiée ».

En raison de l'apparition de l'éruption au sixième jour de la naissance, les auteurs concluent qu'il s'agit d'une rougeole congénitale. Ils notent la gravité particulière de la rougeole congénitale, et concluent qu'il y a lieu de supposer que l'injection de sérum a eu la plus heureuse influence sur la maladie de ce nouveau-né. L'innocuité absolue de ces injections de sérum incite à les pratiquer, même chez les enfants plus jeunes.

Coxa vara de l'adolescence et insuffisance glandulaire. — M. MAYET présente trois observations de coxa vara de l'adolescence, dont deux apparues à la suite de traumatismes d'ailleurs insignifiants. Au contraire, ces malades étaient profondément touchés au point de vue endocrinien. Ils furent traités avec succès par ingestion de corps thyroïde et appareils plâtrés.

Discussion. — M. Jean HALLÉ a vu un cas de coxa vara se produire à la suite d'une coqueluche grave et guérir spontanément.

M. A. MOUCHET rappelle que c'est M. Kirmisson qui a le premier bien mis en relief les rapports de l'insuffisance glandulaire et de la coxa vara.

Un cas de malformation cardiaque. — MM. Henry BARBIER et Jean CÉLICE présentent le cœur d'un nourrisson de treize mois dont le seul accident ayant attiré l'attention vers une malformation cardiaque fut une asystolie irréductible

rapide. Il s'agissait d'une communication interauriculaire, d'une coalescence presque complète des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire et d'une persistance du canal artériel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 JUIN 1923)

Un cas de myomectomie vaginale conservatrice chez une vierge. — M. DARTIGUES a pratiqué la myomectomie vaginale par morcellement chez une vierge de trente-six ans alors qu'on avait préconisé le radium; le fibrome polypoïde, débité en dix-neuf fragments, remplissait tout le vagin et pesait 500 grammes. Inversion utérine à la fin de l'opération facilement réduite.

Prurigo et désintoxication. — M. NATIER, par un jeûne exclusif de neuf jours, a atténué nettement l'éruption et les démangeaisons dans un cas de prurigo datant de un an chez un homme de vingt-sept ans souffrant depuis huit ans de troubles digestifs et respiratoires. Retour partiel des troubles avec la réalimentation. Reprise de la cure jusqu'à guérison définitive.

Un cas de rhumatisme thyroïdien. — M. LÉOPOLD-LÉVI présente une malade de soixante-trois ans chez qui le traitement thyroïdien a fait disparaître un rhumatisme datant de vingt ans, repousser les sourcils, tomber les cheveux blancs, diminuer l'obésité et rajeunir la malade. Même effet transformateur chez son fils.

A propos de la conjonctivite des bassins de natation. — M. MOUCHET fait voter par la Société à l'unanimité le vœu suivant, à savoir que des améliorations soient apportées à l'état actuel des piscines parisiennes et que la construction et l'aménagement des piscines futures s'inspirent des derniers perfectionnements hygiéniques observés à Strasbourg, Colmar et Luxembourg.

Ecartement anormal du pavillon de l'oreille. Son étiologie. — M. HOULIÉ présente l'observation de dix malades à pavillons écartés : neuf étaient syphilitiques héréditaires. Il pense que la syphilis est à l'origine de cette malformation.

Qu'est-ce que le bionide? — M. KLOTZ-GUÉRARD complète l'étude anatomo-physiologique du zoonide par la description d'une autre unité fonctionnelle, le bionide, constitué par un groupement fonctionnel intracellulaire spécialisé pouvant exciter un groupement intracellulaire d'un autre type par l'intermédiaire d'une fibrille cylindraxile spécialisée dans la même fonction.

Les transfusions partielles plasmatiques et globulaires. — M. ROSENTHAL, séparant de la transfusion sanguine totale les transfusions partielles, décrit les procédés d'injection de plasma sanguin sans globules et des globules sans plasma, transfusions facilitées par ses capsules bouchons et la seringue à piston creux.

A propos de la cellulite. — M. ALQUIER donne les raisons qui lui font considérer la cellulite comme une réaction lymphatique liée à un processus de résorption de toxines humorales ou infectieuses. Cette hypothèse cadre bien avec les faits et fournit au diagnostic et au traitement un guide précieux et fidèle.

Fracture bi-malléolaire verticale avec luxation complète de la jambe en avant du col de l'astragale. — M. PERAIRE présente un cas de ce genre avec radiographie : le péroné et le tibia sont fracturés verticalement. Guérison rapide par le vieil appareil plâtré à gouttière et à étrier.

Fibrome utérin enclavé avec fibrome du col et double salpingo-ovarite. — M. PERAIRE présente la pièce opératoire; insuccès dans ce cas de la radiothérapie. L'hystérectomie abdominale amena la guérison; il persiste à penser que la chirurgie doit conserver une place prépondérante dans la thérapeutique des fibromes.

La valeur et les indications de l'hypnotisme en psychothérapie. — M. BÉRILLON pense que l'hypnotisme est le principal procédé en psychothérapie; il permet la réalisation rapide des rééducations intellectuelles, sensorielles et motrices, la neutralisation plus efficace des troubles de la sensibilité affective et de l'émotivité.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies par carence (1), par R. LECOQ, docteur en pharmacie.

M. Lecoq a déjà publié, en 1920, une intéressante brochure, analysée ici-même, sur les *Nouvelles théories alimentaires*. C'est dans ce nouveau livre l'étude des vitamines et de leur rôle, mais l'auteur estime que l'expression de « maladies par carence » doit être étendue à des affections qui n'ont rien à voir avec l'insuffisance vitaminique ; à côté du scorbut, du béribéri et de la xérophtalmie, qui semblent bien être de véritables avitaminoses, il faut donc placer l'ostéomalacie, la chlorose et le goitre qui seraient des maladies par carence *saline* ; les arrêts de croissance et les œdèmes d'alimentation ou *carences azotées*, les troubles de *carences grasses et hydrocarbonées*, le rachitisme et la pellagre dans lesquels diverses carences se superposent, l'inanition qui représente une *carence globale*, etc. Toute cette étude est d'ailleurs faite au point de vue expérimental, mais elle conduit naturellement à des applications à l'homme. Aussi ce travail trouve-t-il sa conclusion naturelle dans l'examen des valeurs comparées de quelques farines composées alimentaires, valeur qui dépend, dans une grande mesure, du soin apporté à leur fabrication, et dans des déductions relatives à l'hygiène alimentaire générale. Ce petit livre, très richement documenté, s'orne de belles figures et de nombreux graphiques qui en facilitent la lecture. C'est une bonne mise an point de la question, encore controversée, des carences. J. L.

Les Orges (2) [tome I], par A. GARRIGUES.

Il semble que M. A. Garrigues, médecin, écrivain et érudit, veuille nous donner une encyclopédie des applications de la botanique à la médecine, mises au niveau de nos plus récentes connaissances. Après le *Seigle* et l'*Ergot*, puis les *Blés*, voici l'*Orge* dont le premier volume, seul, a paru. Sujet bien ingrat? penserez-vous. Erreur combien fâcheuse. L'auteur sait, au contraire, le rendre particulièrement intéressant par une rare compréhension de la manière dont il doit être traité. En effet, il ne s'agit pas seulement d'une étude botanique et agronomique très poussée de ces céréales, mais aussi de notions précises sur la composition chimique et l'emploi de leurs différentes parties en diététique et en thérapeutique. L'orge fut jadis une plante médicinale; elle a cessé de l'être ou à peu près, et M. A. Garrigues nous montre, avec de bonnes raisons, que nous avons tort de négliger les propriétés d'une plante qui se montre active dans les troubles digestifs, les états hémorragiques et autres affections sanguines et a le grand avantage, par ces temps de vie chère, d'être d'un prix très abordable. Il ne faut pas négliger les traditions de la vieille médecine, basées sur une expérience séculaire et qui ont sans doute du bon, puisqu'on voit renaître, sous le nom de phytothérapie, l'antique médication par les simples. Mais M. A. Garrigues ne se borne pas à un exposé savant; il y ajoute, à propos, des anecdotes et des histoires pleines de saveur, où les cultes barbares et la magie sémitique entremêlent leurs curieux mystères. Et c'est ce qui fait que ce livre, au titre un peu rébarbatif, est d'une lecture très agréable et riche en renseignements inattendus. J. L.

(1) In-8 avec 50 figures et 35 graphiques. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot.

(2) In-16 de la Collection « Les Plantes en médecine ». — Prix : 8 francs. — Paris, Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

SERVICE AUTOMOBILE DE CORRESPONDANCE. — *Grenoble – Saint-Pierre-de-Chartreuse-Village.* — La clientèle qui fréquente, en été, Saint-Pierre-de-Chartreuse étant de plus en plus nombreuse, la Compagnie P.-L.-M. a établi en sa faveur un service automobile de correspondance spécial qui fonctionne, jusqu'au 30 septembre, entre Grenoble et Saint-Pierre-Village.

Départ de Grenoble, 8 h. 15; arrivée à Saint-Pierre-de-Chartreuse, 10 h. 35.

Départ de Saint-Pierre-de-Chartreuse, 17 h. 10; arrivée à Grenoble, 19 h.

Service en correspondance à Grenoble avec les trains de et pour Lyon et Paris.

Billets directs avec enregistrement direct des bagages de Paris, Lyon, Marseille à Saint-Pierre-de-Chartreuse par Grenoble.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 30 juillet. — Question donnée : « Tronc de l'artère sous-clavière gauche (sans embryologie). »

Questions restées dans l'urne : « Configuration et rapports de la tête du pancréas (sans embryologie, sans histologie, sans physiologie). » — « Surfaces articulaires, capsule et ligaments de l'articulation temporo-maxillaire (sans rapports, sans développement). »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le concours de chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Favreau comme titulaire et de M. le docteur Marc Rivière comme chef de clinique adjoint.

— Lyon. — Sont nommés :

MM. les docteurs Morénas, chef de clinique médicale; Wertheimer, chef de clinique chirurgicale; Rénier, chef de clinique de neurologie et psychiatrie; Pilon, chef de clinique des maladies vénériennes et cutanées.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Cruveilhier a été nommé membre de la Commission constituée à l'effet d'étudier l'influence éventuelle de l'emploi des rayons X sur le voisinage.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Laubry, médecin des hôpitaux de Paris.

A PROPOS DE L'AJOURNEMENT DU CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE DE LONDRES. — Les comités de la Société d'ophtalmologie de Paris, de la Société belge d'ophtalmologie et de la Société française d'ophtalmologie, estiment nécessaire de déclarer à nouveau que ces sociétés ont accepté, sans réserve, l'emploi de la langue allemande, langue scientifique ou familière de plusieurs peuples comme langue officielle du Congrès de Londres;

Qu'elles sont résolues à collaborer avec les nationaux d'Autriche-Hongrie, de Bulgarie et de Turquie;

Qu'elles se refuseraient à participer à ce Congrès si les Allemands y étaient invités.

Ces sociétés ont résumé les motifs de leurs décisions dans les ordres du jour suivants :

1° *Société d'ophtalmologie de Paris* (séance du 27 février 1923) :

« La Société d'ophtalmologie de Paris, après avoir pris connaissance de la note publiée par le Comité du Congrès d'ophtalmologie de Londres de 1925, décide :

Que ses membres seraient dans l'obligation de s'abstenir d'assister à ce Congrès si les Allemands y étaient invités, se conformant ainsi à la décision prise à Londres en octobre 1918, sur l'initiative de la Royal Society, et ratifiée à Bruxelles en 1919; décision non abrogée et motivée par des raisons auxquelles l'attitude de l'Allemagne et du Corps médical allemand a laissé jusqu'ici toute leur valeur. »

2° La *Société belge d'ophtalmologie* (séance du 29 avril 1923) a pris la même décision.

3° Enfin, la *Société française d'ophtalmologie* réunie le 11 juin 1923 à Strasbourg a, à l'unanimité des votants, approuvé la réponse suivante :

« La Société française d'ophtalmologie, après avoir pris connaissance de la communication du Comité organisateur du Congrès de Londres pour 1925 et avoir entendu ses délégués,

Adresse aux ophtalmologistes de Grande-Bretagne et d'Irlande ses cordiales et amicales sympathies.

Déclare qu'elle accepte très volontiers de collaborer au Congrès international de Londres avec les nationaux des Etats anciennement ennemis : Autriche, Bulgarie, Hongrie et Turquie.

Mais que, dans les circonstances actuelles et malgré ses regrets, elle ne pourrait pas participer à ce Congrès si les Allemands y étaient invités.

Elle reste ainsi en accord avec les résolutions adoptées par la conférence de Londres en octobre 1918 sur l'initiative de la Royal Society; résolutions confirmées de nouveau à Bruxelles en juillet 1922 par le Conseil international de recherches, et dont les motifs d'exclusion s'appliquent toujours intégralement à l'attitude gardée par l'Allemagne et par le Corps médical allemand. En refusant récemment toute aide médicale aux Français et aux Belges par une décision collective, sans exemple dans l'histoire, l'Association des médecins allemands en est même venue à fouler un des prin-

cipes fondamentaux les plus nobles de notre morale professionnelle. »

CONGRÈS NATIONAL D'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Un Congrès national d'éducation physique aura lieu à Bordeaux, les 24, 25, 26 septembre 1923, sous la présidence de M. le professeur Sigalas, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Le Congrès comprend trois sections :

A. SECTION PHYSIOLOGIE. — Trois rapports seront présentés :

1° *La respiration et la circulation pendant l'exercice*, par le docteur Chailley-Bert (travail du laboratoire du professeur Langlois).

2° *Les échanges respiratoires pendant le travail musculaire*, par le docteur Boigey, médecin-chef de l'école de Joinville.

3° *Dynamique cardiaque dans les exercices physiques*, par le docteur Fabre (travail du laboratoire du profeesseur Pachon).

B. SECTION ÉDUCATION PHYSIQUE. — Deux rapports :

1° *Dosage de l'exercice chez l'enfant et l'adolescent*, par le docteur Richard (de Paris).

2° *Même sujet*, par le docteur Heckel (de Paris).

C. SECTION SPORTS. — Deux rapports :

1° *Le sport aux différents âges*, par le docteur René Ledent (de Liége).

2° *La place de l'activité sportive aux diverses phases de la vie*, par le docteur Pierre Nadal (de Bordeaux).

Le Congrès est ouvert à tous les groupements scolaires d'éducation physique, à toutes les sociétés gymnastiques, athlétiques ou sportives et préparation militaire.

INSCRIPTIONS. — Les personnes désireuses de prendre part au Congrès sont priées d'adresser leur cotisation par mandat ou mieux, par chèque postal, à M. de Le Vielleuze, trésorier du Congrès (chèque postal n° 14.947 — Bordeaux).

La cotisation de membre actif du Congrès est de 10 francs. *Les groupements ou sociétés* faisant partie du Congrès à titre de *collectivité*, paieront une cotisation de 40 francs, donnant droit à quatre cartes de congressistes

Les membres du Congrès ont le droit de participer aux discussions des rapports et de faire une communication dans chaque section.

Les membres du Congrès désireux de faire une communication ou de prendre part aux discussions des rapports, sont priés de le faire savoir aux secrétaires généraux (professeur agrégé L. Rocher, 28, rue du Teich, Bordeaux; docteur Richard, 53, avenue Trudaine, Paris), quinze jours avant l'ouverture du Congrès, en indiquant le titre de leur communication individuelle.

Une exposition du Congrès, divisée en cinq classes, se rapportant aux questions d'éducation physique ou de sports, se tiendra dans les locaux de la Faculté de médecine :

CLASSE I. — *Scientifique* : Travaux, tracés, appareils de mensuration, etc.

CLASSE II. — *Artistique* : Sculptures, peintures, gravures, etc.

CLASSE III. — *Rétrospective* : Histoire des divers sports.

CLASSE IV. — *Groupements sportifs* : Sociétés sportives françaises et étrangères.

CLASSE V. — *Technique et instruments* : Athlétisme et jeux, gymnastique, alpinisme, tourisme, vêtements de sports, hygiène des sports, pharmacie sportive, etc.

Des démonstrations d'éducation physique et de pratiques sportives auront lieu à la Maison communale des sports.

Une présentation de photographies et de films concernant les sports et les grandes solennités de gymnastique, aura lieu à l'Athénée municipal.

Des réceptions et des visites seront organisées pour les congressistes, par les soins du Syndicat d'initiative de Bordeaux. Le programme en sera publié ultérieurement.

Facilités de transport. — Des pourparlers sont engagés actuellement, pour obtenir de la part des Compagnies de chemins de fer français, un tarif réduit de 50 p. 100.

Logements. — Pour tous renseignements concernant les questions de logements, de restaurants et d'hôtels, les congressistes pourront s'adresser au Syndicat d'initiative de Bordeaux, 7, Cours Georges-Clemenceau, Bordeaux.

NOTE DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique........	10 gr.
Extrait de gentiane..................	8 gr.
Extrait thébaïque................ }	0g25
Extrait de noix vomique.......... }	

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

LIVRES NOUVEAUX

La Luxation congénitale de la hanche (1) [Bibliothèque des Connaissances médicales], par M. LE DAMANY.

M. Le Damany, avec une patience admirable, s'est livré pendant de longues années à des études anthropologiques et expérimentales pour rechercher l'origine de la luxation congénitale de la hanche. Il s'est fait de cette anomalie une conception personnelle d'où il a déduit un mode de traitement spécial avec un appareillage qui lui est particulier. Il a exposé il y a près de vingt ans ses travaux, ses idées et son mode de traitement dans un volumineux ouvrage. Il en fournit aujourd'hui dans la bibliothèque des Connaissances médicales un résumé très clair et, selon l'esprit de la collection, accessible au grand public cultivé.

On constate qu'au cours de tant d'années les idées du professeur Le Damany et son mode de traitement ne se sont pas modifiées dans leurs grandes lignes. Quel plus bel éloge pourrait-on faire d'une méthode thérapeutique?

M. LANCE.

Immunité-immunisation (2), par J. RENNES.

Dans le traitement des infections, il n'est pas trop de tous les moyens pour guérir un malade. Les notions de vaccinothérapie et de sérothérapie n'ont peut-être pas assez pénétré tous les milieux médicaux ; cependant sans exclure la thérapeutique habituelle, l'immunité active et passive et surtout la sérothérapie doivent être mises en œuvre. Le récent et substantiel livre de J. Rennes traite clairement de la question et la rend accessible à tous : médecins, étudiants, vétérinaires.

On trouvera dans ce volume une série de chapitres concis, exposant les notions récentes sur les sérums immunisants, les antigènes et les anticorps, l'anaphylaxie, le mécanisme de l'immunité et l'immunisation par les virus sensibilisés, les produits solubles, la bactériothérapie et la vaccinothérapie.

L. G.

(1) In-18 avec 149 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, E. Flammarion.

(2) In-8 de 347 pages. — Paris, Le François.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

TÊTE. COU. THORAX

Le masque ecchymotique de la face dans les traumatismes par compression du thorax. (G. FERRY. Communication à la *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, 24 mars 1923.) — Cette lésion, particulièrement rare, puisqu'il n'en a guère été publié qu'une soixantaine de cas, s'observe, comme on sait, dans les compressions violentes du thorax, mais souvent de l'abdomen, spécialement, s'il n'y a pas de lésion viscérale sous-jacente. Voici un nouveau cas :

Une fillette de quatre ans, renversée par un tramway qui passe sur son corps, est relevée sans connaissance, le visage tuméfié, violacé et dans un état de shock très alarmant. Sauf deux petites zones de la région angulo-maxillaire, toute la face, la paroi antéro-latérale du cou et les parties hautes de la nuque sont ecchymotiques, présentant sur un fond qui va du bleu foncé au violet noir, un granité de petits points rouges : véritables hémorragies capillaires.

En outre, des hémorragies sous-conjonctivales ont rendu rouge la sclérotique. Mais la vision et, d'ailleurs aussi, l'audition sont normales. Sur le reste du corps, il n'y a que quelques insignifiantes excoriations et aucun os n'a été fracturé. Le cœur et les poumons paraissent intacts.

On prescrit repos, glace sur la tête, huile camphrée, puis glace précordiale pour traiter la tachycardie. L'enfant a, dès le lendemain, recouvré sa connaissance et au bout de huit jours elle est guérie. La peau a repris, en grande partie, sa coloration normale. Seules, les conjonctives restent encore rouges, pour quelque temps sans doute.

Les ecchymoses cervico-faciales de ce type ont un mécanisme assez particulier. Il y a stase dans les réseaux artériels et capillaires, puis, parfois, rupture par éclatement de certains d'entre eux, parce que la diminution de la capacité thoracique, sous l'effet de la compression, entrave la circulation pulmonaire et le retour du sang dans le cœur droit, surtout par la veine cave supérieure.

Cette compression thoracique se manifeste d'autant plus aisément qu'est plus élastique le gril costal; et c'est pourquoi le masque ecchymotique de la face ne se rencontre guère que chez les jeunes sujets dont le thorax peut se réduire sans les fractures ni les lésions viscérales qu'un même traumatisme causerait chez l'adulte.

Six observations de fractures de la région condylienne du maxillaire inférieur. (J. BERCHER. In *Revue de chir.*, 1923, n° 3, p. 200.) — Les fractures de la région condylienne, c'est-à-dire, celles qui siègent au-dessus et en arrière des muscles élévateurs comprennent trois types : ou bien le trait de fracture est compris entre les insertions postérieures des masseters, l'apophyse coronoïde d'une part, et le col du condyle d'autre part; ou bien le trait de fracture siège sur le col du condyle; ou, enfin, il s'agit d'un type complexe dans lequel la lésion peut intéresser, outre le condyle, la racine transverse de l'apophyse zygomatique, le fond de la cavité glénoïde du temporal, la portion antérieure du conduit auditif osseux.

Quel que soit le type observé, la symptomatologie serait uniforme d'après les données classiques : douleur à la pression de l'articulation et dans les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche, déviation du maxillaire du côté lésé, trismus précoce, puis constriction. En réalité, il est loin d'en être ainsi et souvent les signes sont à peine esquissés, faisant croire à une contusion ou à une arthrite temporo-maxillaire plutôt qu'à une fracture.

Les trois premières observations sont, à ce point de vue, démonstratives. Elles concernent des blessés qui sont restés respectivement quinze jours, quatre mois, un mois sans se préoccuper de leur état. Ils étaient atteints de fractures du premier type que, seule, la radiographie permit de déceler.

Quand la fracture est du second type, il en va tout autrement. La symptomatologie impose alors le diagnostic, et, cependant, si l'on recourt à la radiographie, ce qui doit être fait dans tous les cas, on se rend compte que les lésions sont plus étendues qu'on ne le croyait; à la fracture s'ajoute fréquemment une subluxation condylienne. Les observations IV et V en font foi.

Enfin, dans les fractures du type III les lésions sont considérables et leur analyse est difficile cliniquement. Seule, la radiographie permet un diagnostic exact et complet. C'est le cas de la VIe observation, où à la fracture condylienne s'ajoutent une fracture du conduit auditif, un tassement du col du condyle et une subluxation en arrière des deux condyles.

Dans toutes ces fractures, l'importance fonctionnelle n'est pas proportionnée à la multiplicité et à l'importance des désordres anatomiques. Le pronostic est bon dans l'ensemble des cas, car même avec une restauration anatomique défectueuse, le résultat fonctionnel est satisfaisant.

Le traitement est identique, quelle que soit la variété de fracture. Il doit viser à rétablir la fonction masticatrice. On immobilisera les maxillaires en assurant aux arcades dentaires, leurs rapports normaux. La mobilisation sera instituée aussitôt que possible. L'ankylose temporo-maxillaire ne serait à craindre que dans les fractures ouvertes septiques; fréquentes en chirurgie de guerre, ces fractures paraissent exceptionnelles dans la pratique civile.

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des fractures de la base du crâne (31 observations). (G. FERRY. Travail de la clinique chirurgicale du professeur Sencert. In *Revue de chir.*, 1923, n° 2, p. 117.) — L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic de fracture de la base chez un sujet qu'un traumatisme cranien vient de plonger dans le coma.

La commotion cérébrale simple, sans fracture, est seule facile à reconnaître.

La contusion et la compression coexistent, le plus souvent, avec une lésion de la boîte cranienne; le diagnostic est ici plus délicat et réclame une attention toute spéciale. Des examens fréquemment répétés, toutes les deux heures, seront souvent nécessaires avant de pouvoir affirmer l'existence d'une fracture. Dans ce cas, le coma est plus profond; des paralysies apparaissent; on recherchera toute la série des signes d'hyperpression : le ralentissement du pouls et de la respiration, l'augmentation de la pression sanguine, la diminution des réflexes tendineux, la stase papillaire, la mydriase. D'utiles renseignements seront fournis par la ponction lombaire quant à la pression du liquide céphalo-rachidien et à sa teneur en sang.

Le pronostic varie dans une certaine mesure, avec les caractères du liquide que fournit la ponction. Ce liquide est-il franchement sanglant? Le pronostic est grave; il y a lieu de craindre des lésions étendues de commotion et de contusion plutôt que de compression.

Un liquide simplement teinté, sous une pression moyenne ou faiblement au-dessus de la normale entraîne des prévisions moins sombres.

Certains signes cliniques ont aussi une réelle valeur diagnostique :

La *contracture* et la *raideur généralisées* sont de mauvais augure; elles traduisent l'irritation corticale par un gros hématome.

La *quadraplégie* est habituellement suivie d'une mort précoce; elle s'explique par des lésions destructives plutôt qu'hémorragiques.

L'*hémiplégie* paraît être la conséquence d'une compression localisée d'origine hémorragique ; elle fait craindre la possibilité d'une compression bulbaire.

Les *indices d'infections méningées* modifient considérablement le pronostic, suivant leur intensité et la rapidité de leur apparition.

Le diagnostic de fracture du crâne étant posé, quelle sera la conduite du chirurgien?

Si des symptômes de localisation apparaissent d'emblée, l'opinion générale est qu'il faut trépaner; mais, en l'absence de ces symptômes, les avis se partagent.

Les uns préconisent l'intervention de Cushing : trépanation sous-temporale primitive, préventive et bilatérale; c'est l'opinion de Roux-Berger, de Martel, Alamartine; Vincent Dubboucher.

Les autres, et c'est le plus grand nombre, préfèrent suivre la méthode de Quénu : ponctions lombaires répétées, quitte à trépaner secondairement si de nouvelles indications se précisent.

L'auteur se range à cette méthode, adoptée par la clinique chirurgicale de Strasbourg. La grande facilité d'exécution de la ponction lombaire, sa gravité moindre comparée à la trépanation qui ouvre la dure-mère et la laisse ouverte, les bons résultats qu'elle a donnés à tant de chirurgiens qui ont vu, par elle, s'améliorer leurs statistiques, font que cette méthode est presque universellement suivie aujourd'hui. Avec elle, on n'a pas à craindre non plus les inconvénients tardifs de la trépanation, notamment ces manifestations épilepliques à type jacksonnien dont maints auteurs ont rapporté dee exemples.

Une statistique détaillée de 31 cas, traités par les ponctions lombaires répétées, semble plaider éloquemment en faveur de cette technique. Chez deux malades, seulement, on a pratiqué la trépanation, non préventive et bilatérale, à la manière de Cushing, mais décompressive, secondaire, symptomatique et unilatérale.

Aux ponctions, il convient d'ajouter le traitement du shock, l'application de glace sur la tête, l'antisepsie des cavités faciales, la prescription des diurétiques et surtout des purgatifs répétés. Dans ces conditions, la méthode de Quénu est pleinement efficace dans la plupart das cas.

Cf. — Blessure de la carotide et de la jugulaire. Ligature. Guérison. LAWRENCE. *Journ. of the Amer. Assoc.*, 14 avril 1923, vol. LXXX, n° 15, p. 1068.)

Récidive abdominale d'un cancer du sein, quatorze ans après une intervention. (DURET et POLOSSON. In *Lyon méd.*, 1923, n° 1, p. 17.) — La malade, dont il s'agit, fut opérée en 1908 par Bérard, d'un épithélioma du sein gauche : ablation très large par le procédé de Halsted.

Pendant quatorze ans, la santé demeure excellente ; puis des troubles digestifs apparaissent avec alternatives de diarrhée et de constipation ; une ascite s'installe abondante, qu'un médecin tente de ponctionner, mais sans succès. Une seconde ponction, faite à l'hôpital, donne issue à cinq litres de liquide non hémorragique dans lequel il n'est pas possible de trouver de cellules néoplasiques. Après évacuation de l'épanchement, on perçoit, dans les fosses iliaques droite et gauches, deux tumeurs volumineuses dont il est difficile de préciser le point de départ.

Au niveau de la paroi, au point même où fut faite la première ponction, existe une tumeur indurée infiltrant le tissu cellulaire sous-cutané. Une biopsie de cette tumeur montre qu'il s'agit là d'un épithélioma atypique à disposition pseudo-acineuse rappelant les images qu'on trouve dans les cancers mammaires. Cette observation est intéressante à un double point de vue : résultat local parfait de l'opération de Halsted — récidive à distance de la tumeur primitive — le tout constaté quatorze ans après l'intervention.

Cf. — Neuf observations de chirurgie intrathoracique unilatérale en plèvre libre. (J. LEVEUF. In *Revue de chir.*, 1923, n° 4, p. 319.)

ABDOMEN

Résultats éloignés du traitement de la maladie de Banti par la splénectomie. (André CHALIER et Joseph CHALIER. Communication à la *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, séance du 23 janv. 1923, in *Lyon méd.*, 1923, n° 8, p. 354.) — Les traitements médical et radiologique de la maladie de Banti sont inefficaces. Par contre, le traitement chirurgical peut donner de surprenants résultats, surtout quand il est appliqué de façon précoce. La forme de ce traitement varie selon la période de la maladie.

A la première période : splénomégalie, anémie légère, et à la deuxième période : splénomégalie, anémie, gros foie et troubles digestifs, la splénectomie s'impose et peut guérir le malade.

Plus tard, quand il y a cirrhose atrophique du foie et ascite, Banti conseille de s'abstenir. Pourtant, si à la splénectomie on associe une « omentopexie », on peut encore à cette troisième période obtenir la guérison.

La fixation de l'épiploon à la paroi consécutivement à l'ablation de la rate fut conseillée pour la première fois en 1901 par Tansini. Grâce à ce complément opératoire, A. Chalier a guéri une femme de cinquante ans dont il publie l'observation détaillée. Deux ans et demi après l'intervention, la santé de cette femme reste excellente.

Des examens de sang répétés permettent de suivre pas à pas les transformations de la formule sanguine. Avant l'opération on comptait 3.700.000 globules rouges avec 65 p. 100 d'hémoglobine; deux mois après l'intervention, le nombre des hématies montait à 4.247.000 ; il dépasse actuellement 4.500.000, et la richesse hémoglobique est de 80 p. 100.

Le nombre des globules blancs a passé de 14.000 à 9.000 par millimètre cube. La formule leucocytaire indique :

Polynucléaires neutrophiles.....	35	p. 100
Eosinophiles.................	15	
Lymphocytes.................	22	
Moyens nucléaires............	38	
Grands mononucléaires.........	3,5	

Le nombre des hématoblastes est devenu normal.

Cf. — A propos des grands abcès du foie; la forme aiguë de ces abcès; quelques remarques au sujet de leur traitement. (V. COMBIER et J. MURARD. *Presse méd.*, 1923, n° 34, p. 386.)

Un cas d'appendicite chronique simulant l'angine de poitrine. (Anthony BASSLER (New-York). In *Journ. of amer. Assoc.*, 19 mai 1923, vol. LXXX, n° 20.) — Un homme de cinquante ans, sans passé pathologique, est pris brutalement au milieu de la nuit d'une douleur intense dans l'abdomen s'accompagnant de nausées puis de vomissements.

Cet état persiste environ quatre jours et cède au repos et aux lavages d'intestin. Une semaine après sa guérison cet homme présente une crise classique d'angine de poitrine qui se renouvelle au moindre effort. L'examen somatique est négatif; les pressions systolique et diastolique sont normales. La radioscopie montre une ptose du côlon avec un appendice volumineux, douloureux à la pression.

On croit à une appendicite chronique et l'on opère. Le diagnostic est confirmé macroscopiquement et histologiquement. Une seule crise s'est produite depuis l'intervention au moment où le malade s'est levé pour la première fois. Pendant trois mois une sensation de brûlure légère a persisté au niveau de la poitrine. Depuis un an les crises n'ont jamais reparu bien que le sujet mène une vie active et fatigante.

Un cas de mégacæcum développé chez un nourrisson de huit mois. Mort de péritonite par perforation au niveau de l'angle colique gauche. (H.-L. ROCHER et E. AUBERTIN. In *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1923, n° 2, p. 67.) — Un enfant de huit mois est admis à l'hôpital pour occlusion intestinale. Depuis la naissance il est constipé et présente un gros ventre qui continue à augmenter de volume. Actuellement il refuse le sein, ne rend que quelques matières demi-molles, a des

coliques continuelles et une température à 37°5. Le toucher rectal est négatif.

On diagnostique un mégacôlon avec obstruction chronique paralytique : laxatif et sonde rectale à demeure.

L'état s'aggrave. Les vomissements apparaissent fécaloïdes. Le facies péritonéal s'installe avec refroidissement des extrémités; la température tombe à 36 degrés. On décide de faire une laparotomie.

Le cæcum énorme est fixé à la séreuse péritonéale; la plaie est refermée. On incise la paroi cæcale, ce qui donne issue à des matières demi-molles. L'opération est suivie d'un lavage d'estomac; l'enfant succombe trois heures après.

A l'autopsie, des fausses membranes grisâtres apparaissent sur l'intestin au niveau de l'angle colique gauche. Le péritoine contient du liquide louche fécaloïde. Le cæcum, piriforme, à grosse extrémité inférieure, remonte jusque sous le foie. Tout le côlon est rempli de matières. Vers l'angle colique gauche on découvre six perforations complètes et deux ulcérations nécrotiques. Dans le mésentère sont disséminés de volumineux ganglions.

Cf. — Deux cas de hernie de la ligne de Spigel. (G. Nyström. In *Acta chirurgica Scandinavica*, 5 juillet 1923, vol. LVI, fasc. 1, p. 92.)

Rupture d'un anévrisme de l'artère splénique. (William Randolph Smith. *Journ. of amer. Assoc.*, 9 juin 1923, vol. LXXX, n° 23, p. 1692.) — Une femme de trente-huit ans, de santé parfaite, ressent brusquement au niveau de l'épigastre une douleur en coup de poignard d'une intensité telle qu'elle perd connaissance. Peu à peu, elle revient à elle, mais présente un état de shock impressionnant avec tous les signes d'une hémorragie interne. Le ventre est dur surtout dans la zone ombilicale, matité généralisée, sauf au niveau du cæcum. Un examen gynécologique montre une muqueuse vaginale pâle; il n'y a pas d'écoulement sanguin par le col utérin.

On pose le diagnostic de rupture de grossesse ectopique et l'on pratique de suite une laparotomie.

L'abdomen est rempli de caillots. L'utérus fixé dans le bassin par de multiples adhérences ne présente en lui-même rien d'anormal; hydrosalpynx et ovaire kystique des deux côtés.

Vers l'épiploon gastro-colique, au niveau de la partie moyenne du pancréas, on découvre une masse qu'on suppose être un kyste hémorragique de cet organe. Evacuation des caillots qu'il contient, marsupialisation et introduction d'une mèche de gaze dans sa cavité. La mort survint deux heures plus tard, et l'autopsie montra qu'il s'agissait de la rupture d'un anévrisme volumineux de l'artère splénique adhérent au pancréas dont il avait considérablement déprimé la face antérieure.

MEMBRES

A propos de sept sympathectomies périfémorales. (M. Chaton. *Revue méd. de l'Est*, 15 mai 1923, t. LI, p. 327.) — La sympathectomie a été pratiquée 4 fois pour ulcères, 3 fois pour gangrène des membres inférieurs. Dans trois cas, l'adventice était très épaisse et les éléments du paquet vasculo-nerveux adhéraient entre eux. Dans un cas d'ulcère de moignon, la paroi artérielle particulièrement fragile se coupait sous la ligature. Toujours la fémorale fut découverte à la partie moyenne de la cuisse et, 6 fois sur 7, l'ablation de l'adventice put être réalisée méthodiquement par une double incision circulaire avec incision longitudinale; une fois on eut recours à l'arrachement.

L'auteur relate deux incidents opératoires : Une artère fragile fut blessée et dut être liée d'ailleurs péniblement; une autre fois, c'est la veine adhérente qui, dans les manœuvres de libération se déchira et qu'il fallut lier.

L'opération s'est, en somme, montrée efficace dans la plupart des cas où elle a été employée, qu'il s'agît de gangrène ou d'ulcères. En particulier, l'auteur se félicite, dans un cas de gangrène, d'avoir amélioré le pronostic opératoire de l'amputation en pratiquant une sympathectomie séance tenante. Mais, il semble ignorer que cette indication de la sympathectomie n'est pas nouvelle et a fait l'objet de plusieurs travaux antérieurs (Chastenet de Géry. *Gaz. des hôpit.*, 27 et 29 sept., 1921 et *Th. de* Dariau, 1922).

A propos de la sympathectomie périartérielle (opération de Leriche). Résultats éloignés. (A. Guillemin. *Revue méd. de l'Est*, 15 mai 1923, t. LI, p. 335.) — L'auteur a traité par sympathectomie, 5 ulcères variqueux, 2 gangrènes par endartérite et 4 cas de troubles trophiques chez des amputés.

Des 5 ulcères, 3 ont guéri et étaient sans récidive au bout de dix mois et demi, dix mois et quatre mois. Deux ont récidivé après dix mois et demi et treize mois, mais ils restaient améliorés, quant à leurs troubles fonctionnels. Les deux cas de gangrène ont donné une cicatrisation tardive et un échec. Par contre, chez quatre amputés qui présentaient des troubles trophiques, douleurs et ulcérations, l'auteur a obtenu quatre succès.

Le traitement de l'éléphantiasis des membres. (Ch. Lefebvre, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse, in *Journ. de chir.*, avril 1923, t. XXI, n° 4, p. 436.) — Cette maladie a été traitée en vain, successivement par les mouchetures, l'application de sétons, la ligature de l'artère principale du membre lésé. Les procédés modernes basés sur la pathogénie, donnent des résultats encourageants. Ils visent l'établissement d'un drainage des liquides de stase vers les tissus susceptibles de les résorber.

Quatre méthodes sont employées :

1° La dérivation se fait vers les tissus sains sus-jacents; c'est la « lymphangioplastie » de Handley. Des fils de soie introduits çà et là dans la région malade viennent aboutir pour le membre supérieur dans le tissu aréolaire de l'aisselle et, pour le membre supérieur dans la fosse iliaque où ils sont fixés dans l'épaisseur du muscle iliaque.

2° La dérivation est dirigée vers les tissus sains profonds. Cette technique est basée sur les données anatomo-pathologiques. Les lésions siègent au niveau de la peau et du tissu cellulaire; elles consistent essentiellement en un phénomène de stase lymphatique qu'accompagne une réaction scléreuse de voisinage. L'aponévrose semble une barrière infranchissable pour ces lésions qui n'atteignent qu'exceptionnellement les organes sous-jacents.

Les méthodes nombreuses se réduisent à quatre :

a. Lay, après incision du fascia lata, atteint le fémur en réclinant le vaste externe. Il rugine le périoste au tiers inférieur, au tiers moyen, au tiers supérieur. Trois orifices sont creusés, à ces différentes auteurs, à la fraise de Doyen, dans l'épaisseur du fémur jusqu'à la moelle. Des bandelettes taillées dans le fascia sont introduites dans chacun des orifices.

La plaie est suturée après fixation du fascia au périoste.

b. Kondoleon se contente d'enfouir, dans les interstices musculaires profonds, après incision de l'aponévrose d'enveloppe, des bandelettes taillées aux dépens des éléments superficiels, peau exceptée. On ne suture pas l'aponévrose, mais seulement la peau.

c. Payr pratique d'importantes résections, sous forme de bandes larges de 8 centimètres, intéressant l'aponévrose et le tissu cellulaire infiltré. Quelques points réunissent la face profonde du tissu cellulaire, la lèvre aponévrotique et les muscles sous-jacents.

La peau est suturée au-dessus de cette brèche, laissée largement béante.

d. Sistrunck fait l'ablation d'un large lambeau losangique, formé de l'aponévrose, du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

3° La dérivation peut être mixte et se faire, à la fois, vers les tissus sains sus et sous-jacents. Walther emploie, à cet effet, un long tube de caoutchouc percé à la façon d'un drain qu'il faufile sur toute la longueur de l'aponévrose correspondant à la zone malade pour le faire aboutir au tissu cellulaire, sous-cutané de la fosse iliaque en passant sous l'arcade de Fallope. On connaît la tolérance parfaite des tissus pour le caoutchouc, mais il est bon, si celui-ci contient du soufre, de l'immerger au préalable dans une solution de lessive de soude.

4° Enfin, un quatrième procédé de dérivation d'un type spécial, consiste à placer, en position ectopique, certains organes de voisinage, dans le canal inguinal, par exemple.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

La Compagnie P.-L.-M. vient de publier un nouveau dépliant-carte de ses services automobiles de la Route des Alpes et du Jura.

Présenté sous une couverture rehaussée de deux aquarelles, ce dépliant comporte,

— au recto, une carte en couleurs au 400.000e avec tracé en rouge des services;

— au verso, le profil de la route avec le kilométrage dans les deux sens et deux panoramas.

Une plaquette donnant la description du parcours est annexée à la carte.

Prix de vente 1 fr. dans les agences P.-L.-M., les bibliothèques et bureaux de renseignements du réseau, les bureaux de correspondance des services automobiles, etc. Envoi par poste recommandé sur demande adressée à Paris à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, ou au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, et accompagnée de la somme de 1 fr. 55 pour la France et 1 fr. 90 pour l'étranger.

CIRCUITS AUTOMOBILES DANS LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — Jusqu'au 2 novembre 1923, les services automobiles d'excursions dans la forêt de Fontainebleau, organisés par la Compagnie P.-L.-M., seront remis en marche. En correspondance avec les trains de et pour Paris, ces services comporteront :

1° Chaque jour : un circuit dans la matinée pour la visite de la partie Nord de la Forêt ; un circuit dans la soirée pour la visite de la partie Sud de la Forêt.

2° Les jeudis, dimanches et jours fériés, pendant toute la saison, plus les lundis et samedis pendant les mois de juillet, août et septembre : un troisième circuit comprenant la visite complète de la Forêt (avec arrêt à Barbizon pour le déjeuner).

Que valent tous ces procédés? A en juger par l'exposé de 26 observations, la dérivation dans les tissus sus-jacents n'est pas suivie de résultats appréciables ; après une période d'amélioration, les récidives sont rapides et donnent l'impression d'une opération parfaitemet, inutile.

Dans les procédés à dérivation « sous-jacente » les résultats sont meilleurs, mais les récidives encore fréquentes.

La dérivation, par éléments mis en ectopie, a été trop peu employée pour qu'on puisse sainement la juger, et les meilleurs résultats sont fournis par la technique de Walther.

Il ne s'agit pas de restitution « ad integrum », mais d'améliorations sensibles. Quoi qu'il en soit, ce traitement doit être tenté avant de pratiquer l'amputation radicale que certains chirurgiens conseillent encore d'emblée.

Embolectomies dans le traitement des troubles circulatoires des extrémités. (Einar Key. In *Surg, gyn. and obst.*, mars 1923, vol. XXXVI, n° 3.) — L'auteur a pratiqué dix fois cette opération : Au niveau de la fémorale primitive, de la poplitée, de la fémorale superficielle, de la bifurcation de l'aorte, de l'axillaire, de l'humérale et de l'iliaque externe. L'intervention fut faite dans un délai variant de deux heures à quatre jours après apparition des premiers symptômes; quatre fois, elle fut suivie de gangrène; les autres fois le succès fut parfait.

On employa l'anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline, excepté dans un cas, où, l'embolus siégeant à l'aorte, l'anesthésie générale fut nécessaire.

Une asepsie parfaite est de rigueur. On utilise de très fines aiguilles et des fils de soie stérilisés dans la vaseline. La plaie est recouverte de compresses vaselinées ou mieux imbibées d'une solution de citrate de soude à 2 p. 100. Gants et instrument sont fréquemment immergés dans cette solution. L'artère est découverte suivant une ligne d'incision dépassant le siège de l'embolus. Des clans sont placés en amont et en aval, puis sur les collatérales. L'artère incisée, une légère pression sur les parois du vaisseau, suffit souvent à extraire le caillot; d'autres fois, il est nécessaire d'user de la curette mousse qu'on manie avec douceur pour ne pas blesser l'endartère dont la moindre lésion donnerait naissance à un thrombus.

Après suture du vaisseau, il importe d'explorer complètement le système circulatoire, car, les cas d'embolus multiples sont relativement fréquents.

GLANDES. SYSTÈME NERVEUX. APPAREIL GÉNITAL

Lymphosarcome de l'amygdale, du corps thyroïde et des deux testicules. (H. L. Rocher et Ch. Lasserre. In *Journ. de méd. de Bordeaux et de la région du Sud-Ouest*, 1923, n° 5, p. 154.) — Un garçon de neuf ans et demi présente en mai 1922 une angine à fausse membrane au niveau de l'amygdale gauche. Dix jours après guérison, par injection de sérum antidiphtérique, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon apparaît au niveau de l'amygdale. Une biopsie est faite ; il s'agit d'un sarcome à petites cellules. L'application de trois aiguilles de radium pendant trente heures amène la disparition de la tumeur.

Vingt jours plus tard, le testicule et le cordon gauches deviennent durs et volumineux. Quelque temps après, apparition d'une tuméfaction au niveau du corps thyroïde. Le tout évolue rapidement au milieu d'un bon état général et sans température. La face est cependant bouffie et congestionnée. Le testicule et le cordon droits se tuméfient à leur tour, et il semble que les ganglions lombaires juxta-aortiques s'infiltrent de ce côté.

L'examen du sang ne montre pas de modifications profondes de la formule globulaire, mais la réaction de Hecht est moyennement positive; celle de Besredka est négative.

Les différentes tumeurs augmentent de volume à vue d'œil.

L'enfant meurt dans une crise de suffocation alors qu'on tente une trachéotomie.

L'examen des pièces prélevées à l'autopsie montre une image de lymphosarcome à prédominance lymphocytique. La rapidité de la généralisation amenant la mort en quelques semaines après disparition de la tumeur amygdalienne sous l'action du radium ne laisse pas d'être troublante.

Documents anatomo-cliniques sur les tumeurs intrarachidiennes. (Travaux du service et du laboratoire du docteur Bériel, avec la collaboration de MM. Branche, Devic, Viret et Wertheimer. In *Lyon chir.*, 1923, t. XX, n° 2, 42 dessins, 10 obs.) — Ce n'est pas là une étude d'ensemble des tumeurs intrarachidiennes, mais plutôt l'exposé de plusieurs cas anatomo-cliniques et des enseignements qu'ils comportent.

Ces tumeurs peuvent être sous-durales, intradurales ou intramédullaires. Une telle classification, commode au point de vue didactique, n'a rien d'absolu, les lésions pouvant tôt ou tard se superposer. De même, une tumeur purement rachidienne, voire extrarachidienne, peut devenir anatomiquement tangible à l'intérieur du canal et réaliser un syndrome clinique de tous points comparable à celui des néoplasmes intrarachidiens d'emblée.

L'objet de ce travail n'a donc rien d'exclusif; il embrasse tous les néoplasmes primitifs ou secondaires exerçant sur l'axe médullaire une action pathologique directe ou indirecte, compressive ou destructive.

Les deux premières observations rapportées ont trait à une généralisation intrarachidienne de tumeurs des nerfs.

Chez l'un de ces malades, la généralisation s'est produite sans continuité, à la façon d'une métastase; chez l'autre, l'envahissement s'est fait de proche en proche, par extension simple d'un néoplasme à travers un trou de conjugaison qui peu à peu s'est laissé pénétrer.

Il est de règle, et cela s'est vérifié pour les deux malades, que la propagation néoplasique marque un temps d'arrêt au niveau des racines; les signes dénonçant l'atteinte radiculaire s'étaient montrés pour l'un d'eux plus d'un an avant les symptômes médullaires.

Comme toujours dans les cas de propagation au rachis de tumeurs des nerfs, les nodules s'étaient développés en dedans de la dure-mère.

Ces nodules, quel que soit leur mode de formation, sont indépendants des racines à l'intérieur du sac dure-mérien ; ils n'adhèrent ni à la pie-mère ni à la dure-mère ou du moins peuvent être aisément séparés de ces organes.

L'examen microscopique ne révèle pas toujours la même structure au niveau des différents nodules, d'où la nécessité de désigner ces tumeurs sous un nom générique ne présumant pas de leur nature intime : ce sont des polynévromes. Leur malignité clinique n'est pas nécessairement en rapport avec leur forme histologique; le nombre des nodules, leur volume, leur localisation, la réaction des tissus voisins sout autant de facteurs qui modifient le pronostic.

L'ablation des tumeurs à leur stade radiculaire éviterait l'envahissement intrarachidien ou le retarderait. Cette ablation pourrait se réaliser par la résection des racines malades; celles-ci étant déjà physiologiquement sectionnées par la présence des tumeurs qu'elles portent, il n'en résulterait sans doute aucun inconvénient. Mais l'acte chirurgical pourrait aller plus loin et réaliser s'il y a lieu l'exérèse d'un ou de plusieurs nodules sous-duraux supprimant de ce fait la cause de compression. L'essentiel est d'agir avant que des lésions médullaires irréductibles ne se soient produites, et le résultat thérapeutique est toujours subordonné à la précocité du diagnostic.

Dans un second chapitre sont exposées cinq observations d'envahissement intravertébral par des « tumeurs de voisinage ».

Ces tumeurs peuvent avoir un point de départ très proche de l'axe médullaire : le corps, les arcs, les apophyses des vertèbres. Elles sont malignes (sarcomes, myélomes) ou bénignes (exostoses, lipomes, chondromes, fibromes). Les lésions se localisent surtout dans le tissu spongieux. La région dorso-lombaire en est le siège d'élection. Les disques intervertébraux sont généralement respectés même quand plusieurs vertèbres sont envahies. Les nodules sont toujours extra-dure-mériens.

Souvent ces tumeurs ne sont vertébrales que secondairement et succèdent à un néoplasme initial situé très loin du rachis; les cancers du sein, de l'ovaire, des bronches et ceux du corps thyroïde sont fréquemment à la base de ces généralisations. Il s'agit presque toujours de carcinome, plus rarement de sarcomes.

Tous ces néoplasmes susceptibles d'envahir en définitive

BIBLIOGRAPHIE. — BARDET (*Bulletin de Thérapeutique*, juillet 1908). — P. CARNOT (*Progrès médical*, 17 oct. 1908). — KOLBÉ (*Archives des Maladies de l'estomac* du Dr Mathieu, 1908, et *Presse médicale*, 11 août 1909). — P. LE GENDRE (*Journal des Praticiens*, 8 mai 1909). — MARTINET (*Presse Médicale*, 5 déc. 1908 et 30 mars 1910). — P. LE GENDRE et MARTINET : *Les régimes usuels*, Paris, Masson et Cie, 1909, p. 243. — J. CHARLES ROUX : *Les Consultations médicales françaises*, fasc. XIV; *La colite muco-membraneuse* (Poinat, édit.).

la zone intrarachidienne présentent donc initialement ou secondairement une étape osseuse. Il en est d'autres qui se généralisent à la zone intrarachidienne sans présenter jamais de localisation osseuse, à vrai dire ceci est rare.

C'est le cas de certaines tumeurs du médiastin à point de départ ganglionnaire surtout, de certains cancers utérins qui s'infiltrent dans l'épaisseur des ligaments utéro-sacrés pour traverser sans les léser les trous de conjugaison; c'est enfin le cas de certains kystes hydatiques, des abcès froids, des anévrismes. Quoi qu'il en soit, la pénétration dans le canal rachidien se fait :

1° Par effraction aux dépens des parois osseuses;

2° Par simple passage dans la lumière des trous de conjugaison;

3° Par métastases cancéreuses vraies.

Ce dernier cas paraît exceptionnel; les deux autres cas sont fréquents et se combinent souvent.

L'envahissement intrarachidien étant réalisé, le néoplasme peut agir sur la moelle de quatre façons. C'est là toute la pathogénie des accidents nerveux.

1° Il y aura compression par le squelette modifié; ceci est exceptionnel et suppose de grosses lésions avec fractures ou luxations.

2° Plus souvent une pachyméningite cancéreuse se sera développée comparable à la pachyméningite pottique; on notera un épaississement de la dure-mère formant virole autour de l'axe nerveux avec néoformations disséminées sur les deux faces de la méninge.

3° Ou bien la moelle sera comprimée par des nodules limités; il y aura écrasement progressif des fibres nerveuses.

4° Enfin, des troubles vasculaires ou inflammatoires, qui existent du reste dans toute compression médullaire, pourront parfois devenir tellement accusés qu'ils paraîtront à eux seuls responsables de tous les dégâts.

Du diagnostic exact de ces différents processus pathologiques découlent des indications thérapeutiques précises. Seule la pachyméningite néoplasique constitue une contre-indication à toute tentative opératoire; celle-ci serait dangereuse à cause du caractère extensif de la lésion, inutile même dans la plupart des cas en raison des altérations sous-jacentes « diffuses et intenses ».

Il en va tout autrement dans les autres cas où la laminectomie décompressive, l'excision des saillies osseuses de nature bénigne ou l'exérèse d'un nodule peuvent être tentés. Plusieurs observations rapportées en détails semblent le démontrer.

A côté des phénomènes de compression médullaire existent souvent des complications anatomiques dont l'étude fait l'objet du troisième chapitre de cet important travail. C'est ainsi qu'au niveau des méninges peuvent se produire des lésions inflammatoires discrètes que révèle seulement l'analyse du liquide céphalo-rachidien; elles sont même capables de créer des désordres radiculaires ou médullaires en l'absence de toute compression réelle et de tout envahissement néoplasique des racines. Elles s'accompagnent d'une réaction lymphocytaire nette. D'autres complications existent encore fréquemment du côté des enveloppes médullaires : la méningite séreuse circonscrite, la sarcomatose diffuse.

La moelle elle-même peut être le siège de lésions inflammatoires dans les zones sus et sous-jacentes à la tumeur; elles expliqueraient certains insuccès thérapeutiques après ablation des néoplasmes. Les altérations vasculaires ne sont pas rares non plus au niveau de la moelle; les artères présentent de l'endartérite oblitérante ou bien une dégénérescence hyaline globale de toute la paroi. Les veines sont variqueuses; il se produit de l'œdème, des hémorragies ou au contraire des lésions ischiémiques. La présence de cavités syringomyéliques et l'envahissement par la tumeur du tissu même de la moelle, pour être rares, ne paraissent pas exceptionnels.

D'autres complications peuvent exister du côté du squelette consistant surtout en envahissement progressif des corps vertébraux par le néoplasme intrarachidien.

Enfin, les métastases éloignées appartiennent encore au groupe de ces complications; elles se font surtout au niveau du cerveau; exceptionnelles dans les tumeurs des enveloppes et de la moelle, elles se rencontrent seulement dans les polynévromes.

Les tumeurs multiples à l'intérieur du canal vertébral seraient du même ordre; elles accompagnent la neurofibromatose et les kystes hydatiques.

De l'épididymectomie dans la tuberculose génitale. (Marion *Presse méd.*, 1923, n° 12, p. 129.) — Bon nombre de médecins, voire même de chirurgiens, demeurent partisans, en présence d'une tuberculose génitale, soit d'une intervention radicale, soit d'une abstention complète, et manifestent pour l'épididymectomie une réserve que rien ne justifie.

Reclus enseignait que, dans les deux tiers des cas, le testicule est atteint en même temps que l'épididyme et que par suite l'opportunité d'une intervention économique ne se présente qu'exceptionnellement. L'auteur s'inscrit en faux contre cette affirmation et tire de ses statistiques les conclusions suivantes :

1° La tuberculose frappant d'emblée testicule et épididyme est l'exception;

2° D'une façon générale, la tuberculose n'atteint primitivement que l'épididyme; le testicule n'est envahi que secondairement.

On s'imagine encore trop facilement que l'ablation de l'épididyme est impossible en présence de lésions suppurées étendues. Or, maintes fois Marion s'est attaqué à des cas anciens avec fistules cutanées et réactions inflammatoires; l'ablation des trajets et des zones cutanées malades a été suivie de guérisons parfaites sans qu'il fût nécessaire de toucher au testicule.

La suppression du foyer épididymaire exposerait à la dissémination des bacilles dans l'organisme? Il ne faut pas exagérer la fréquence de cet accident, ni oublier surtout que, livrée à elle-même, la tuberculose de l'épididyme se propage souvent aux vésicules et à la prostate.

Enfin, la bacillose génitale guérit, dit-on, médicalement. Ceci est vrai une fois sur deux pour des malades de la classe aisée pouvant bénéficier de l'héliothérapie, de l'air salin, des rayons ultraviolets, mais demeure faux pour la presque totalité des malades pauvres.

En raison des graves complications toujours possibles, l'épididymectomie s'impose. C'est là une opération simple bien que minutieuse, bénigne, non mutilante, efficace.

La coexistence de lésions vésiculaires, testiculaires ou prostatiques ne constitue pas une contre-indication formelle; il semble même que l'épididymectomie ait le plus heureux effet sur l'évolution de ces foyers secondaires.

TECHNIQUE

Un cas d'accident grave par anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline. (Boisserie-Lacroix et G. Aubertin. In *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1923, n° 3.) — Chez un enfant de quatre ans, robuste et sans aucun antécédent pathologique, on injecte 2 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 p. 100 additionnés de x gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1000, afin de régulariser un moignon d'arrachement du pouce. L'injection est poussée lentement. L'aiguille, à peine retirée, le sujet est pris brusquement de crises tétaniformes avec raideur de la nuque, trismus, tronc incurvé en opisthotonos. La face se cyanose, les pupilles se dilatent, et à l'auscultation on entend des râles crépitants dans la totalité des poumons; pouls filant, bruits du cœur assourdis. On a la certitude que le patient va succomber d'asphyxie suraiguë.

Une saignée de 300 grammes est pratiquée à la hâte; on injecte, sous la peau, éther et huile camphrée. Une amélioration se produit rapide au fur et à mesure que le sang s'écoule. La pression au Pachon est de 15,9. Le malade ne reconnaît personne; il remue bras et jambes, et cette agitation persiste quatre ou cinq heures après l'accident. Le lendemain, l'enfant est complètement remis. L'auscultation pulmonaire est négative, mais on entend un souffle systolique étendu à toute l'aire cardiaque et plus spécialement au foyer aortique. Le souffle persiste les jours suivants avec une intensité moindre; sa topographie n'est plus nette et la tension artérielle est de 10,5; l'enfant quitte l'hôpital.

A quoi attribuer l'apparition de ces phénomènes toxiques?

Un peu du liquide injecté a pu pénétrer dans un vaisseau; mais lequel des deux produits : cocaïne, adrénaline convient-il d'incriminer? L'intoxication cocaïnique aiguë est capable de produire des convulsions toniques et cloniques, mais on

a toujours noté, dans ces cas, une pâleur de la face et des téguments avec abaissement de la tension artérielle.

C'est donc plutôt l'adrénaline qui fut en cause déterminant une hypertension périphérique rapidement suivie d'insuffisance du cœur gauche et d'œdème du poumon, puis d'asphyxie des centres nerveux se traduisant par des convulsions.

Les auteurs exposent une hypothèse ingénieuse pour expliquer la production du souffle systolique. Peut-être le sujet présentait-il une maladie de Roger latente qu'aucun symptôme ne traduisait à l'état habituel, la pression étant anormalement identique dans les deux ventricules. Sous l'action de l'adrénaline, l'inégalité de pression s'est produite, rendant cliniquement perceptible pour quelques jours la lésion cardiaque jusque-là méconnue.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES RÉTRÉCISSEMENTS ACQUIS DU RECTUM [1]

PATHOGÉNIE. — La pathogénie des rétrécissements du rectum a traversé deux phases :

a. *Autrefois* (Trélat, Fournier) tous les rétrécissements sont des manifestations syphilitiques, tertiaires ou quaternaires, ou leur conséquence indirecte (Gosselin). Pour Trélat, le rétrécissement a une origine syphilitique directe, « le rétrécissement est un accident constitutionnel de la vérole ». Pour Fournier, la sclérose constatée n'est que le rétrécissement consécutif à un syphilome ano-rectal.

b. *Actuellement* (Duplay, Mouchet), les rétrécissements du rectum ne sont pas considérés comme une entité ni anatomique, ni pathogénique. Ils relèvent de causes multiples : syphilis, tuberculose, inflammations banales.

Le rôle de la tuberculose a été surtout mis en valeur par Tillaux, Riche, Sourdille. D'après eux la recherche systématique de la tuberculose s'impose dans tous les cas.

ÉTUDE CLINIQUE. — Il faut prendre comme type de description le rétrécissement inflammatoire dont le rétrécissement syphilitique est la variété la plus fréquente. Il s'agit le plus souvent d'une femme d'âge moyen, chez qui les symptômes évoluent en trois périodes en général assez distinctes : période de rectite chronique, période des troubles locaux et période des troubles généraux.

I. Période de début ou de rectite chronique. — Le malade ne vient pas consulter en général à ce moment, et ce n'est que par l'interrogatoire que l'on retrouve ces symptômes dans l'histoire de la maladie. Il y a une tendance marquée à la constipation, alternant parfois avec la diarrhée, sans troubles nets des fonctions digestives.

Certains malades ont déjà des douleurs, consistant au début en des brûlures, survenant au moment des selles; parfois on note des fausses défécations, du ténesme, des épreintes, l'expulsion douloureuse de muco-pus. Tous ces symptômes n'ont aucune valeur pathognomonique; on les retrouve dans l'histoire de toutes les affections rectales; ils ne traduisent que la présence d'un degré plus ou moins accusé de rectite chronique.

Cette période peut durer un ou deux ans, rarement plus.

II. Période d'état ou des troubles locaux. — L'intensité des symptômes observés est à la fois conditionnée par le degré du rétrécissement et le spasme surajouté. La constipation, les évacuations anormales et les douleurs constituent le groupe caractéristique des lésions à cette période.

1. La *constipation* est opiniâtre à ce moment, intense, progressive et persistante. Les garde-robes sont de plus en plus rares et difficiles, ne survenant que tous les quatre à cinq jours, nécessitant de grands efforts ; malgré lavements et purgatifs, elles restent insuffisantes.

De plus, on note souvent que les matières sont aplaties, ovilées ou rubannées, d'odeur infecte, enrobées de glaires et de pus, et parfois de filets de sang.

La constipation alterne souvent avec des débâcles de diarrhée. De temps en temps même on peut assister à une phase d'obstruction, le ventre se ballonne, les selles sont de plus en plus rares. Puis se produit une débâcle de matières d'abord très dures, puis ayant une consistance molle avec des parties dures (fausse diarrhée), enfin prenant l'aspect absolument liquide et diarrhéique vrai.

La sclérose du canal sphinctérien peut amener dans certains cas une véritable incontinence. Il est des rétrécissements qui se traduisent uniquement par de la *diarrhée*, les malades évacuant quotidiennement des selles très liquides, fétides, puriformes.

2. Les *évacuations de pus* par l'anus ne font jamais défaut. Rarement assez discrètes, elles peuvent devenir abondantes et provoquer de l'érythème interfessier. Au moment d'aller à la selle, l'évacuation de pus se fait avant l'expulsion des matières. Ce pus recouvre et enrobe également les matières mais n'est pas mêlé à elles.

Ces évacuations de pus peuvent prendre parfois des proportions considérables et simuler même les évacuations en masse dues à un abcès qui se vide. L'irritation de la région anale et péri anale ne tarde pas à se manifester par un érythème interfessier des plus pénibles. Le malade a l'impression constante de l'humidité anale et interfessière, à laquelle s'ajoute un prurit plus ou moins accusé. Le malade est obligé de se garnir.

Ces écoulements purulents présentent souvent une odeur infecte, fétide.

3. Les *douleurs* sont peu intenses en général, mais très pénibles, comme toutes celles qui accompagnent les affections du rectum et de l'anus. Elles relèvent de la rectite chronique et de la présence de la masse rectale due au rétrécissement. Elles peuvent s'accompagner de douleurs aiguës dues à une fissure anale ou à des hémorroïdes enflammées. Elles s'accompagnent fréquemment d'irradiations fort pénibles, surtout d'ordre urinaire, dysurie, oligurie. Le ténesme et les épreintes sont la règle et le malade se fatigue en efforts inutiles qui peuvent n'aboutir bien souvent qu'à l'évacuation d'un peu de pus ou de sang.

L'intensité de ces troubles douloureux est d'ailleurs le plus souvent conditionnée par du spasme.

III. Période des troubles généraux. — L'intoxication chronique, causée par la constipation, la rétention stercorale au-dessus du rétrécissement et la suppuration persistante ne tarde pas à amener la production de troubles de plus en plus graves dans les fonctions digestives et l'altération de l'état général. On note de l'amaigrissement progressif, la perte de l'appétit, l'état saburral des voies digestives; les digestions sont pénibles, le teint devient terreux, le malade se cachectise, devient triste et inquiet. La santé générale s'affaiblit, les forces décroissent et l'ensemble du tableau clinique incite à penser à la possibilité d'un néoplasme. Les matières toxiques retenues au-dessus du rétrécissement amènent la résorption de poisons, d'où un état d'intoxication que l'on a décrit sous le nom de *stercorrémie*.

ÉVOLUTION. — Abandonnée à elle-même, la maladie aboutit au bout d'un temps variable à la cachexie. A la période finale, on voit se manifester une fièvre hectique de suppuration, fièvre à oscillations, avec amaigrissement rapide, adynamie, cachexie, teint jaune, et la mort survient dans cet état lamentable.

Si l'on n'intervient pas, la mort peut aussi se produire par une complication intercurrente ou par une *crise d'occlusion aiguë*.

Il s'agit plus, à proprement parler, d'une obstruction intestinale progressive; les matières concrétées et durcies s'accumulant dans la terminaison du gros intestin au-dessus du rétrécissement. Les selles sont insuffisantes et fragmentaires pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, le ventre se ballonne, devient dur et douloureux, tympanique; des nausées, des vomissements surviennent; des éructations, du hoquet, du refroidissement des extrémités se produisent en même temps que des contractions intestinales très douloureuses traduisent la lutte de l'intestin contre l'obstacle. Le malade peut mourir au milieu de souffrances atroces, s'il refuse toute intervention chirurgicale. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 59, p. 954.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 62. — JEUDI 2 & SAMEDI 4 AOUT 1923. 96e ANNÉE. JEUDI 2 & SAMEDI 4 AOUT 1923. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Stomatologistes des hôpitaux. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique vient de prendre l'arrêté suivant :

« Article premier. — Il est substitué au titre de « dentiste honoraire » celui de « stomatologiste honoraire des hôpitaux », au titre de « dentiste titulaire » celui de « stomatologiste titulaire des hôpitaux », au titre de « dentiste adjoint » celui de « stomatologiste des hôpitaux ». L'expression « consultation dentaire » est maintenue.

Art. 2. — Le texte des articles 99 à 105 du Règlement général sur le Service de santé concernant les « services dentaires des hôpitaux et hospices » est modifié ainsi qu'il suit :

« *Art. 99.* — Un stomatologiste titulaire des hôpitaux est attaché à chacun des hôpitaux dont l'importance et la nature l'exigent.

Les autres établissements sont rattachés à un établissement pourvu d'une consultation dentaire quotidienne et ne comportant pas de consultation dentaire externe.

La liste des établissements rattachés à chaque consultation dentaire quotidienne est arrêtée par le directeur de l'administration après avis du conseil de surveillance.

Art. 100. — Les remplacements des stomatologistes titulaires des hôpitaux sont assurés par des stomatologistes des hôpitaux en nombre déterminé selon les besoins.

Art. 101. — Les stomatologistes des hôpitaux sont nommés au concours.

Art. 102. — Les stomatologistes titulaires des hôpitaux sont recrutés au fur et à mesure des vacances parmi les stomatologistes des hôpitaux.

Art. 103. — La nomination des stomatologistes titulaires des hôpitaux est soumise, comme celle des médecins, des chirurgiens, des accoucheurs, des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes chefs de service à l'approbation du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales; ils ne peuvent être révoqués que par ce même ministre, sur l'avis du conseil de surveillance et sur la proposition du Préfet de la Seine.

Art. 104. — Les fonctions des stomatologistes titulaires des hôpitaux cessent de plein droit lorsqu'ils ont accompli leur soixante-deuxième année.

Art. 105. — Les stomatologistes titulaires des hôpitaux assurent, dans les établissements auxquels ils sont attachés, en dehors des cas urgents pour lesquels ils peuvent être spécialement appelés, la consultation dentaire à la fois pour les malades de l'hôpital qui leur seraient indiqués par les chefs de service et pour les malades du dehors.

Le nombre des consultations que sont tenus d'effectuer les stomatologistes titulaires des hôpitaux est ainsi fixé : une consultation chaque jour dans les hôpitaux pourvus d'une consultation dentaire quotidienne, deux consultations par semaine dans les autres établissements.

Les consultations dentaires quotidiennes fonctionnent comme centre de thérapeutique. Chacune de ces consultations est pourvue de un ou deux lits de repos destinés aux malades qui ne pourraient rentrer immédiatement chez eux, étant entendu qu'il ne sera pratiqué aucune opération chirurgicale dans ces consultations et qu'il n'y sera pas fait d'hospitalisation.

Les stomatologistes titulaires des hôpitaux, chargés des consultations quotidiennes, sont en outre tenus de soigner à ces consultations les malades envoyés par les établissements rattachés. Ils doivent répondre aux appels de ces établissements pour les soins à donner aux malades qui y sont hospitalisés et qui ne peuvent se rendre à la consultation. »

Art. 3. — Sont supprimés les emplois de « dentistes assistants » des consultations dentaires bi-hebdomadaires.

Art. 4. — Le texte de l'article 106 du Règlement général sur le Service de santé (arrêté du 12 octobre 1899) est abrogé et remplacé par le suivant :

« *Art. 108* (nouveau). — Les cadres du personnel médical adjoint à chacun des stomatologistes titulaires des hôpitaux chargé d'une consultation quotidienne sont ainsi fixés : un stomatologiste des hôpitaux; un stomatologiste assistant pris parmi les docteurs en médecine admissibles au concours de stomatologiste des hôpitaux, ou, à défaut, parmi les docteurs

en médecine satisfaisant aux conditions requises pour ce concours. »

ART. 5. — Le texte de l'article 281 du règlement sur le Service de santé fixant les indemnités allouées aux stomatologistes est modifié ainsi qu'il suit :

Le taux des indemnités annuelles accordées au personnel des stomatologistes est fixé de la façon suivante :

a. *Personnel des consultations quotidiennes.* — Stomatologiste titulaire des hôpitaux, 3.600 francs; stomatologiste des hôpitaux, 3.000 francs; stomatologiste assistant, 2.400 francs.

Le taux de l'indemnité annuelle accordée au stomatologiste chargé des soins à donner aux malades d'un établissement rattaché est fixé ainsi qu'il suit. Indemnités pour le service : de la maison de retraite des Ménages et des fondations Sainte-Périne, Chardon-Lagache et Rossini, 1.000 francs; de l'hospice d'Ivry, 1.000 francs; de l'hospice de la Salpêtrière, 1.200 francs; de l'hôpital Andral, 1.000 francs; de l'hôpital Broussais et de l hospice de La Rochefoucauld, 1.000 francs ; des hôpitaux Broca, Maternité et des cliniques Baudelocque et Tarnier, 1.200 francs.

b. *Personnel des consultations bihebdomadaires.* — Stomatologiste titulaire des hôpitaux : attaché à un établissement de Paris, 1.500 francs; attaché à l'hospice de Bicêtre, 2.000 francs ; attaché à l'hospice de Brévannes, 2.400 francs.

ART. 6. — Sont modifiées ainsi qu'il suit les dispositions réglementaires relatives au concours de dentiste adjoint des hôpitaux.

CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — « *Art. 232.* — Les candidats qui se présentent au concours pour les places de stomatologiste des hôpitaux doivent justifier :

Qu'ils possèdent depuis un an révolu le titre de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de médecine française de l'Etat.

Toutefois, les internes en médecine seront, s'ils ont accompli quatre années entières d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris, tenus seulement de justifier de la possession du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Pour les internes qui n'auraient pas terminé les quatre années dont il s'agit, à raison de leur nomination comme chef de clinique dans l'un des services de la Faculté établis dans les hôpitaux de Paris, les années de clinicat seront comptées comme années complémentaires d'internat.

Art. 233. — Le jury du concours pour les places de stomatologiste des hôpitaux se compose de sept membres, savoir : cinq stomatologistes, un chirurgien et un médecin tirés au sort parmi les stomatologistes titulaires et les stomatologistes honoraires des hôpitaux, parmi les chirurgiens et les médecins chefs de service en exercice et honoraires, ainsi que parmi les stomatologistes, les chirurgiens et médecins des hôpitaux non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Art. 234. — Les épreuves du concours pour la nomination aux places de stomatologie des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

Epreuves d'admissibilité. — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale interne ou externe, pour laquelle il est accordé trois heures ;

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection médicale ou chirurgicale d'ordre général;

3° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection dentaire.

Il est accordé au candidat, pour chacune de ces deux épreuves, trente minutes pour l'examen du malade et la réflexion, et quinze minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur le malade.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve orale sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire; il est accordé au candidat quinze minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon;

2° Une épreuve orale théorique de prothèse. Pour cette épreuve, le jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il lui demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Quinze minutes sont accordées au candidat pour faire sa leçon après quinze minutes de réflexion;

3° Une consultation écrite sur un malade atteint d'affection dentaire. Il est accordé au candidat trente minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction de sa consultation. Cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite, 30 points ; pour chacune des deux épreuves cliniques, 20; total, 70 points.

Epreuves définitives. — Pour la première épreuve orale théorique, 20 points; pour la deuxième épreuve orale théorique de prothèse, 20; pour la consultation écrite, 30; total, 70 points. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie interne.* — Séance du 31 juillet. — Question donnée : « Formes cliniques des insuffisances surrénales. »

Questions restées dans l'urne : « Diagnostic du coma diabétique (sans le traitement). » — « Formes cliniques et traitement des hémoptysies tuberculeuses. »

Pathologie externe. — Séance du 1er août. — Question donnée : « Fractures de la rotule. »

Questions restées dans l'urne : « Signes, diagnostic et traitement de l'orchiépididymite tuberculeuse. » — « Signes, diagnostic et traitement des hémorragies de la grossesse tubaire. »

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE. (ROME, 7-14 octobre 1923.) — Le IIe Congrès international de pathologie comparée se tiendra à Rome, du 7 au 14 octobre prochain, sous la présidence d'honneur de M. Mussolini, président du Conseil, et de M. le ministre de l'Instruction publique, et sous la présidence effective de M. le professeur Perroncito (de Turin).

De nombreux adhérents sont inscrits, et le Comité espère avoir l'adhésion d'un grand nombre de nos compatriotes, de façon à assurer à cette manifestation scientifique un succès au moins égal à celui qu'a obtenu le Ier Congrès, à Paris, en 1912.

Un programme complet indiquant l'horaire des séances, les réceptions, fêtes, excursions et tous renseignements utiles pour le séjour et les voyages, dans les conditions les plus avantageuses, sera publié prochainement.

Prix de la cotisation : 40 lires.

Pour renseignements, s'adresser à M. le docteur Grollet, 55, avenue Kléber, Paris.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un poste d'interne en médecine est vacant à l'asile départemental d'aliénés de Prémontré (Aisne), à 2 heures de Paris.

Traitement mensuel de début : 200 francs par mois.

Avantages en nature : logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage.

Références exigées : 12 inscriptions (ancien régime) ou 16 inscriptions (nouveau régime). Etre de nationalité française.

Se présenter ou adresser demande à M. le directeur de l'établissement.

RENSEIGNEMENTS

VEUVE, PARFAITE ÉDUCATION, HAUTES RÉFÉRENCES, désire situation, vacances au pair et légère rétribution de voyage, pour accompagner personne délicate ou convalescente, tenue d'intérieur, lectures, correspondances, classement bibliothèques. — S'adresser au journal.



CONVULSIONS VERMINEUSES ET ÉPILEPSIE

Par M. L. MARCHAND,
Médecin chef de la Maison nationale de Charenton.

Dans un travail paru ici même (1), sur les rapports des convulsions infantiles avec l'épilepsie, nous avons montré que l'accès convulsif infantile est un syndrome qui peut être symptomatique de diverses affections cérébrales et que le pronostic de cet accident, en tant que précurseur de l'épilepsie, varie suivant les maladies cérébrales qui le détermine.

Le pronostic des convulsions, qui surviennent chez les sujets atteints de vers intestinaux, est également très variable et nous indiquerons comment on peut interpréter ces différents cas.

S'il est difficile d'établir la fréquence des convulsions infantiles vermineuses, il est encore bien plus malaisé de préciser le pourcentage des convulsions infantiles vermineuses qui sont suivies d'épilepsie. On fait intervenir si souvent les helminthes dans la pathologie de l'enfance que les convulsions infantiles de l'épilepsie ne devaient pas échapper à cette tendance. Il y a lieu de remarquer que l'helminthiase est plus rare chez les enfants des villes que chez ceux qui vivent à la campagne. Aussi, c'est surtout dans les campagnes que les convulsions et l'épilepsie sont, le plus souvent, attribuées à cette cause. Les anciens qui n'établissaient pas de différence entre les convulsions infantiles et l'épilepsie, n'hésitaient pas à considérer les vers intestinaux comme une cause fréquente d'épilepsie.

Sur 33 cas, Legendre (2) trouve 20 fois des désordres nerveux, 8 fois sous forme d'attaques d'épilepsie, 8 fois sous forme de convulsions partielles de la face ou des membres. Ces accidents peuvent aussi se rencontrer, quoique plus rarement, chez les adultes.

Si l'on recherche dans les observations des épileptiques quelles sont les causes attribuées aux premières crises, on reste étonné du petit nombre de cas, dans lesquels l'influence des vers est invoquée. Dans 70 observations, nous ne trouvons cette cause signalée que trois fois. Chez un de nos sujets, la première crise est apparue à l'âge de sept ans et a coïncidé avec l'expulsion de deux lombrics par les voies nasales. Dans les deux autres cas, les sujets âgés de cinq et neuf ans, avaient expulsé, à plusieurs reprises, des oxyures avant l'apparition des premières crises convulsives ; malgré un traitement anthelminthique, les accès continuèrent à se reproduire dans la suite.

Cette première constatation montre qu'en raison de l'extrême fréquence des vers intestinaux chez l'enfant, il peut n'exister qu'une simple coïncidence entre le début de l'épilepsie et l'helminthiase. On constate, par exemple, la présence de vers intestinaux chez un enfant qui vient d'avoir un accès convulsif, on n'hésite pas à leur attribuer la cause de la maladie, mais il faut ensuite rejeter cette interprétation, car les crises continuent à se reproduire après et malgré l'expulsion des parasites [Bonnet (3)].

(1) L. MARCHAND. Rapports des convulsions infantiles avec l'épilepsie, *Gaz. des hôpit.*, 30 juillet 1912, p. 1235.

(2) LEGENDRE. Cité par A. LUTON. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1870, t. XIII, p. 420.

(3) H. BONNET. Epilepsie, affection vermineuse, *Arch. clin. des mal. nerv. et ment.*, 1862, p. 218.

L'épilepsie vermineuse n'est admise, par certains auteurs, qu'avec un certain scepticisme. C'est ainsi que Bernheim (1) écrit : « Quand on voit les cas innombrables de lésions gastriques et intestinales inflammatoires, cancéreuses, typhoïdes, dysentériques, appendiculaires, etc., qui évoluent sans manifestations nerveuses, réflexes ou irradiées, n'est-il pas étrange de penser qu'un ascaride ou un tænia qui ne produit ni hémorragie, ni ulcération, ni douleur, puisse déterminer une épilepsie réflexe ? » Pour Féré (2) cette cause « ne peut pas, si l'on considère le nombre énorme d'individus affectés de vers intestinaux, qui n'en éprouvent aucun accident convulsif, être regardée autrement que comme une cause occasionnelle ».

Il faut noter aussi que des épileptiques, atteints de vers intestinaux (tænia, lombrics, oxyures), ne présentent pas plus de crises avant ou après l'expulsion des parasites. On doit, enfin, tenir compte de la remarque faite par Marfan (3) que les helminthes sont très rares avant l'âge de deux ans et qu'ils ne peuvent donc être la cause des convulsions de la première enfance.

Tous les vers intestinaux ne sont pas considérés comme capables de déterminer des convulsions. Gélineau (4) qui passa dix ans dans les pays intertropicaux, n'a jamais constaté d'accidents convulsifs dus à la filaire de Médine. Les trichocéphales sont rarement signalés [Berthet (5)]. Les oxyures, les ascarides lombricoïdes, les tænias sont ceux auxquels on attribue, le plus souvent, l'éclampsie vermineuse. Parmi ceux-ci les ascarides occupent le premier rang, ce qui n'a rien de surprenant, puisque ce sont eux que l'on observe le plus fréquemment, même chez les enfants bien portants.

Les accès convulsifs vermineux ressemblent à ceux de l'épilepsie ordinaire, ils sont généralisés et se présentent souvent en série. Le diagnostic de la cause ne peut être établi que d'après les symptômes généraux et la marche de l'affection. Gowers (6) trouve cependant que la forme de la convulsion est fréquemment d'un degré moindre que celle de l'épilepsie dite idiopathique, qu'elle consiste seulement dans un spasme tonique, que des tressaillements convulsifs s'observent dans les intervalles des accès. Delasiauve (7) note que « le principe de l'aura réside, en général, dans la profondeur des intestins ». Quand on a étudié les formes si diverses et si frustes que peut revêtir la crise épileptique chez l'enfant, on doit reconnaître qu'aucun caractère spécial ne permet de distinguer l'accès éclamptique vermineux des accès épileptiques et même des accès convulsifs ayant une autre cause. Quand l'accès constitue, à lui seul, tout l'état morbide, seule l'expulsion des vers, la constatation d'anneaux de tænia ou d'œufs des différentes espèces de vers dans les selles peut autoriser le diagnostic, et encore ce signe peut-il induire en erreur, dans les cas,

(1) BERNHEIM. Revision du chapitre des névroses, des psychonévroses, *L'Encéphale*, 10 juillet 1911, p. 6.

(2) FÉRÉ. *Des Epilepsies et des épileptiques*, 1890, p. 303.

(3) A.-B. MARFAN. Les convulsions dans la première enfance, *Presse méd.*, 10 août 1921, p. 633.

(4) J.-B. GÉLINEAU. *Traité des épilepsies*, 1901, p. 180.

(5) BERTET (de Cercoux). *Des Parasites de l'homme*, mémoire couronné au Congrès médical de Bordeaux, 1866.

(6) W. R. GOWERS. *De l'Epilepsie et autres maladies convulsives chroniques*, 1883, p. 366, Masson.

(7) DELASIAUVE. *Traité de l'épilepsie*, 1854, p. 278.

par exemple, où il y a simple coïncidence entre les accès convulsifs et l'helminthiase.

Dans la plupart des cas, l'accès convulsif n'est qu'un phénomène faisant partie d'un ensemble pathologique qui permet d'établir le diagnostic. « Lorsque l'épilepsie est causée par les vers, dit Esquirol (1), les malades offrent tous les signes qui annoncent leur présence ; l'épilepsie, que j'appellerai intestinale, s'annonce par des signes certains. Les enfants qui, sans chute, sans frayeur, deviennent épileptiques, qui, en même temps, ont le teint pâle, les joues bouffies, les yeux ternes, les pupilles dilatées, les déjections grisâtres, l'abdomen volumineux, la démarche triste, abattue, dont l'accès s'annonce par des borborygmes, ne laissent aucun doute sur le siège du mal. »

A ce tableau, on peut encore ajouter les alternatives de rougeur et de pâleur de la face, le dermographisme [Lannois (2)], le prurit des narines, la fétidité de l'haleine, la boulimie ou l'inappétence, la constipation ou la diarrhée, une toux spasmodique, des terreurs nocturnes, l'éosinophilie, des soubresauts pendant le sommeil et parfois des troubles cérébraux graves, sur la nature desquels nous reviendrons plus loin.

Quant aux heures de la journée auxquelles surviennent les accès vermineux, aucune règle ne peut être établie. Cependant Gélineau (3) admet qu'en général les convulsions occasionnées par les ascarides ont lieu pendant la journée, tandis que celles produites par les oxyures ont lieu à l'entrée ou au milieu de la nuit, moment de leur migration.

La pathogénie des convulsions vermineuses est encore mal précisée, probablement parce qu'elle n'est pas la même pour chaque cas, puisque tantôt les accidents n'ont aucune conséquence grave, tantôt ils sont les premières manifestatious de l'épilepsie.

Les convulsions bénignes furent longtemps considérées comme d'origine réflexe ou sympathique, comme n'étant, en somme, qu'une réaction de défense de l'organisme chez les enfants prédisposés et les nerveux. Elles semblaient dues à l'irritation, par les mouvements des parasites, des filets nerveux de la muqueuse intestinale ou gastrique [Lecomte (4), Guiart (5)]. Les nombreux exemples de crises convulsives survenant sans autres symptômes associés, leur disparition brusque après l'expulsion des parasites s'accordent bien avec l'hypothèse d'un simple désordre nerveux fonctionnel. La cause est fortuite et les accès ne se renouvellent pas [Mattel (6), Lukomski (7), Bertet (8), Vergussan (9), Fidelin (10), Massalongo (11), Wepfer, Lauger, Brempser (1), Martha (2), Sterne (3), Boulakia (4). Les accidents sont d'autant plus accusés que les parasites sont plus nombreux, mais cette condition n'est pas nécessaire [Francaviglia (5)].

Cette théorie peut s'appliquer aux convulsions causées par les ascarides et les tænias; on peut supposer que ces vers irritent la muqueuse intestinale au cours de leurs mouvements actifs et même, en ce qui concerne les tænias, par leur mode de fixation de leur tête dans la muqueuse. Il est plus difficile d'expliquer, par cette théorie, les convulsions produites par les mouvements des oxyures qui sont de très petits vers qui habitent l'intestin grêle; les femelles fécondées se rassemblent dans le gros intestin. Pour certains auteurs, les convulsions auraient alors, pour cause, le prurit anal souvent intolérable, causé par ces vers.

On peut appliquer la théorie réflexe aux cas dans lesquels les convulsions cessent avec l'expulsion des parasites. Mais, il n'en est plus de même quand aux accidents convulsifs vermineux succèdent des crises épileptiques. On a bien parlé d'habitude prise par le système nerveux, de convulsibilité acquise; c'est une façon de cacher notre ignorance, car on ne peut attribuer un tel rôle à l'éclampsie vermineuse comprenant souvent un seul accès.

On tend maintenant à attribuer les accès convulsifs vermineux, soit aux toxines provenant des troubles digestifs, causés par les vers, soit à une toxi-infection sanguine déterminée par la pénétration de microbes dans le sang, au niveau de l'effraction de la muqueuse intestinale à l'endroit des points de fixation des parasites (Weinberg), soit aux toxines sécrétées par les parasites eux-mêmes.

Ces interprétations ont le grand mérite de reconnaître, à l'éclampsie vermineuse, les causes mêmes que l'on attribue aux convulsions infantiles, en général. Elles permettent de comprendre pourquoi certaines convulsions vermineuses n'apparaissent qu'à titre épisodique, au cours d'un état toxi-infectieux et disparaissent avec la cause qui les a produites, pourquoi, dans d'autres cas, elles sont les premières manifestations d'une épilepsie chronique. Les pseudo-méningites vermineuses apportent un sérieux appui à la théorie toxique.

Brachet (6) avait émis l'idée originale que les vers ne produisent des convulsions que s'ils sont malades eux-mêmes : « Ce qui me fait penser ainsi, dit-il, c'est le séjour habituel des vers, tant qu'ils n'ont rien causé de fâcheux et leur constante issue à la suite de quelques accidents vermineux. »

C'était déjà prévoir que les parasites pouvaient causer des accidents graves par leurs toxines.

Il existe, en effet, des cas dans lesquels les convulsions ne sont plus qu'un symptôme au cours d'un état pathologique constitué par la céphalée, la

(1) Esquirol. *Des Maladies mentales*, t. I, p. 298.

(2) Lannois. Dermographisme chez les épileptiques atteints d'helminthiase, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901,

(3) Gélineau. Loc. cit., p. 182.

(4) Lecomte. Parasitisme intestinal et viscéral, *Traité de pathologie exotique* Grall et Clarac.

(5) Guiart. *Traité de pathologie générale* Bouchard et H. Roger.

(6) Mattel. Guérison d'une névrose épileptiforme, *Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, sept. 1844.

(7) Lukomski. Attaques épileptiformes liées à la présence de vers intestinaux guéries par l'oléandrine, *Gaz. des hôpit.*, 1863.

(8) Bertet (de Cercoux). Observations d'épilepsie guérie par l'expulsion d'un tænia, *Union méd.*, 1865.

(9) Vergussan. Accès épileptiformes datant de trois ans, évacuation des vers, guérison, *Courrier méd.*, 6 avril 1867.

(10) Fidelin. Des accidents produits par les ascarides lombricoïdes et les oxyures vermiculaires, *Th. de Paris*, 1873.

(11) Massalongo. Epilepsie gastrique, *La Sperimentale*, Naples 1889.

(1) Wepfer, Lauger et Brempser. Cités par Gélineau. *Traité des épilepsies*, 1901, p. 185.

(2) M. Martha. Des attaques épileptiformes dues à la présence du tænia, *Arch. gén. de méd.*, nov. et déc. 1891.

(3) J. Sterne. Crises épileptiques déterminées par des ascarides, *Soc. de méd. de Nancy*, 23 juin 1909; — *Revue méd. de l'Est*, p. 489.

(4) Boulakia. *Maroc méd.*, 15 avril 1922.

(5) Francaviglia. Epilepsie réflexe par helminthiase intestinale (ascaris lombricoïdes), *Il Policlinico*, sez. pratica, 1er août 1915, p. 1041.

(6) J.-L. Brachet. *Traité pratique des convulsions dans l'enfance*, 1837, p. 260, Baillière.

constipation, les vomissements, la fièvre, des contractures, le signe de Kernig, des modifications du pouls, des troubles vaso-moteurs, des troubles oculaires même [Mantière, Raillet (1)], des paralysies [Mac Kendrick (2)]. Cet état était décrit par les anciens sous le nom de méningite vermineuse et sa ressemblance avec la méningite tuberculeuse a été depuis longtemps signalée [Davaine (3), Heslop (4), Lebon (5)]. Hutinel et Voïsin (6) ont même montré que les prodromes pouvaient être les mêmes dans les deux affections. Dans bien des observations, le diagnostic d'helminthiase ou d'ascaridiose n'a été fait que par l'expulsion des vers [Turcan (7)].

Pour bien montrer qu'il ne s'agit pas là de véritable méningite, on donne à ce syndrome les noms de méningisme, d'état méningé, de pseudo-méningite, d'helminthiase ou d'ascaridiose à forme nerveuse. Dans de tels cas, le liquide céphalo-rachidien ne montre aucune modification physique, chimique, cytologique (Armand-Delille, Railliet, Simonin, Bocca et Giraud) et ne renferme pas de bacilles de Koch. Cette remarque présente une grande importance pour le diagnostic avec la méningite tuberculeuse. Même dans les formes graves, les accidents disparaissent en deux ou trois jours, quelquefois plus rapidement, après l'expulsion des parasites [Tripet, Neveu-Lemaire (8)].

Dans certaines formes cependant, l'état méningé vermineux peut s'accompagner de modifications du liquide céphalo-rachidien. Chez une malade âgée de dix-neuf ans, présentant un ensemble de signes cliniques qui simulaient la méningite tuberculeuse et qui cessèrent après l'expulsion provoquée d'un tænia solium, Guillain et Gardin (9) ont noté les mêmes réactions du liquide céphalo-rachidien (hyperalbuminose, lymphocytose) que celles que l'on rencontre dans la méningite tuberculeuse, à l'exclusion toutefois de la présence du bacille de Koch. Gautier (10) a observé un cas semblable. Ces auteurs pensent que les réactions méningées sont sans doute créées par les toxines vermineuses qui peuvent parvenir dans le liquide céphalo-rachidien, soit par la voie sanguine, soit par la voie des plexus choroïdes et déterminer des modifications circulatoires de la séreuse arachnoïdo-pie-mérienne, le passage de l'albumine, l'exode des leucocytes. Elles agiraient donc comme les toxines microbiennes, les poisons exogènes ou endogènes. D'ailleurs la substance toxique des tænias et des ascarides a pu être isolée ces dernières années [Simonin (1).

Cette constatation d'un état méningé organique, au cours de l'helminthiase, permet de comprendre pourquoi l'épilepsie peut, rarement il est vrai, se manifester plus ou moins longtemps après des convulsions d'origine vermineuse. Les lésions méningo-corticales qui déterminent ces dernières peuvent laisser après la disparition de l'état aigu une sclérose corticale et une symphyse méningo-corticale qui deviendront plus tard la cause de l'épilepsie.

On peut résumer ainsi les rapports entre les convulsions vermineuses et l'épilepsie.

Il est rare dans les antécédents des épileptiques de constater l'helminthiase comme cause des premiers accidents convulsifs. Quand cette pathogénie est invoquée, on remarque parfois qu'il n'y a eu qu'un simple rapport de coïncidence entre le début de l'épilepsie et la présence des vers intestinaux. Souvent même l'helminthiase a précédé de plusieurs mois les premières crises.

Les convulsions, en rapport avec l'irritation de la muqueuse intestinale produite par les mouvements des ascarides et des tænias ou avec le prurit anal causé par les oxyures, surviennent sans symptômes généraux associés. Cette forme réflexe n'est pas admise par tous les auteurs. En tout cas, elle indique une prédisposition spéciale du système nerveux.

Quand les convulsions n'apparaissent qu'à titre épisodique au cours de troubles gastro-intestinaux fébriles causés par les helminthes elles n'entraînent pour l'avenir aucune gravité. Elles disparaissent avec la cause qui les a produites.

Des crises épileptiques peuvent succéder aux convulsions qui n'ont que la valeur d'un symptôme au cours d'une helminthiase à forme méningée. Cette éventualité, rare il est vrai, est surtout à redouter après les états méningés s'accompagnant de lymphocytose. Ceux-ci peuvent laisser comme séquelles des adhérences méningées et des foyers de sclérose corticale, substratum anatomopathologique de l'épilepsie.

(1) G. Raillet. Les vers intestinaux dans la pathologie infantile, *Th. de Paris*, 1911.
(2) Mac-Kendrick. Rapports entre la présence d'un tænia avec une paraplégie et l'épilepsie, *Lancet*, sept. 1865.
(3) C. Davaine. *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, Paris 1860.
(4) Th. P. Heslop. Symptomatologie cérébro-spinale de la présence des vers et notamment du tænia dans le tube digestif, *Dublin Quaterly Journ. of med. sc.*, mai et août 1859.
(5) Lebon. Diagnostic différentiel de la méningite vermineuse due à la présence des ascarides lombricoïdes et de la méningite tuberculeuse, *Journ. des conn. méd. et pharm.*, 1863, t. XXX, n° 24, p. 373.
(6) Hutinel et Voisin. Art. méningites aigues, *Traité de médecine* de Gilbert et Thoinot.
(7) H. Turcan. Les symptômes méningés dans l'ascaridiose, *Presse méd.*, 30 sept. 1922, p. 844.
(8) Neveu-Lemaire. Art. Ascaridiose, *Traité de pathologie médicale et appliquée* de Sergent.
(9) G. Guillain et Ch. Gardin. Contribution à l'étude des méningites de l'helminthiase, *Acad. de méd.*, 14 mars 1922, t. LXXXVII, p. 308.
(11) P. Gautier. Un cas de méningite vermineuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 mars 1923, p. 429.

(1) Simonin. Introduction à l'étude des toxines vermineuses, *Th. de Nancy*, 1920.

VIe CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE[2]

TROISIÈME JOURNÉE

TRAUMATISMES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

A. LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES BLESSURES DES NERFS

Docteur Henriksen (de Skien), rapporteur.

I. Après une section nerveuse par un instrument tranchant, les nerfs périphériques montrent une disposition marquée à guérir spontanément sans laisser de traces. La sensibilité apparaît dès qu'il y a contact entre les extrémités nerveuses. La motilité revient en deux mois.

2. Après une suture nerveuse le fonctionnement revient à la même époque et se développe de la même manière que dans la guérison spontanée, si la suture a été correctement

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 60, p. 961.

pratiquée, c'est-à-dire s'il y a une bonne coaptation et pas de nœuds serrés.

3. La guérison peut ne pas se produire si les terminaisons nerveuses sont séparées par déplacement dans d'autres plans, par interposition de graisse ou par les résultats de l'infection qui forme un tissu cicatriciel isolant.

Après une suture secondaire, la sensibilité se rétablit de suite. La motilité et la réaction électrique peuvent apparaître après deux mois et se développer comme après une suture primitive.

4. Si le nerf a été violemment lésé, broyé ou déchiré, les noyaux nerveux sont blessés et une partie en est complètement détruite. Une partie des fibres nerveuses nouvellement formées ne peut vivre et dégénère. Si les noyaux nerveux sont détruits, il ne se forme pas de nouvelles fibres nerveuses, les nerfs s'atrophient.

5. Les changements sont le plus marqués aux points d'écrasement où le nerf est adhérent. Une amélioration peut être obtenue dans certains cas en libérant le nerf de ses adhérences. Les meilleurs résultats semblent être obtenus par la résection des parties épaissies, fibreuses, infiltrées. On conserve ainsi le degré de capacité fonctionnel que permet l'état général du nerf.

B. RÉSULTATS OBTENUS DANS LA CHIRURGIE DES BLESSURES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES PAR PROJECTILES DE GUERRE.

Professeur A. Gosset (de Paris), rapporteur.

L'auteur expose les résultats de son expérience personnelle portant sur 450 cas de blessures des nerfs.

1° *Quels cas de blessures nerveuses faut-il opérer? — a.* Il faut opérer tous les cas de compression progressive qui vont en s'aggravant et tendent vers le syndrome d'irritation grave ou d'interruption. A ces cas doit être réservée la libération; elle ne peut d'aucune façon nuire au sujet, ni au nerf, et il n'y a pas d'avantages à l'expectative.

b. Il faut opérer tous les cas d'interruption complète constatée cliniquement par des neurologistes compétents à plusieurs examens successifs, et qui ne présentent aucun signe de régénération, ou des signes de régénération inutile, tels que zones de paresthésies stationnaires, limitées et ne progressant plus.

c. Contre les causalgies et les névrites graves, on peut intervenir sans qu'il existe encore de règle de conduite définie.

2° *Quand faut-il opérer? — a.* Les enseignements de la chirurgie de guerre, de plus en plus précocement interventionniste, nous ont montré que l'on avait parfaitement le droit, même bien plus le devoir de vérifier, au cours du nettoyage chirurgical primitif de la plaie, l'état des paquets vasculo-nerveux importants. Ceci est encore plus indiqué lorsque, dès le premier jour, existent, ce qui se vérifie aisément, des signes de paralysie d'un gros tronc nerveux périphérique. Tout nerf sectionné doit être immédiatement suturé, permettant ainsi une régénération rapide, et sinon évitant l'écart ou la formation de tissu scléreux; en présence d'un tronc nerveux contusionné, la conservation et l'observation de l'état ultérieur paraissent être préférables.

b. Si le blessé n'est vu que secondairement, il faut opérer le plus tôt possible la lésion diagnostiquée, mais cependant attendre que la suppuration, l'ostéite, les phénomènes inflammatoires aient disparu depuis plusieurs semaines. *Opérer aseptiquement* est nécessaire.

3° *Que faut-il faire? — a.* La *libération* simple, avec replacement entre des muscles sains, est applicable aux syndromes de compression, d'irritation. L'énucléation des petits fibromes intrafasciculaires ne doit être faite que lorsqu'elle n'est pas nocive pour les fascicules nerveux sains; les corps étrangers intranerveux doivent être toujours enlevés.

b. Dans les interruptions plusieurs fois vérifiées et sans amélioration, il faut pratiquer la *résection* des cals fibreux et la *suture* névrilématique unissant deux bouts nerveux perméables sans traction au niveau des fils de suture. Si la suture est impossible, on doit pratiquer une greffe, auto ou homogreffe. Des résultats utiles ne seront obtenus que si le blessé a été maintenu sans ankylose, sans rétraction musculaire, pendant le temps qui précède l'intervention chirurgicale. Ces soins ne doivent pas être abandonnés trop vite, car l'expérience a montré que, suivant les nerfs et les auteurs, la suture ou la greffe, le temps de régénération peut durer de dix-huit mois à plusieurs années.

4° *Que faut-il espérer des interventions pour plaies de nerfs par projectiles de guerre?* — Deux cas sont à séparer nettement. En chirurgie de guerre, comme en chirurgie civile, la *suture immédiate* des nerfs doit donner, dans la règle, des *succès presque parfaits*. L'intervention secondaire ou tardive peut donner de bons résultats fonctionnels dans 40 à 60 p. 100 des cas suivant les nerfs, lorsqu'elle est pratiquée entre un mois et deux ans après la blessure. Passé ce délai, il faut la tenter, elle peut réussir; avec la plupart des auteurs, il pense que les chances vont alors en diminuant. Néanmoins la chirurgie des gros troncs nerveux n'est pas une chirurgie décevante si elle est pratiquée systématiquement, avec soin, dans des centres spécialisés, avec une possibilité de suivre le blessé pendant longtemps.

L'auteur insiste :

1. Sur l'importance de la résection large du névrome et la difficulté de réunion des deux fragments.

Il a eu :
1 fois sur 2, amélioration;
1 fois sur 4, guérison.

2. Sur les causes d'échecs :
a. La suture tire trop;
b. La résection a été trop économique;
c. L'orientation des deux extrémités a été désaxée.

3. Sur les greffes dont il a réuni 217 cas dont 37 cas personnels, les résultats les moins mauvais ont été obtenus avec des auto-greffes. Les greffes de Nageotte sont toujours restées sans résultat. Mais il a eu un magnifique résultat de greffe du cubital par nerf frais de chien avec guérison complète : retour au bout de 148 jours de la sensibilité, de 340 jours de la motilité.

C. LES LÉSIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES PAR BLESSURES DE GUERRE

Docteur Charles Frazier (de Philadelphie), rapporteur.

Ce rapport est basé sur les résultats de 3.500 lésions des nerfs périphériques par blessures de guerre relevés sur 208.000 blessés du corps expéditionnaire américain.

Douze centres avaient été créés aux Etats-Unis et ont surtout fonctionné d'octobre 1918 à août 1919, avec un personnel spécialisé et dans des conditions « idéales ».

I. La technique employée est très voisine de celle des chirurgiens étrangers. L'opération est pratiquée seulement trois mois après guérison complète de la blessure. S'il y a possibilité de régénération spontanée, celle-ci n'est pas attendue plus de six mois, bien que l'on sache que le premier signe clinique de cette régénération puisse ne se manifester que beaucoup plus tard. L'auteur a vu un cas de blessure du radial avec retour des mouvements volontaires seulement trente et un mois après la blessure.

Pour déterminer le degré de régénération nerveuse, il se fonde sur l'état de récupération fonctionnelle; retour de sensibilité, tonus musculaire, variations de réaction électrique et amélioration du « signe de Tinel ». Ce dernier signe n'est d'ailleurs pas infaillible.

Depuis 1922 une nouvelle méthode d'étude à l'aide d'un « chrinomyomètre » a été instituée: la disparition de la réaction nerveuse se fait dans les cinq jours qui suivent la section nerveuse, et cette réaction réapparaît de un à six mois avant la réponse du courant faradique, de une semaine à trois mois avant toute contraction volontaire et jusqu'à six mois avant la moindre sensation dans la zone d'anesthésie.

Si, six mois après la blessure, la lésion nerveuse reste stationnaire, il y a lieu d'opérer.

II. Il faut réséquer suffisamment du nerf atteint pour arriver à mettre au contact des fibres nerveuses normales, au delà du tissu fibreux cicatriciel. La suture est faite par six à huit points de soie sur le névrilemme, et soulagée s'il y a lieu par un surjet de fin catgut. La protection de cette suture

par une membrane quelconque a été abandonnée aussi bien que les implantations et les anastomoses. La résection osseuse n'est indiquée que dans les cas de paralysie radiale avec fracture associée.

Le rapporteur admet l'existence de plexus intraveineux entremêlant leurs fibres jusqu'à la naissance des branches collatérales. Mais ce fait ne diminue pas l'importance de l'*orientation topographique* des sections nerveuses, car dans les nerfs mixtes, médian, cubital; il est essentiel de conserver les relations normales des fibres, une fibre sensitive ne pouvant remplacer une fibre motrice et inversement.

III. La moitié des cas de blessures nerveuses a dû être opérée avec 75 p. 100 de résections et 25 p. 100 de libérations.

Dans les *neurolyses*, 10 p. 100 de bons résultats, 60 p. 100 de médiocres et 28 p. 100 de résultats nuls, sans que l'on puisse affirmer l'utilité de l'opération dans les succès.

La neurolyse externe a libéré le nerf de sa gangue fibreuse. La neurolyse interne a été rechercher et disséquer les éléments fibreux jusque dans le corps même du nerf.

Dans les *sutures*, de 0 à 12 p. 100 de guérisons, de 50 à 72 p. 100 d'améliorations, de 23 à 50 p. 100 d'échecs.

Le tableau suivant représente le résultat pratique des interventions chirurgicales (sutures ou libérations) pratiquées sur les différents nerfs.

NERFS	GUÉRISONS	AMÉLIORATIONS	ÉCHECS
Radial	38	39	22
Médian	21	50	28
Cubital	15	49	35
Sciatique	15	51	33
Sciatique poplité externe	23	49	28
Sciatique poplité interne	15	51	33

Les *greffes* ont été employées 60 fois sur 1.414 opérations avec seulement 3 résultats positifs. Une grande amélioration a été notée dans 2 cas (radial, 1 ; sciatique poplité externe, 1). Si l'on envisage le total des greffes faites et le résultat pratique obtenu, il faut bien conclure à un *échec complet* de cette méthode.

IV. Le rapporteur étudie ensuite le degré d'incapacité entraîné par chaque blessure nerveuse et résume ainsi ses différents résultats :

58 % des blessés ont 1 à 30 % d'incapacité de travail.
32 % 30 à 60 % — —
10 % 60 à 100 % — —

V. Il conclut en disant que beaucoup de cas pourraient être améliorés par une seconde opération. Il y a lieu de réintervenir au bout de cinq ans si les fonctions motrices sont restées totalement abolies. L'absence de sensibilité ne justifie pas une nouvelle opération. Dans le cas particulier de paralysie des muscles intrinsèques de la main la réintervention sera commandée par le métier du blessé.

D. RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS POUR LÉSIONS TRAUMATIQUES DES NERFS

Docteur G. VERGA (de Pavie), rapporteur.
(Rapport présenté par le docteur CHIASSERINI).

I. La contribution apportée par l'Italie à l'étude de la chirurgie des nerfs périphériques a été considérable au point de vue scientifique, grâce aux recherches fondamentales sur la régénération des nerfs exécutées surtout dans le laboratoire d'histologie et de pathologie générale de l'Université royale de Pavie, sous la direction de l'illustre professeur Golgi; la statistique des interventions sur les nerfs périphériques publiée en Italie par l'auteur se rapporte à 212 interventions publiées en 1916-1917-1918.

II. Ce n'est que dans une faible minorité des cas, et grâce au concours de circonstances particulières que l'on peut obtenir des guérisons complètes et idéalement parfaites après intervention; dans la grosse majorité des cas considérés comme guéris, il persiste quelque déficit fonctionnel de la sensibilité ou de la réactivité électrique, ou de la motilité, tout au moins, dans le sens d'un degré moindre de force et d'une fatigue et d'un épuisement plus facile du membre opéré; plus souvent, le processus de restauration fonctionnel, à la suite d'intervention, s'arrête à un degré de simple amélioration plus ou moins avancé.

III. Le diagnostic exact de restauration fonctionnelle d'un nerf opéré est toujours délicat et souvent difficile, même pour un observateur expérimenté. Les causes d'erreur de jugement et d'appréciation sont nombreuses quant à la recherche et à l'évaluation exacte des symptômes de la restauration fonctionnelle. Il faut pour arriver à des conclusions raisonnables sur les résultats, ne s'appuyer que sur des cas contrôlés par un neurologiste éprouvé et examinés longtemps après l'acte opératoire.

IV. Les pourcentages d'améliorations et de guérisons obtenues par l'auteur, sur 82 cas suivis jusqu'à plus d'un an après l'intervention, furent les suivants : 52,4 p. 100 de guérison, 37,8 p. 100 d'améliorations, 9,7 p. 100 de résultats négatifs, en comprenant parmi les guérisons même les cas où il persistait quelque léger déficit de la force et de la fonctionnabilité totale du membre et en considérant comme améliorations tous les cas où après l'opération s'était manifestée une modification favorable quelconque des symptômes.

V. Sur 9 cas réexaminés jusqu'à six ans et demi après l'opération, on ne constata qu'une seule fois une régression et une autre fois arrêt de la restauration. Dans tous les cas on constata une amélioration plus ou moins notable, ce qui démontre que les résultats tendent plutôt à s'améliorer au fur et à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'intervention.

VI. Les résultats de la suture et de la neurolyse se sont montrés incomparablement supérieurs à ceux de toutes les autres opérations tendant à réparer des pertes de substance étendues des nerfs. Ces opérations ne méritent cependant pas une condamnation générale, parce que certaines d'entre elles, et spécialement la greffe, peuvent donner quelques résultats, mais ne doivent être considérés que comme une ressource extrême.

E. LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES OPÉRATIONS POUR BLESSURES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Docteurs Henry PLATT (de Manchester) et Rowley BRISTOW (de Londres), rapporteurs.

1. Les résultats des *sutures bout à bout* dans les blessures de guerre sont dans la majorité des cas imparfaits au point de vue neurologique et au point de vue fonctionnel. Sur une large série de cas les résultats ont été absolument nuls dans 20 p. 100 des cas.

a. Le nerf *radial* est en tête des guérisons et peut être considéré comme amenant une restauration complète des fonctions dans au moins 50 p. 100 des cas.

b. Le *cubital* et le *médian* donnent dans l'ensemble des désillusions. Pour le premier la récupération complète des muscles intrinsèques de la main est si rare qu'on peut la dire inconnue; seule la régénération des nerfs de l'éminence hypothéner est assez régulière. Les résultats fonctionnels pourtant ne sont pas mauvais, sauf pour les individus dont les occupations demandent la plus exacte coordination des mouvements des doigts. Pour le médian, la récupération de la sensibilité est mauvaise, et c'est là la cause du fonctionnement défectueux de la main. Dans les sutures du médian à l'avant-bras il y a souvent absence complète de récupération des nerfs des muscles de l'éminence thénar.

c. Les résultats des sutures du *sciatique* sont toujours décevants et un grand nombre des membres atteints de telles blessures est voué à l'amputation.

2. Les causes principales d'échec total ou partiel, en dehors des fautes lourdes de technique, sont :

a. Un délai trop prolongé entre la blessure et sa réparation;

b. Une confusion topographique dans la régénération nerveuse;

c. Une interposition fibreuse au niveau de la ligne de suture.

3. Les opérations de réparation indirecte des nerfs (malgré la possibilité de réussite de certaines greffes nerveuses) ont

prouvé leur complète inefficacité et doivent être éliminées de la chirurgie des nerfs périphériques. Les résultats des greffes nerveuses elle-mêmes, d'après les statistiques anglaises, ont montré le peu de valeur de cette méthode.

4. Dans les lésions des nerfs avec irritation étendue (causalgie) la résection suivie de suture, ou bien l'injection intraveineuse d'alcool à 70 degrés n'ont que rarement amené une cessation complète et immédiate des douleurs.

Le docteur Leriche (de Lyon) expose le résultat de ses recherches personnelles sur les **plaies des nerfs**.

1. La *causalgie* est un syndrome sympathique qu'il a rattaché, en 1916, à une blessure artérielle.

Depuis, cette conception a été étendue et l'on a pu voir des causalgies :

a. Sans lésions de nerfs ni d'artère.

b. Avec lésion de la gaine artérielle.

c. Avec lésion artérielle.

d. Avec lésion nerveuse pure (soit du médian, soit du sciatique).

Il y a quelques années, on rattachait un élément psychique à la causalgie. Mais celle-ci n'a pas disparu après la guerre et on a vu des cas de causalgie en pratique civile.

La causalgie évolue en deux étapes.

1° *Périphérique*, à laquelle des opérations périphériques suffisent.

2° *Radiculo-médullaire*, dans laquelle la radicotomie peut donner des résultats. L'auteur, dans deux cas personnels, a vu une hypervascularisation considérable de ces racines.

Sa statistique personnelle porte sur 9 cas, avec 5 résultats très bons, 2 soulagés et non guéris, 2 échecs complets, déjà anciens, doivent correspondre à un stade radiculo-médullaire sur lequel la sympathicectomie ne pouvait rien faire.

2. Il a pratiqué l'*hétérogreffe* de Nageotte dans 20 cas : Trois fois aux armées avec un seul succès pour une greffe de 9 centimètres de radial.

Dix-sept fois secondairement avec un seul succès par une greffe de 16 centimètres de cubital.

Il conclut à l'*échec complet* de cette méthode qu'il faut rejeter.

3. Les *troubles trophiques* sont toujours dus à un névrome du bout supérieur donnant des réflexes vaso-moteurs remontant vers la moelle et redescendant par voie vaso-motrice, surtout vaso-dilatatrice.

Le traitement consistera ou bien à *supprimer le névrome* par suture ou greffe reconstituant le nerf,

Ou bien à supprimer la voie du réflexe par sympathicectomie périartérielle.

Dans 13 greffes pour troubles trophiques, il a eu 12 guérisons immédiates, avec résultats éloignés moins bons.

Dans 17 sympathicectomies périartérielles, il a toujours vu les ulcérations se cicatriser. Mais, il faut bien savoir que certains désordres anatomiques graves d'origine trophique ne peuvent être guéris que par l'amputation.

4. L'amélioration des résultats des *sutures nerveuses* dépend de certains facteurs, et après Gosset, l'auteur insiste sur :

la *précocité de l'intervention*,

l'*évolution aseptique*,

l'*état des tissus périphériques*, tendons, articulations; une greffe cubitale irréductible est devenue souple après sympathectomie artérielle périhumérale.

En général, la motilité revient au bout de quinze à dix-huit mois.

Résultats du traitement chirurgical des blessures des nerfs périphériques. — Communication du docteur Archibald Young (de Glascow). L'auteur compare la réparation nerveuse aux procédés de cicatrisation de tous les autres tissus de l'organisme.

Il faut donc favoriser la vitalité normale du tissu nerveux. La condition primordiale est l'*asepsie*, non pas une asepsie relative, mais une asepsie absolue.

Dans ces conditions, les résultats obtenus en chirurgie de guerre ou civile sont excellents. Sa statistique personnelle comprend 108 blessés opérés, représentant 143 plaies des nerfs (cubital, 21 plaies; radial, 18; plexus brachial, 18), pour lesquels il a dû faire 59 névrectomies et sutures et 66 libérations du nerf.

Il pratique la *réunion axiale*, au *catgut*, à tous petits points et cherche à protéger sa suture par une autoplastie (veine, muscle, aponévrose, graisse).

Les greffes nerveuses, résultats expérimentaux et recherches cliniques, communication du docteur Chiasserini (de Rome). La suture bout à bout est la meilleure méthode de réparation nerveuse, mais en cas de greffe, l'autogreffe est à préférer. L'auteur a eu un excellent résultat de greffe du médian par un greffon conservé dans l'alcool.

Le professeur Alessandri (de Rome) a greffé dans les mêmes conditions, avec succès, un cubital et un médian.

L'auteur a pratiqué et examiné de nombreuses *greffes* expérimentales chez le chien. Il rejette l'enveloppement de la greffe par un lambeau aponévrotique; conseille, dans certains cas, la protection de la suture par un segment d'artère, si l'on craint les adhérences. Enfin, il insiste sur la nécessité d'une technique impeccable et d'un traitement postopératoire bien étudié.

(*A suivre.*) MARCEL THALHEIMER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1923)

Sur la psycho-physiologie des phénomènes visuels. — MM. A. Quidor et Marcel-A. Herubel concluent de leurs expériences que la structure de l'appareil visuel (inclinaison des cristallins, chiasma des nerfs optiques, muscles déterminant la convergence des axes visuels) permet la formation dans chaque hémisphère de deux images cérébrales différentes. C'est à l'interprétation psychique des images cérébrales ainsi perçues que les auteurs attribuent la sensation du relief.

Sur le mécanisme du diabète insipide. — MM. Jean Camus, J.-J. Gournay et Fiterre, continuant leurs recherches sur le diabète insipide déterminé par lésion de la base du cerveau dans la région opto-pédonculaire, ont pu établir expérimentalement que la lésion cérébrale n'agit pas sur la fonction urinaire par les nerfs du rein, mais par voie humorale.

D'autre part, ce diabète insipide expérimental s'accompagne constamment de la disparition de l'acide urique de l'urine et d'une grande augmentation des bases puriques.

Or, la théobromine et la caféine, corps fortement diurétiques, sont des bases puriques : dès lors l'hypothèse qui s'impose à l'esprit c'est que le diabète insipide (et peut-être aussi la diurèse normale) est lié à la dégradation des nucléoprotéides et se trouve probablement sous la dépendance de bases puriques fabriquées en excès ou non transformées.

L'action de la lumière sur les variations de la calcémie chez les rachitiques. — MM. E. Lesné, L. de Gennes et Guillaumin, au cours d'une série d'observations faites sur des enfants rachitiques, ont constaté que le taux moyen du calcium dans le sérum sanguin de ces malades est constamment inférieur à la normale. Cette hypocalcémie semble surtout le témoin de la *période active* du rachitisme entre trois mois et un an.

Sous l'influence de la lumière artificielle (lampe à arc), le taux du calcium sérique s'élève d'une façon constante pour atteindre les chiffres normaux, puis se maintient plus d'un mois après la dernière séance d'irradiation. Il faut noter que les rayons ultraviolets sont seuls opérants et que toute interposition de verre en arrête l'action.

Les séances d'irradiation sont restées sans action chez deux sujets seulement : c'étaient deux enfants de race noire; il semble que chez eux le pigment cutané ait joué un rôle protecteur contre les radiations ultraviolettes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1923)

Sur un type clinique spécial d'amyotrophie progressive. — MM. Georges Guillain et Alajouanine présentent un malade de vingt-huit ans, atteint d'une amyotrophie progressive ayant débuté, à l'âge de vingt ans, par les membres inférieurs.

Actuellement, on constate chez ce malade une amyotrophie globale des membres inférieurs avec déformation du pied rappelant celle de la maladie de Friedreich, une atrophie musculaire, très accentuée des muscles de la région scapulaire et brachiale du type myopathique avec scapulæ alatæ ; les muscles de l'avant-bras et de la main sont absolument normaux. Intégrité de la musculature cervicale et faciale. Il existe de l'hyperexcitabilité faradique et galvanique des muscles atrophiés, sans modifications qualitatives des secousses qui sont vives, sans réaction longitudinale ni inversion polaire, sans contraction galvanotonique, sans réaction myotonique : la chronaxie est diminuée, absence de troubles de la sensibilité superficielle ou profonde. Tous les réflexes tendineux sont abolis, les réflexes cutanés plantaires sont inversés en extension, il existe aux membres inférieurs une exagération considérable de la réflectivité dite de défense. Liquide céphalo-rachidien normal.

Les caractères de l'amyotrophie progressive observée chez ce malade sont très particuliers, il serait difficile de faire rentrer ce cas dans les classifications nosographiques.

MM. Guillain et Alajouanine insistent sur le caractère non familial de cette amyotrophie, sur son début tardif par les membres inférieurs, sur l'aspect myopathique de la déformation des membres supérieurs, sur la déformation des pieds, rappelant celle de la maladie de Friedreich, sur l'absence de certaines réactions électriques constatées dans les myopathies, sur l'inversion du réflexe cutané plantaire, sur l'exagération de la réflectivité de défense coexistant avec une abolition de la réflectivité tendineuse. Tous ces signes justifient la description d'un type clinique spécial.

Erythrose faciale à allure paroxystique au cours d'une sclérose broncho-médiastinale. — MM. Loeper et Turpin. Ce syndrome observé chez un malade, présentant des lésions de sclérose pulmonaire avec insuffisance ventriculaire droite, se caractérisait avant tout par une hyperémie de la face et de la partie supérieurs du tronc. Ces troubles vaso-moteurs, fluxionnaux, du revêtement cutané, s'associent à une congestion active de la muqueuse buccale, à des signes d'intolérance œsophagienne, avec diarrhée séreuse. Ces manifestations éphémères d'inhibition du sympathique du thoraco-lombaire, accompagnées, chaque fois, d'une poussée thermique, pouvaient être déclanchées, chez ce malade, sous l'influence d'une cause toxique (alcool), d'une insuffisance cardiaque passagère, de modifications de la température ambiante, ou même d'un choc moral.

Ces symptômes, sur la pathogénie desquels ne peuvent être formulées d'hypothèses, méritent d'être rapprochés de ceux du syndrome médiastinal que MM. Sergent et Pruvost ont décrit chez d'anciens blessés de poitrine.

M. Vaquez signale que l'aspect du malade de M. Loeper rappelle le facies de l'érythrémie et qu'il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas d'une forme atténuée avec polyglobulie paroxystique, pouvant s'accompagner ou non de splénomégalie.

La méthode de Bondi pour le dosage clinique de la lipase pancréatique dans le suc de tubage duodénal. — MM. M. Chiray, J. Lebon et M. Milochevitch, après avoir étudié les diverses méthodes de dosage clinique de la lipase pancréatique dans le liquide de tubage duodénal, se sont arrêtés à celle qu'a préconisée Bondi. Ils rappellent que le principe réside dans la digestion de 10 centimètres cubes d'huile d'olive par 2 centimètres cubes de suc duodénal pendant un temps déterminé et la mesure ultérieure des acides gras libérés à l'aide de la lessive de soude décinormale, en présence d'alcool qui empêche les phénomènes d'hydrolyse. Les auteurs indiquent les modifications que leurs expériences personnelles les ont amenés à introduire dans ce procédé. Ils montrent enfin dans quelles conditions le pouvoir lipasique peut varier chez un sujet normal et en dehors de tout état pathologique. Le mélange par reflux du suc duodénal et du suc gastrique détermine une forte baisse des propriétés lipolytiques. Par ailleurs, la concentration plus ou moins grande du liquide duodénal en sécrétion biliaire semble constituer la grande cause des variations du pouvoir lipasique. Les examens pratiqués sur l'homme par le procédé du tubage duodénal confirment complètement les données physiologiques actuelles sur le rôle « activant » que joue la bile à l'égard de la stéapsine pancréatique.

Pneumothorax artificiel réalisé malgré une pleurésie sérofibrineuse antérieure. — MM. P. Ameuille et P. Aris présentent deux malades chez lesquels ils ont réalisé un pneumothorax artificiel complet, malgré qu'ait évolué antérieurement du même côté, et guéri, un épanchement sérofibrineux ayant nécessité la ponction. Ils rapportent, en outre, deux autres observations personnelles analogues ; dans l'une d'elles, même, il s'agissait d'un épanchement purulent.

Quand on veut faire un pneumothorax artificiel sur une plèvre qui a été le siège d'un épanchement résorbé, on peut se trouver en présence d'une des trois éventualités suivantes : 1° La symphyse totale, empêchant tout décollement ; 2° la symphyse partielle, permettant de réaliser un décollement limité, inefficace, et qui a toutes chances de se refermer rapidement malgré tous les efforts; 3° la liberté pleurale permettant de faire un pneumothorax étendu et efficace. Chacune de ces trois éventualités s'est réalisée, à peu près, dans le même nombre de cas, de sorte qu'à priori, on a une chance sur trois de voir se produire l'une quelconque d'entre elles.

Cancer pulmonaire à forme d'abcès. — M. P. Ameuille montre un malade qui a présenté exclusivement des signes d'abcès pulmonaire pendant six mois. Il a été opéré et drainé comme tel : Les radiographies montraient une poche à demi pleine de pus. Seul, l'examen histologique fortuit de débris sortis de l'abcès avec le pus, lors de l'intervention, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma malpighien à globe corné. A l'heure actuelle, c'est encore, chez ce malade, le seul signe qui permette le diagnostic du cancer du poumon.

Recherches radiologiques et urologiques sur la congestion hépatique provoquée. — MM. M. Chiray, R. Lebègue, A. Lomon et R. Clogne rapportent les résultats de leurs expériences sur la congestion hépatique, provoquée à l'aide d'un repas surabondamment chargé. L'examen des orthodiagrammes du foie et leur mensuration planimétrique, faits avant et après l'épreuve, ont montré que l'excès alimentaire avait bien réalisé la congestion de la glande. Des analyses d'urines pratiquées, un jour témoin et le jour de l'épreuve, sur les urines fractionnées par périodes de quatre heures ont permis de mettre, en évidence, certaines conséquences de cette congestion provoquée. Les auteurs ont constaté qu'après un repas surabondant, il y a diminution des diverses substances dissoutes dans l'urine, ce qui corrobore l'idée du blocage hépatique. La comparaison avec les chiffres du jour normal montre que, pour la période de digestion du repas excessif (douze à seize heures), les chiffres de diurèse horaire sont beaucoup plus bas pour l'ammoniaque, ont diminué d'un quart pour l'urée, de moitié pour les chlorures et des deux tiers pour les phosphates. L'examen de la glycuronurie prouve encore mieux l'inhibition de la cellule hépatique par la congestion provoquée, puisque, du chiffre normal (30 à 80 milligrammes par litre), l'acide glycuronique urinaire tombe à zéro pendant toute la durée de l'épreuve de surcharge alimentaire.

Un cas de mycose à évolution rapide. — MM. Thiroloix et Lafourcade présentent une malade atteinte d'une mycose voisine de la sporotrichose, ayant débuté au niveau de l'aine, ne s'accompagnant pas de suppuration et ayant subi une poussée par l'iodure. Généralisation par voie sanguine ayant déterminé un noyau dans la région dorsale et au niveau de l'utérus. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Abcès amibien du poumon guéri par l'émétine. — MM. A. Pissavy, Breger et Chabrun rapportent une obser-

vation d'abcès amibien du poumon, survenu chez un dysentérique et rapidement guéri par les injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine. Les auteurs rappellent qu'il y a quelques semaines, MM. L. Ramond, Denoyelle et Lautman ont rapporté un cas analogue et insistent sur la nécessité de penser à l'amibiase, lorsqu'on trouve chez un malade, atteint de diarrhée, des signes cliniques et radiologiques d'abcès du poumon. Une amibiase pulmonaire méconnue peut entraîner la mort, alors que, convenablement traitée, elle guérit en quelques jours.

Recrudescence du saturnisme. — MM. Troisier et Lefèvre signalent que les cas de saturnisme se multiplient, depuis le début de l'année (10 cas au lieu de 1 à 2 en 1921 et 1922).

Ils relatent de plus une observation de saturnisme de la plus haute gravité, avec ictère, tremblement et hypotension. Ils montrent successivement l'origine hémolytique de l'ictère, grâce à la richesse de sang en hématies granuleuses et à l'absence de sels biliaires dans les urines ; et la nature organique du tremblement en s'appuyant sur une latéropulsion, l'adiadococinésie et l'hypertension céphalo-rachidienne. Ils soulèvent, enfin, la question de l'hypotension artérielle qu'ils estiment fréquente dans le saturnisme aigu.

Sur un cas de septicopyohémie mixte à bacilles de Yersin et pneumocoques. — MM. Guinon, de Pfeffel et Lamy relatent le cas d'un enfant qui, au septième jour de sa maladie, se présente à l'hôpital avec l'histoire d'une angine. Ganglions et bubons. Les cultures out montré le pneumocoque en symbiose avec le bacille de Yersin. Complications nombreuses dont péricardite purulente. Le liquide de ponction a montré du pneumocoque pur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 21 juillet 1923)

Une localisation mycosique vulvo-vaginale due au monilia albicans chez la femme enceinte. — M. F. Cordey a observé plusieurs cas de vulvo-vaginite à muguet chez la femme enceinte. Le début clinique est marqué par un prurit intense, puis des vésicules se forment, qui, rapidement, deviennent purulentes. Ces pustules, en devenant confluentes, laissent de petites ulcérations superficielles polycycliques très douloureuses, s'accompagnant de lymphangite. L'adénopathie inguinale est constante. Cette localisation peut s'accompagner de cystite, dans les urines, en effet, on trouve le mycelium et les spores à l'état de culture pure. L'état est parfaitement conservé, mais les urines contiennent du sucre, soit d'une façon permanente, soit seulement après les repas. Le diagnostic est facile, grâce à l'examen direct du pus. Un frottis coloré au bleu montre le mycelium et surtout les spores caractéristiques. La culture sur gélose permet facilement l'isolement du germe. La guérison a toujours été obtenue rapidement par le bicarbonate de soude et le bleu de méthylène en pansement local et par ingestion.

De l'action du bacillus botulinus sur les albumines. — MM. Philibert et Cordey ayant eu l'occasion d'étudier deux souches (variétés A. et B.) de bacillus botulinus, provenant d'une épidémie récente de botulisme à San Francisco, signalent le pouvoir protéolytique de ces souches sur l'albumine d'œuf en bouillon anaérobie. Cette action avait été niée antérieurement par van Ermangen.

Virulence des centres nerveux dans la chorée de Sydenham. — MM. P. Harvier et J. Decourt ont isolé des centres nerveux d'un vieillard de quatre-vingt-six ans, mort en trois semaines de chorée de Sydenham, compliquée d'endocardite végétante mitrale, un virus actif pour le lapin. Les animaux, inoculés sur la cornée avec l'émulsion des centres nerveux du malade ont présenté une kératoconjonctivite transmissible en série. Quelques-uns de ces animaux ont guéri de leur kératite, mais ont succombé à une réinoculation ultérieure sur la cornée saine. La plupart sont morts, dans un délai variant de huit à vingt-huit jours, à la suite de la première inoculation cornéenne. Le cerveau de tous ces animaux renferme un virus actif, transmissible en série, tant par voie cornéenne que par voie cérébrale. Les lésions observées rappellent celles obtenues avec le virus de l'encéphalite épidémique. Elles en diffèrent, cependant, par leur caractère inflammatoire aigu. Des recherches en cours permettront d'identifier ou non ce virus choréique au virus de l'encéphalite épidémique.

Parallèle entre la réaction de l'élixir parégorique et la réaction de fixation avec les liquides céphalo-rachidiens. — M. R. Targowla a étudié ces deux réactions dans 100 liquides céphalo-rachidiens de malades atteints de troubles mentaux, à la clinique des maladies mentales de la Faculté. Dans 91 cas, il y eut concordance (48 positifs, 43 négatifs). Neuf fois, il s'est agi de processus syphilitiques anciens, peu évolutifs, dans lesquels les deux épreuves se montrèrent dissociées, 6 fois en faveur de la réaction colloïdale, 3 fois en faveur du Bordet-Wassermann.

La réaction de l'élixir parégorique apparaît donc comme une méthode sensible et fidèle ; la simplicité de sa technique en fait une méthode de choix pour le clinicien, et permet de n'avoir recours aux méthodes de laboratoire plus complexes que dans les cas douteux, relativement rares, ou pour obtenir un complément de précision.

Insuffisance de la leucopédèse gastrique dans les intoxications protéiques. — MM. M. Loeper et G. Marchal étudient les variations de la leucopédèse gastrique sous l'influence des peptones ou des bouillons.

Ils constatent souvent chez les sujets sensibles aux intoxications protéiques, l'insuffisance de cette leucopédèse et établissent un rapprochement entre cette insuffisance et les accidents observés. Si les doses élevées de 1 g 25 sont inhibitrices nettement, des doses très faibles restent excitantes. En donnant quotidiennement à des sujets des doses très faibles ou croissantes, la réaction leucocytaire se fait de nouveau positive et les accidents cessent aussi de se produire.

Il semble donc que l'immunisation par la peptone, puisse dépendre de l'entraînement progressif de la leucopédèse gastrique comme les accidents toxiques peuvent tenir à son insuffisance.

Affection à levures guérie par la vaccinothérapie. — MM. Jaubert et Goy rapportent une observation concernant des lésions d'onyxis et péri-onyxis à levures. Ces lésions qui résistaient, depuis deux ans, à tous les traitements locaux ont rapidement disparu après quelques injections d'un autovaccin iodé à levures. La levure étudiée, du genre cryptococcus est pathogène pour le cobaye et pousse bien à 37 degrés.

Diminution des savons du plasma sanguin dans les chocs sérique et peptonique. — MM. Ch. Achard et Feuillié ont recherché les savons dans le sang artériel chez le chien. Si l'animal est à jeun (car la période digestive, les savons et les albumoses augmentent), on trouve plus de savons (0,40 à 0,60 p. 1000) chez l'animal anaphylactisé au sérum de cheval que chez le témoin (0,15 à 0,20) : c'est ce qu'avaient déjà noté Abelous et Soula.

Mais pendant le choc se produit une baisse considérable et les savons tombent à 0,15, 0,10 et au-dessous.

Dans le choc peptonique, les savons tombent aussi à l'état de traces.

Ces modifications s'ajoutent aux autres modifications chimiques déjà constatées par ces auteurs dans les mêmes chocs : diminution des albumoses et de l'acide carbonique combiné, augmentation du sucre libre.

Recherches expérimentales sur l'activité de l'insuline. — MM. Desgrez, Bierry et Rathery ont étudié les effets, sur le chien, des injections d'une insuline qu'ils ont obtenue sous forme de poudre. Ils insistent sur les faits suivants : les animaux réagissent différemment à une même dose d'insuline ; les variations de l'hypoglycémie, chez un même animal, ne sont pas proportionnelles à la dose d'insuline injectée. Les extraits présentent une toxicité propre, qu'on retrouve particulièrement dans les extraits liquides. Enfin, il y a une dose optima d'insuline, qui est individuelle et qu'il n'y aurait aucun avantage à dépasser.

Etude statistique de la survie après l'opération du cancer du sein, par le docteur Etienne BOULARD. (Th. de Paris.) — Paris, Le François.

Action diurétique des urines de crises polyuriques. — MM. P. Carnot et F. Rathery ont recherché si les crises polyuriques spontanées, que l'on observe au décours de certaines infections (pneumonie, ictère catarrhal), ou après certaines interventions thérapeutiques (saignée, ponctions, etc.) ne s'expliquent pas par l'apparition, dans les humeurs, de substances diurétiques, capables de stimuler le travail du rein.

Dans sept cas de crises polyuriques, d'origine diverse, l'injection sous-cutanée, au lapin et au porc, d'urines de crises a provoqué une diurèse abondante, très supérieure à la diurèse des jours précédents et à la diurèse provoquée par l'injection des urines prélevées avant et après la crise.

Le phénomène n'est cependant pas constant.

Le sérum de polyuriques, injecté en quantité, peut-être insuffisante, n'a pas provoqué de polyurie.

L'urée et les sels ne semblent pas pouvoir, aux doses constatées, expliquer le phénomène.

Anaphylaxie et action empêchante du chlorhydrate de pilocarpine. — MM. Lévy-Solal et A. Tzanck mettent en évidence l'efficacité remarquable du chlorhydrate de pilocarpine contre l'anaphylaxie du cobaye. Des animaux sensibilisés au sérum antidiphtérique reçoivent simultanément, par la voie intracardiaque, l'injection déchaînante et 1 milligramme de chlorhydrate de pilocarpine. Aucun d'eux ne succombe, alors que tous les animaux témoins présentent des crises anaphylactiques mortelles. Contrairement aux conceptions de Garrelon, Santenois et Tinel, l'atropine s'est montrée dépourvue de toute action préservatrice. Il en est de même pour l'adrénaline et l'ésérine.

— Réunion biologique de Lyon (séance du 9 juillet 1923) :

Etude des réactions locales provoquées par l'injection intrapéritonéale de substances protéiques. — MM. Fernand Arloing et Langeron ont vu que l'injection intrapéritonéale de caséine détermine dans les vingt à trente minutes qui suivent l'injection une réaction caractérisée par une exsudation abondante de liquide albumineux avec diapédèse polynucléaire et desquamation endothéliale. Cette réaction est au maximum après la troisième injection de protéine. L'inoculation dans la séreuse de bacilles pyocyaniques entraîne la phagocytose.

La résistance à l'infection est donc consécutive à cet afflux leucocytaire. L'injection d'une faible dose d'acide lactique dans la séreuse empêche par son pouvoir chimiotactique négatif la leucocytose de se produire avec intensité. Par suite, l'animal est moins bien protégé contre l'infection locale, ce qui démontre la nature de la résistance antiinfectieuse postprotéinique.

Etude de la séro-agglutination du bacille de Koch chez les femmes enceintes tuberculeuses et de ses variations avant et après l'accouchement. — MM. Paul Courmont et Papacostas. L'étude de l'agglutination du bacille de Koch par le sérum des femmes enceintes tuberculeuses (méthode Arloing et Courmont) a donné, dans quatorze cas longuement suivis, les résultats suivants :

1° Une agglutination nulle ou faible pendant la grossesse, restant faible ou diminuant après l'accouchement, est un signe de très mauvais pronostic et coïncide avec les formes graves et mortelles.

2° Un pouvoir agglutinant élevé avant l'accouchement et ne diminuant pas, ou même s'élevant après celui-ci, est d'un très bon pronostic et coïncide avec les formes de bonne évolution.

3° Dans un cas, une fausse couche spontanée et dans deux autres cas un avortement provoqué ont été suivis d'une élévation notable du pouvoir agglutinant et d'une notable amélioration.

4° La cuti-réaction pratiquée régulièrement aux mêmes périodes et chez tous ces malades n'a pas donné des résultats aussi constants.

5° L'emploi systématique de la séro-réaction agglutinante, répétée fréquemment chez les femmes enceintes dès le début de la grossesse et après l'accouchement, peut donner des indications pronostiques extrêmement utiles. Celles-ci ne prennent toute leur valeur que par comparaison avec les signes cliniques.

Recherches sur la teneur en cendres de l'ovaire humain. — Par application de la méthode de micronumération qu'il a récemment préconisée, M. Policard étudie la teneur en cendres et matières minérales fixes de l'ovaire humain. La substance corticale est la partie de l'ovaire qui renferme le plus d'éléments fixes. Au niveau du corps jaune, les cendres subissent des variations importantes suivant le stade de l'évolution de cet organe.

Recherches histochimiques sur la rapidité de minéralisation et la teneur en cendres des diverses parties de la cellule. — M. Policard montre que la vitesse d'incinération des diverses parties de la cellule varie beaucoup. Le cytoplasme se minéralise plus vite que le noyau; celui-ci demeurant assez longtemps goudronneux et apparaissant ainsi en noir dans les préparations. Dans les cellules végétales, les chloroplastes offrent les mêmes caractères que le noyau au point de vue de la facilité de minéralisation.

Sur la coloration vitale des graisses dans la cellule végétale. — MM. Zweibaum (de Varsovie) et Mangenot appliquent à la cellule végétale le procédé de coloration vitale des graisses récemment préconisé par Zweibaum au bleu d'indophénol naissant. Ce réactif colore aussi vitalement les essences et huiles essentielles des végétaux.

NOTES D'OPOTHÉRAPIE OVARIENNE

DE L'ADMINISTRATION DE DEUX SUBSTANCES ANTAGONISTES (PROTÉIDIQUE ET LIPOIDIQUE) EXTRAITES DE L'OVAIRE (1).

Par le docteur G. Bru.

La conception de Schaffer, qui admet que la sécrétion ovarienne renferme deux sortes d'autacoïdes agissant sur l'utérus d'une façon antagoniste, a suscité des tentatives d'isolement de ces deux principes qui seraient, l'un une hormone activante, l'autre une chalone frénatrice. E. Bru, s'inspirant de ces données, a expérimenté deux préparations, l'agomensine et la sistomensine. De leur essai, chez un certain nombre de malades, il a retenu plusieurs observations qui lui ont paru frappantes et caractéristiques de l'action de ces deux subtances. Il en résulte que l'opothérapie protéidique ou activante (agomensine) donne des résultats certains et satisfaisants malgré que, assez souvent, on se trouve en présence de cas cliniques indiquant son association à l'opothérapie thyroïdienne ou surrénale. Cette opothérapie est indiquée chez la plupart des aménorrhéiques et elle devra être alors prolongée et régulière; il en est de même dans l'oligoménorrhée, surtout lorsque celle-ci s'accompagne de malaises locaux et généraux. L'opothérapie lipoïdique ou frénatrice (sistomensine) a donné des résultats peut-être plus nets encore. Ils se sont traduits par la régularisation du flux menstruel et, dans un grand nombre de cas, par l'atténuation ou la disparition des douleurs dysménorrhéiques.

L'administration *per os* des deux extraits est assurément le procédé le plus pratique, et répond au plus grand nombre d'indications.

L'injection sous-cutanée, en solution aqueuse et huileuse des extraits protéidiques et lipoïdiques s'est montrée d'une activité plus grande encore, et surtout plus prompte, mais elle a donné lieu parfois à quelques accidents de choc léger, sans qu'une toxicité propre à ces extraits puisse être mise en cause; ces accidents, toujours bénins, doivent donc disparaître avec une purification poussée plus avant, et il n'est point douteux que ce mode d'administration rende alors les plus signalés services.

(1) *Bull. méd.*, 11 avril 1923, n° 16.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — La Commission a décerné la médaille d'or du concours pour la première promotion d'internat de 1920 à M. Pauzat, interne de 3e année, qui fera une 4e année d'internat, et a autorisé à faire également une 4e année d'internat M. Princeteau, interne de 3e année classé deuxième.

— Le deuxième concours de la médaille d'or vient de se terminer par la nomination de M. Jean Chavannaz.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 4 février 1924, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour un emploi de professeur suppléant de physique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un décret en date du 19 juillet 1923 porte que l'article 1er du 28 novembre 1911, relatif aux médailles de l'Assistance, est complété ainsi qu'il suit :

« Il est institué au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales une commission chargée d'examiner les dossiers de propositions pour médailles d'or, d'argent ou de bronze de l'Assistance que le ministre lui transmettra. »

L'article 3 du décret du 13 janvier 1912, relatif aux médailles des épidémies et de l'hygiène, est rédigé ainsi qu'il suit :

« En cas d'urgence, le ministre peut accorder une médaille des épidémies ou une médaille de l'hygiène sans l'avis de la Commission. »

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur : M. A. Gilbert ; professeur agrégé : M. Maurice Villaret.) — Cours de vacances, de revision et de perfectionnement (septembre 1923). — *Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 10 septembre 1923, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, Heitz-Boyer, professeurs agrégés et chirurgiens des hôpitaux ; Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux ; Lippmann et Dufourmental, anciens chefs de clinique ; Leven, François Moutier, anciens internes des hôpitaux ; Saint-Girons, chef de clinique ; Coury, chef de clinique adjoint ; Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont et Deval, ancien chef et chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie ; A.-C. Guillaume, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Lagarenne et Durey, chefs des laboratoires de radiologie et des agents physiques de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement, le matin à 9 h., l'après-midi à 14 h. 30.

Le cours comprendra 34 leçons et sera complet en deux semaines ; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude sera organisé les 21, 22 et 23 septembre, à Vichy.

Les élèves du cours désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 3 h. à 5 h.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1922-1922 ont lieu, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement ; *a.* L'un sur les maladies du foie et du pancréas et sur le diabète (grandes vacances : Juillet) ; *b.* l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : Septembre).

2° Un cours de revision : Sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs R. Miégeville, Fl. Bonnet, P. Truffert, H.-P. Chatellier, commencera le mercredi 12 septembre 1923, à 2 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 150 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Ph. Chaslin, médecin honoraire de la Salpêtrière; Salva Mercadé, ancien interne des hôpitaux de Paris; Emile Schlumberger, ancien médecin chef des hôpitaux de Mulhouse.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CLINIQUE. CONVENTION. RÉMUNÉRATION D'UN TIERS

Le médecin, directeur d'une clinique, peut, par convention, s'assurer l'aide de tiers, ou bien, il peut être convenu que le médecin, qui soigne des malades dans une clinique, versera un certain pourcentage à celui qui dirige la clinique. On ne saurait trop faire attention à la rédaction de la convention, pour bien préciser les conditions dans lesquelles se produira la collaboration ; souvent la convention est verbale. Dans l'espèce que nous rapportons, il avait été entendu que le médecin verserait un certain pourcentage à une tierce personne sur les honoraires reçus de tous les malades soignés à la clinique.

La convention s'exécuta ; mais cette tierce personne émit la prétention de toucher son pourcentage non seulement sur les honoraires versés par les malades soignés à la clinique, mais aussi sur ceux des malades soignés par le médecin en son cabinet. Le tribunal civil de la Seine, dans son jugement du 9 juillet 1923, n'admit pas une pareille prétention.

Pour connaître toutes les circonstances de la cause, il ordonna une expertise dont les résultats furent favorables au médecin :

« Attendu, dit-il, qu'en exécution du jugement avant faire droit rendu par cette Chambre le 13 juillet 1921, M. B..., expert, a déposé son rapport le 11 mai 1923 ;

Qu'aux termes de ses conclusions, la dame V... est redevable envers le docteur G..., d'une somme de 722 fr. 40 ;

Attendu que les époux V... contestent le travail de l'expert en déclarant qu'il est incomplet et qu'il n'a pas tenu compte des sommes perçues directement par le docteur G..., sur lesquelles ils sont en droit d'exercer un prélèvement de 12 p. 100, conformément aux arrangements verbaux conclus entre les parties ;

Qu'ils sollicitent un complément d'expertise et une enquête pour établir les encaissements réellement effectués par le docteur G..., tout en réclamant un pourcentage supérieur à 12 p. 100 sur les soins donnés à un malade, procuré à la clinique par la dame V... ;

Attendu que B... a procédé régulièrement à sa mission en compulsant tous les documents qui lui ont été remis par la dame V... et aussi les carnets de visite du docteur G.., lequel lui a révélé le détail des sommes par lui encaissées en fournissant des justifications suffisantes, en ce qui concerne les honoraires non perçus pour des raisons plausibles ;

Attendu qu'en ce qui concerne les soins donnés au sieur X..., la dame V... ne peut prétendre recevoir un pourcentage que sur les honoraires afférents au traitement suivi à la clinique, à l'exclusion des honoraires correspondant aux soins donnés à ce malade à son domicile, aucune convention ne permettant d'étendre à ces honoraires le prélèvement de 12 p. 100, accordé à la dame V... ;

Attendu que la demande d'enquête ou de complément d'expertise formée par les époux V... apparaît aussi inutile que contraire à la discussion essentielle qui s'impose aussi bien au demandeur qu'à la défenderesse chargée de la direction d'une clinique recevant des clients atteints de maladies spéciales ;

Que l'enquête sollicitée aurait pour résultat de révéler et de verser à des débats publics, à la fois, les noms des malades et la nature des soins qui leur ont été donnés ;

Qu'une telle mesure d'instruction apparaîtrait déplacée, en la cause actuelle, après les résultats précis et probants fournis par l'expertise régulière à laquelle il a été procédé ;

Attendu, en outre, que la dame V... n'a aucunement établi qu'elle puisse prétendre à un prélèvement, supérieur à 12 p. 100, sur les soins donnés à des malades procurés par elle, aucune convention ne l'autorisant à le faire ;

Qu'enfin, sa demande reconventionnelle tendant à l'allocation de diverses sommes représentant un total de 33.000 fr. à titre de dommages-intérêts, de provision ou d'indemnité pour frais divers, est dépourvue de tout fondement, aucun préjudice ne résultant pour elle de la stricte exécution de la convention librement intervenue entre elle et le docteur G..., ainsi que des agissements de ce dernier à son égard. »

Le tribunal a, en conséquence, rejeté la demande formée. On remarquera, dans le jugement précité, la préoccupation du tribunal d'éviter la violation du secret professionnel.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTE DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

SUR LES DEUX FORMES RADIOGRAPHIQUES DE GUÉRISON DE L'OSTÉOCHONDRITE :

LE COL SANS TÊTE — LA TÊTE SANS COL

PAR MM.

Le Dr BOULARAN, Chef de clin. de chir. infantile à l'Univ. de Toulouse.
et
René CHARRY, Interne des hôpitaux de Toulouse.

Perthes et Welsch ont récemment, dans un article très documenté (1), portant sur 14 cas, dont quelques-uns ont été suivis pendant dix et douze ans, repris l'étude de l'ostéochondrite déformante infantile.

Cette affection, qu'ils séparent nettement de l'arthrite déformante juvénile se présente cliniquement avec les signes d'une coxalgie au début, et les auteurs glissent sur la symptomatologie clinique bien connue de tous à l'heure actuelle.

Ils insistent sur les particularités de l'ostéochondrite en pleine évolution et sur les formes de guérison qu'ils distinguent comme nous le verrons plus loin en deux types.

Au plein de son évolution la hanche atteinte d'ostéochondrite présente, disent-ils, des altérations caractéristiques qu'aucune autre affection ne peut donner : modifications dans sa forme, modifications dans sa structure.

L'épiphyse est altérée dans sa forme; elle est diminuée dans sa hauteur, élargie, allongée sur le col, s'étendant parfois jusqu'au contact du grand trochanter; en outre, sa structure n'est plus homogène; on constate des foyers clairs plus ou moins étendus qui donnent à l'image un aspect bien spécial et caractéristique. Le processus peut toucher le col; alors ce dernier est raccourci, épaissi, et présente des foyers clairs; dans ces cas la ligne diaphyso-épiphysaire disparaît.

Quand ces altérations sont constatables, il y a de l'avis des auteurs un an et demi au moins que l'affection évolue; et l'évolution radiographique totale demande quatre ans et demi environ; à ce moment la tête fémorale a recouvré son homogénéité (les foyers clairs ont disparu), *mais sa forme est modifiée et cela suivant deux types* :

Le type 1, le type en boule, celui qui est le plus favorable au point de vue fonctionnel, puisque sur 5 cas, 4 fois la marche est redevenue normale, 1 fois il y a eu un léger raccourcissement et 2 fois seulement l'abduction est restée légèrement limitée.

Le type 2, en champignon ou en cylindre et qui, quoique aboutissant, a un bon résultat est moins favorable puisque sur 9 cas, 1 fois il y avait une boiterie très forte, 2 fois moyenne, 1 fois légère et 8 fois il y avait un raccourcissement de 1/2 à 2 centimètres, l'abduction étant toujours plus ou moins limitée.

Et les auteurs concluent en résumant ces cas qu'il est inutile et même nuisible de tenter une intervention, que tout traitement même est inutile, la guérison plus ou moins parfaite spontanément étant la règle.

Quant à l'étiologie, deux mots la résument : « le trauma » et plus fréquemment « rien de précis. »

Si nous avons relaté ce résumé de l'article de Perthes et Welsch, c'est pour insister sur ces formes de guérison qui se font, disent-ils, suivant deux types anatomiques, ce que nous avions déjà remarqué nous-mêmes depuis longtemps puisque un des cas que nous citons remonte à l'été 1918.

Il existe en effet deux types de forme anatomique de guérison; l'un, le type 1 de Perthes et Welsch, qui est l'aboutissant des formes d'ostéochondrite où seule la portion épiphysaire de la tête a été touchée par le processus destructif et reconstructif, le col étant resté indemne de toute atteinte ou ayant été très peu touché; c'est la forme de guérison idéale. Le cas que nous citons est celui d'une fillette âgée actuellement de douze ans et qui présente un résultat fonctionnel parfait; pas de limitation des mouvements, pas de douleurs ni de claudication, et raccourcissement insignifiant, 1/2 centimètre à peine. A ce type de guérison nous avons donné le nom de *col sans tête* en nous basant sur l'image radiographique si caractéristique qu'il présente; le col semble avoir été respecté, il est conservé dans toute son étendue, n'est sensiblement pas déformé et est recouvert d'une étroite couche formée par la partie épiphysaire de la tête étalée en une mince lamelle de tissus; dans ces cas la ligne du cartilage diaphyso-épiphysaire persiste bien nette.



Fig. 1. — *Type 1 de Perthes*. — Le col persiste. La tête forme une mince lamelle. La ligne diaphyso-épiphysaire persiste.



Fig. 2. — *Type 1 de Perthes.*

(1) Perthes et Welsch. *Beitrage zur klinischen chirurgie*, 1922, p. 511 et suivantes.

En opposition à ce type nous mettons celui décrit par les auteurs précités sous le nom de type 2 ; ici le processus a touché à la fois la tête et le col, les re-

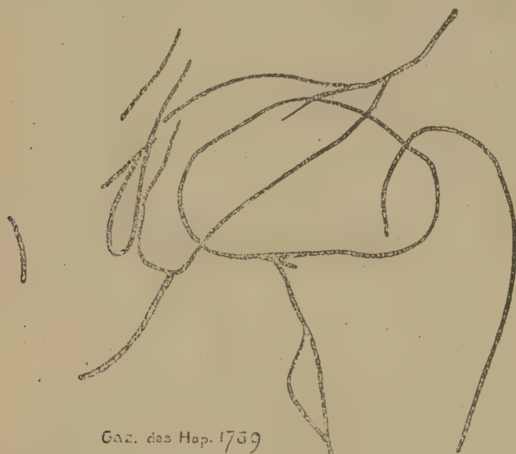


Fig. 3. — *Type 2 de Perthes.* — Le col est absent. La tête semble coiffer directement le fémur. La ligne diaphyso-épiphysaire a disparu.

maniments ostéocartilagineux ont été plus considérables ; le col et la tête réduits à une seule masse nous apparaissent comme une formation homogène élargie dans sa portion extérieure, saillante en bec ou rostrum à son extrémité médiale et coiffant l'extrémité supérieure du fémur sans qu'il soit possible de

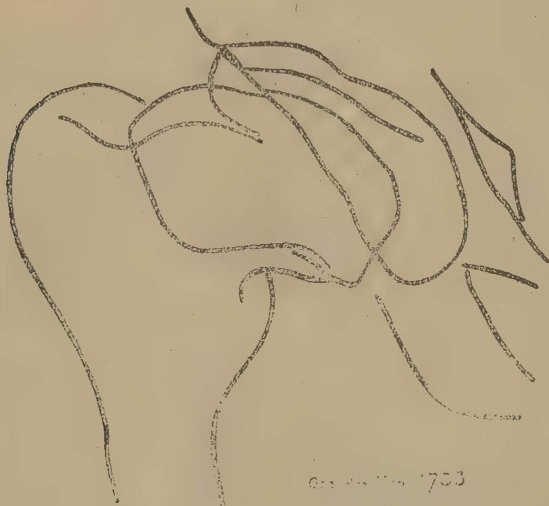


Fig. 4. — *Type 2 de Perthes.*

délimiter nettement une portion quelconque du col ; à travers cette masse le cartilage diaphyso-épiphysaire a disparu ; il est en effet impossible sur le cliché radiographique de le retrouver. L'absence de col a pour corollaire la diminution de la distance qui sépare le grand trochanter du sourcil cotyloïdien, ce qui explique la localisation de la gêne à un seul mouvement, soit rotation externe chez les uns, soit abduction chez les autres constatée, presque à tout coup.

Le cas que nous citons est celui d'une enfant âgée de quatorze ans qui avait présenté une légère gêne de la marche, se fatiguait vite, et rapidement avait vu apparaître une boiterie légère ; on ne la traita pas et ce n'est qu'en juillet dernier, quelques mois après ces signes, qu'il nous fut permis de l'examiner. L'enfant, de taille chétive se présenta à nous avec une hanche légèrement douloureuse, le membre inférieur malade était en adduction et le pied en rotation externe légère ; les mouvements étaient libres sauf la rotation externe qui était nettement limitée. Le membre en cause présentait un raccourcissement de 2 centimètres et demi. La radiographie pratiquée à ce moment montra (fig. 6) la tête augmentée de volume, fusionnée avec le col et coiffant d'une seule masse l'extrémité supérieure du fémur ; de par l'absence de col, le grand trochanter arrivait presque au contact du sourcil cotyloïdien.

A ces cas qui sont d'un moins bon résultat fonctionnel nous donnons le nom de *tête sans col.* Un coup d'œil jeté sur les schémas ci-contre qui sont les calques de deux de nos cas les plus nets et de quelques-uns des cas publiés par Perthes et Welsch rendra mieux compte de la justesse de l'appellation.

En terminant nous voulons dire quelques mots de l'étiologie de cette affection. Le traumatisme, le rachitisme, les maladies infectieuses et plus fréquemment la varicelle, la syphilis, les infections microbiennes, la tuberculose ont été invoqués. Le problème est trop complexe et les cas que nous avons observés ne sont pas encore assez nombreux pour que nous puissions formuler une opinion bien ferme sur ce chapitre ; cependant la fréquence de la syphi-



Fig. 5. — Nos cas : *Col sans tête.* — La ligne épiphysaire persiste. Le col semble intact.

lis héréditaire que nous avons rencontré presque chaque fois que nous avons voulu la rechercher minutieusement a attiré notre attention ; et l'hypothèse d'altérations trophiques liées à l'hérédo-syphilis nous semble une des plus admissibles surtout si nous signalons ce fait qui nous a frappé : les altérations de la hanche d'une fillette de souche nettement spécifique soignée dans le service d'un de nos maîtres à l'Hôtel-Dieu et chez qui la réaction de Wassermann fut positive, étaient absolument identiques, quoique légères, aux lésions observées sur le côté, soit disant sain, d'une de nos malades atteinte d'ostéochondrite cliniquement unilatérale.

En outre, il est un autre fait qu'il nous faut signaler, c'est la présence dans un de nos cas d'antécédents tuberculeux bien nets, la mère étant morte

phtysique et le frère ayant été réformé pour faiblesse générale et sommets suspects. Ce qui fait qu'à l'heure actuelle nous poursuivons nos recherches en penchant plus tôt vers l'hypothèse qui nous semble la plus logique :

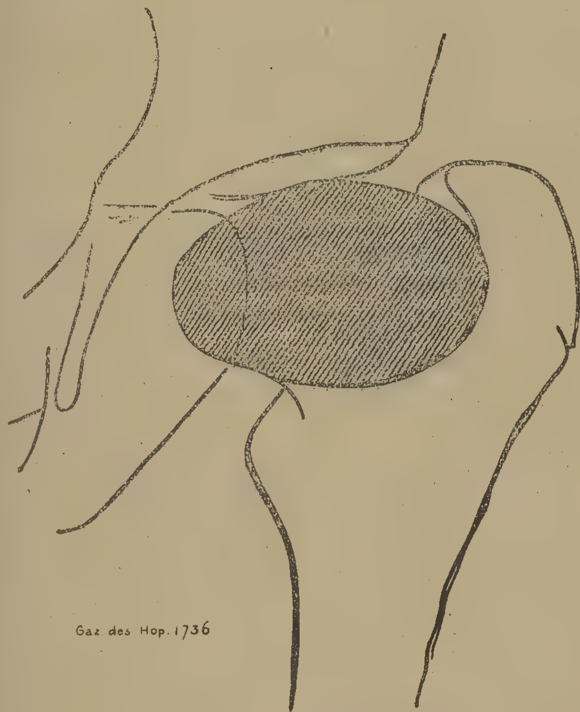


Fig. 6. — *Tête sans col.* — La ligne épiphysaire a disparu. Le col est indifférenciable.

« L'ostéochondrite nous apparaît comme étant l'expression de troubles dystrophiques siégeant à la hanche, un vrai syndrome, se manifestant à une époque où l'ossification non terminée, la tête fémorale est encore cartilagineuse en certains points et présente une résistance moindre.

A cette période de la vie, les fatigues augmentant, la hanche jusque-là altérée en puissance seulement voit le processus si caractéristique de l'ostéochondrite se développer. Ces troubles dystrophiques sont le résultat de causes variables ayant infecté l'organisme et parmi lesquelles la syphilis héréditaire occupe une place importante, comme le pensent Lance, Andrieu et Cappelle (1).

Des études ultérieures que nous poursuivons dans ce sens nous montreront jusqu'à quel point cette manière de voir est justifiée; pour l'instant il serait bien téméraire de conclure d'une manière absolue, et nous terminerons ce court exposé en disant combien il est nécessaire de multiplier les recherches pour établir la part qui revient aux divers facteurs étiologiques dans l'ostéochondrite déformante infantile.

En définitive nous avons voulu attirer l'attention sur deux faits :

1° La fréquence de la syphilis héréditaire dans les cas d'ostéochondrite où l'on veut bien se donner la peine de la rechercher minutieusement;

2° Le fait que l'ostéochondrite aboutit à deux types radiographiques de guérison tout à fait différents et que leur aspect permet d'opposer : *le col sans tête, la tête sans col.*

(1) Lance, Andrieu et Cappelle. *Journ. de chir.*, nov. 1921.

VIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE[1]

QUATRIÈME SÉANCE (20 juillet)

A, SÉROTHÉRAPIE ET VACCINOTHÉRAPIE

Major P. Hitchens (de Washington), rapporteur.

Les sérums et les vaccins les plus habituellement employés ont tous été basés sur une théorie stricte de spécificité. L'observation a démontré que l'amélioration clinique n'est pas toujours due aux réactions spécifiques. Jusqu'à ce que nous soyons pleinement édifiés sur ces effets « à côté », toute discussion sur la valeur prophylactique et thérapeutique des sérums et des vaccins doit uniquement envisager le point de vue spécifique.

En chirurgie, le tétanos étant exclu, la séro et la vaccinothérapie n'ont guère été utilisées à titre prophylactique. L'inoculation préventive préopératoire n'entre pas dans le cadre de la préparation systématique des malades. Seule la gangrène gazeuse donne de grandes espérances de traitement prophylactique et même curatif dans les plaies de guerre.

Les modifications humorales dues à des doses répétées empêchent l'utilisation de sérums pendant un temps prolongé. Beaucoup de sujets manifestent, après quelques inoculations, une intolérance et une sensibilité exagérées qui limitent essentiellement l'emploi des sérums aux affections aiguës. Le sérum antigonococcique, théoriquement excellent, et dont la valeur expérimentale semble réelle, n'a donné, en pratique, que des résultats inconstants et d'une spécificité incertaine.

Les résultats favorables obtenus par l'emploi précoce de sérum anti-anthrax, soigneusement préparé, permettent de recommander son emploi à hautes doses, chaque fois que son indication se pose.

Excepté la diphtérie, qui donne exceptionnellement lieu à des accidents chirurgicaux, il n'y a pas d'autre affection bactérienne pour qui existe un sérum spécifique de valeur suffisante pour mériter une discussion.

Un principe fondamental de la vaccinothérapie résulte du fait que l'injection d'une suspension bactérienne est suivie de la production de substances humorales ou circulantes plus ou moins directement antagonistes pour la bactérie infectieuse. Il n'en résulte pas cependant, avec certitude, que la production d'anticorps doive *ipso facto* amener une amélioration clinique. Théoriquement, celle-ci ne devrait se produire que si les produits réactionnels arrivent effectivement au contact du microbe dans le foyer infectieux comme c'est le cas dans le tube capillaire où se fait la démonstration de l'index opsonique.

Il semble bien acquis que d'autres procédés, sans caractère spécifique, en renforçant le mécanisme bactéricide normal de l'individu, possèdent autant d'efficacité clinique que le traitement spécifique envisagé dans la présente discussion. Le schock protéinique non spécifique, quand il est curatif réalise probablement ce mode d'action. Whright, lui même, a bien montré l'importance et la nécessité de « l'inondation du foyer », mais, presque aucun de ses disciples n'a accordé à cette phase de la vaccinothérapie l'intérêt qu'elle mérite. D'autre part, l'initiateur de la méthode n'a pas diffecencié avec assez de netteté les infections dans lesquelles il est possible d'imiter les conditions existant *in vitro* et ses associés et continuateurs paraissent avoir négligé complètement cette classification. Il est actuellement impossible d'estimer l'effet de cette lacune en pratique sur la valeur réelle de la vaccinothérapie. Il est évident que le nombre et l'espèce d'infections susceptibles d'être manipulées conformément aux desiderata ci-dessus sont très restreints.

Le seul groupe d'infections chirurgicales bien accessible à la vaccinothérapie paraît être celui des infections staphylo-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 60, p. 961, et n° 62, p. 995.

cocciques. En général, les infections superficielles dues à ce microbe, répondent favorablement au traitement vaccinal spécifique qui a même une valeur préventive. Aucun autre vaccin n'a donné, en chirurgie, d'effet certain ou nettement spécifique.

L'amélioration marquée qui suit parfois le shock protéinique a conduit à y recourir davantage ; mais, comme nous ne possédons pas de moyen de contrôler l'intensité du shock souhaité, nous avons fait peu de progrès dans cette voie.

Le principal obstacle dans l'appréciation de la valeur chirurgicale de la séro- et de la vaccinothérapie spécifiques provient de ce que peu d'observations publiées décrivent l'infection, non seulement au point de vue chirurgical et clinique, mais encore au point de vue histologique, bactériologique et immunologique. Tant que toutes ces données n'auront pas été soumises à un examen approfondi une divergence de vues profonde persistera entre les chirurgiens convaincus de l'excellence de toute espèce de sérums et de vaccins et ceux qui leur refusent toute valeur spécifique curative.

B. SÉROTHÉRAPIE ET VACCINOTHÉRAPIE DANS LES INFECTIONS CHIRURGICALES

Docteur Louis Bazy (de Paris), rapporteur.

S'il est utile de connaître les *effets paraspécifiques* des sérums et des vaccins (choc colloïdoclasique de Widal, effet de peptone de Nolf), il faut aussi se rendre compte que, dans l'état actuel de la science, on ne peut tirer intégralement parti des ressources offertes par la sérothérapie et la vaccinothérapie si l'on méconnaît la *notion de spécificité*.

En dehors des sérums plus spécialement antitoxiques (sérum antitétanique, sérum antigangréneux), dont l'efficacité, surtout préventive, a été largement démontrée, la plupart des sérums d'usage chirurgical présentent une action moins certaine, au moins en injections générales. Aussi convient-il d'attirer, tout particulièrement, l'attention sur les *applications locales de la sérothérapie*, qui peuvent rendre aux chirurgiens les plus grands services. Il y a lieu, également, d'insister sur ce fait que les injections de sérum, au fur et à mesure qu'on les répète, ont une efficacité de moins en moins grande, ce qui fait qu'on doit les réserver aux *cas d'urgence*, pour lesquels elles restent l'ultime ressource.

La vaccination a pour but de mettre artificiellement l'organisme dans un état comparable à celui où il serait s'il s'était guéri d'une atteinte spontanée de la maladie considérée (Bordet). Cette définition indique qu'en chirurgie, on ne peut guère prétendre effectuer des vaccinations, pour la raison que les infections chirurgicales guéries ne confèrent au porteur aucune immunité. On fait, le plus souvent, de la *vaccinothérapie*, qui consiste à traiter une maladie en évolution par le germe plus ou moins artificiellement modifié qui l'a provoquée. Plus souvent encore peut-être, on pratique la *bactériothérapie*, c'est-à-dire qu'on a recours à des produits microbiens, sans relation causale avec la maladie à laquelle on s'attaque.

Une troisième méthode consiste à rechercher une *immunisation mixte*, en employant concurremment les sérums et les vaccins, autrement dit en mettant en œuvre la *séro-vaccination*.

D'une manière générale, les sérums sont indiqués toutes les fois qu'il convient, aussi bien pour la cure que pour la prévention des infections, de produire un effet rapide et qui n'a pas besoin d'être durable. *Le sérum est le médicament d'urgence.* Avec les vaccins, au contraire, il ne faut, en principe, compter que sur des effets lents, mais aussi peu stables.

La sérothérapie et la vaccinothérapie sont d'admirables adjuvants de l'acte opératoire. Elles peuvent faciliter ou limiter l'intervention chirurgicale. Mais, celle-ci garde tous ses droits, car ni sérum ni vaccin ne peuvent rien contre les lésions de nécrose ou de cicatrice constituée. La plus grande attention doit être apportée au phénomène de *sensibilité aux microbes* chez les *porteurs de germes*, car la plupart des phénomènes de *choc opératoire* sont dus au développement foudroyant d'un microbe de résistance accrue sur un terrain de résistance diminuée. La sérothérapie et les vaccins convenablement mariés permettent de prévoir cette sensibilité et d'y porter remède.

C. SÉROTHÉRAPIE ET VACCINOTHÉRAPIE

Sir Almroth Wright (de Londres), rapporteur.

I. L'auteur examine d'abord dans quels cas le chirurgien peut utiliser la vaccinothérapie. La stérilisation des instruments est la première mesure prophylactique contre les infections microbiennes. Il peut paraître une hérésie de vouloir vacciner le malade contre les microbes qu'une chirurgie non aseptique peut lui inoculer, et pourtant c'est une méthode facile, au moins à concevoir. Aussi les vaccins utilisés préventivement doivent préserver les individus des infections les plus courantes : ils permettent de rendre inoffensives les avulsions dentaires, les ablations de végétations adénoïdes. On peut aussi, grâce à cette méthode, suturer primitivement une plaie suspecte, sans drainage.

On peut ainsi également lutter contre toutes ces infections associées au cancer et dues au streptocoque ou au staphylocoque. On sait que pour Halsted l'œdème du bras qui suit les amputations du sein pour cancer est d'origine streptococcique et doit être traité comme tel.

II. Un deuxième point a trait à la thérapeutique des infections bactériennes. Lister croyait tuer les microbes dans les tissus à l'aide d'antiseptiques. C'est une méthode impossible et inutile. L'antiseptique, en effet, n'attaque qu'en dernier lieu le microbe si résistant; il attaque d'abord toute autre proie et en particulier les tissus eux-mêmes. Si l'on place des microorganismes « in vitro » en présence d'un antiseptique chimique, ce dernier détruira bien les germes, faute d'avoir mieux à détruire. Mais si, au contraire, les microbes sont dans une solution d'albuminoïdes, l'antiseptique se fixera d'abord sur les albuminoïdes et non sur les microbes; de même dans le sang où l'antiseptique attaque les éléments nobles avant les microbes. On peut obtenir plus facilement des cultures d'un sang infecté et traité par un antiseptique que du même sang infecté sans addition d'antiseptique. Aussi pour l'auteur le traitement par un *antiseptique* du sang ou des tissus infectés est un *échec*.

III. L'auteur définit ensuite certains mots nouveaux. Il propose d'appeler « *phylaxie* » la protection donnée par avance (prophylaxie), la *phylaxie* du sang étant ainsi le pouvoir que possède celui-ci de se défendre lui-même. « Ecphylaxie » définit l'état d'une cavité close où ne peuvent pénétrer les liquides de l'organisme, un abcès clos est un foyer ecphylactique.

La « cataphylaxie » entraîne l'afflux de la puissance protectrice de l'organisme où elle devient nécessaire : par exemple l'incision d'un abcès, ou les pansements chauds sont les méthodes chirurgicales de *cataphylaxie*. Enfin, l' « *épiphylaxie* » représente la dernière modalité de ces manifestations réactionnelles. Si les précédentes n'ont été suivies d'aucun résultat, elle permet, en effet, d'accroître la résistance du sujet. Il y a un moment où le sang du sujet ne répond plus à la vaccinothérapie par une immunisation; mais si alors l'abcès est incisé et que l'on examine à nouveau le sang, on verra aussitôt ce dernier présenter une réaction d'immunisation. Mais tout malade ne réagit pas et un malade donné ne réagira pas dans toute situation.

IV. Pour des infections locales, il faut administrer une dose suffisante du vaccin approprié. Pasteur conseillait de donner un vaccin vivant, mais l'auteur, avec bien d'autres, préfère un vaccin mort. La question d'actualité est celle de l'auto-vaccin opposé au stock-vaccin. Mais plus l'auteur l'étudie et plus il trouve difficile de définir les indications des auto-vaccins. Un homme porteur de 60 furoncles peut présenter 60 germes différents.

Il y aurait lieu de préparer un auto-vaccin s'il n'y avait pas des stock-vaccins toujours bien appropriés.

Mais il est très important d'injecter la bonne dose de vaccin. Le seul moyen d'évaluer la dose est d'examiner la réaction sanguine. Il est impossible de se laisser guider par les signes cliniques.

La vaccinothérapie est capable de rendre un immense service, à condition de donner la dose utile et que le malade, soit capable de réagir. Il y a des cas où le malade est si mal que l'on peut hésiter à lui injecter un vaccin. Celui-ci va-t-il améliorer ou aggraver l'état de ce sujet gravement intoxiqué? Seul le sang peut donner une réponse et il faut faire une numération des leucocytes.

Si le sang ne réagit pas, il est inutile d'essayer la vaccinothérapie, à moins que le chirurgien ne puisse intervenir d'abord et débarrasser le malade de ses poisons.

Le véritable traitement de ces cas graves est l'*immunotransfusion*. L'homme sain et le malade léger peuvent produire leur immunisation active, mais les malades sérieux exigent de recevoir une immunisation passive : sérothérapie. Aussi à l'hôpital faut-il convoquer les proches et trouver parmi eux un sujet consentant et approprié. On lui injecte le vaccin correspondant à la maladie; deux à trois heures après, on lui prélève du sang, on défibrine ce sang, et on injecte 500 centimètres cubes au malade. Il ne faut *pas utiliser du sang citraté*, parce que le citrate de soude diminue l'efficacité des leucocytes.

Enfin, il faut se rappeler que la vaccinothérapie n'est pas applicable aveuglément à toutes les maladies et que certains malades peuvent être trop gravement touchés pour supporter ce traitement.

Le docteur WILKIE (Edimbourg) utilise les **vaccins** préventivement, surtout **dans les opérations sur le côlon (63 cas).** Cette immunité est améliorée par l'absorption, douze heures auparavant, d'acide nucléinique. L'expérience sur l'animal avait confirmé ces vues.

La sérothérapie antigangréneuse dans le traitement de l'appendicite gangréneuse est traitée par le professeur G. MICHEL et le docteur Charles MATHIEU (de Nancy).

La sérothérapie antigangréneuse dans le traitement de l'appendicite gangréneuse semble être employée par beaucoup de chirurgiens, mais les résultats ne sont pas publiés.

L'opération faite dans les premières heures sauve les malades, mais si l'opération est plus tardive ou si l'infection a été plus rapide, la mortalité des cas semblables traités par l'intervention chirurgicale seule est de 70 p. 100; les cas graves traités par l'intervention chirurgicale et la sérothérapie antigangréneuse, donnent une mortalité de 15 p. 100.

L'action du sérum antigangréneux, antitoxique, dans l'appendicite gangréneuse et les infections postopératoires, est marquée par la régression rapide de tous les symptômes.

Il agit sur la température, la fréquence, l'irrégularité, la mollesse du pouls qui, presque immédiatement après l'injection tend à se rapprocher de la normale.

Il abrège la convalescence d'une façon remarquable. Il met à l'abri des abcès secondaires et des complications à distance.

L'administration du sérum antigangréneux peut se faire par voie sous-cutanée, par voie intraveineuse dans les cas extrêmement graves; enfin, par applications locales intrapéritonéales.

Dans les cas où les auteurs l'ont employé, ce sérum n'a jamais donné lieu à une réaction inquiétante.

Le docteur ZAHRADWICKY (de Varsovie) a traité par la **vaccinothérapie**, des **infections tuberculeuses** dans 126 cas. Il emploie le vaccin de Friedmann avec 25 p. 100 de résultats. La tuberculine donne 30 p. 100 de succès. Mais les statistiques donnent 60 p. 100 de guérison par le traitement opératoire, et 80 p. 100 par l'héliothérapie.

La vaccinothérapie n'est donc qu'un adjuvant au traitement habituel de la tuberculose chirurgicale.

Le docteur MAYER (de Bruxelles) s'élève contre l'abus qui a été fait de la **vaccinothérapie**, comme traitement exclusif. Mais l'ostéomyélite aiguë, l'appendicite gangréneuse, la cholécystite aiguë guérissent plus rapidement, si l'on ajoute la vaccinothérapie à l'acte chirurgical.

L'auteur préfère les stocks-vaccins atténués, d'emploi plus rapide, plus facile et moins dangereux, aux vaccins plus choquants tels que le Delbet.

ETUDE DU SHOCK OPÉRATOIRE

A. INTERPRÉTATION ÉLECTROCHIMIQUE DU SHOCK ET DE LA DÉPRESSION

Docteur CRILE (de Cleveland), rapporteur.

1. L'homme et les animaux sont des mécanismes électro-chimiques construits sur le modèle des cellules constituantes, lesquelles sont elles-mêmes un mécanisme électro-chimique.

2. Suivant cette hypothèse : *a.* L'oxydation dans l'organisme s'effectue seulement dans les cellules et uniquement tant qu'il y a une différence de potentiel entre le noyau et le cytoplasme.

b. Le noyau des cellules est positif comparé au cytoplasme qui est négatif. Le cerveau comparé au foie est positif, le foie négatif.

c. L'électricité s'écoule d'un potentiel plus élevé à un potentiel plus bas et, comme c'est dans le cerveau que l'oxydation est la plus haute, la vague électrique d'oxydation descend le long des nerfs de l'aire du plus haut potentiel à celle d'un potentiel inférieur dans les muscles et les glandes, et comme le foie possède le potentiel le plus bas, le courant atteint finalement cette aire et retourne au cerveau par le système électrique.

3. Il semble donc que le corps entier soit un mécanisme électro-chimique, ayant comme pôle positif le cerveau et comme pôle négatif, le foie; les fils de liaison sont les nerfs; les sels en solution, le fluide électrique dans lequel le mécanisme électro-chimique est immergé.

a. Quand l'un des pôles est enlevé ou détruit l'organisme périt;

b. Puisque la différence de potentiel dans les cellules, de même que la différence de potentiel entre les pôles (foie et cerveau) dépend de la quantité d'électricité produite par l'oxydation, il en résulte que, si l'organisme est privé d'oxygène, la différence du potentiel dans les cellules et dans les organes n'existe plus et l'équilibre de la mort s'ensuit.

c. Puisque l'eau est mauvais conducteur et un dissolvant, elle permet aux atomes contenus dans les solutions colloïdales qui composent les cellules de se charger d'électricité ou de s'ioniser; et puisque l'ionisation est essentielle pour les communications électriques, le rôle essentiel de l'eau dans le processus vital s'explique.

d. Puisque la rapidité de l'action chimique et de la conductibilité électrique est fondamentalement influencée par la chaleur et le froid, dans un mécanisme électro-chimique, il y a une température optimum de même qu'un froid ou une chaleur mortels. Le taux de mortalité effrayant des opérations abdominales, pratiquées pendant les mois les plus froids dans des locaux non chauffés, nous démontre ce point.

e. Les effets opposés de la stimulation et de l'épuisement sur la température et sur la conductibilité électrique du cerveau et du foie, des muscles et autres tissus de l'aire splanchnique, s'expliquent parce que le pouvoir dirigeant dépend de la différence de potentiel entre le cerveau et le foie, les muscles et les autres organes, Donc, si une stimulation fait s'élever seulement le potentiel du cerveau sans changer celui du foie, la différence de potentiel (donc le pouvoir conducteur) deviendrait moindre.

4. La théorie électro-chimique explique l'action spécifique de l'adrénaline sur la température du cerveau et du foie et des autres organes de l'aire splanchnique.

5. Elle explique également l'augmentation de conductibilité électrique du cerveau par l'iodine, l'iodoforme et l'extrait thyroïde (hyperthyroïdisme) et la conductibilité décroissante du cerveau après thyroïdectomie.

6. Elle explique l'intervention de fortes émotions, de la douleur, de l'infection dans la digestion, par l'inhibition du processus splanchnique alors que le cerveau est stimulé. Elle explique l'affaiblissement de la santé chez l'homme et l'animal sous l'effet de fortes émotions.

7. Cette théorie explique la fonction essentielle du sommeil, comme la période pendant laquelle la différence de potentiel dans les « batteries » qui mènent l'organisme et qui, diminué par les fatigues de la journée, se trouve rétablie;

8. Elle explique le fait que, dans les opérations chirurgicales, il n'y aura pas de shock si un état de négativité dans la respiration interne est maintenu.

9. L'état de négativité est maintenu par : 1° la suppression de la frayeur par la douceur autour du malade, l'opération dans la chambre du malade, par la morphine, par l'analgésie; 2° la suppression de la stimulation traumatique par l'anesthésie locale ou régionale, des pansements faits avec douceur, la protection de la plaie contre l'irritation de l'air; 3° l'exclusion de la stimulation par des remèdes stimulants.

10. Le processus entier par lequel l'état de négativité est assuré et la respiration interne des cellules est maintenue est contenu dans la combinaison de méthodes de traitement pré et postopératoire, et dans une technique chirurgicale appelée « anoci-association ». La respiration interne est main-

tenue par les liquides, la chaleur, la transfusion sanguine, le repos, le sommeil et une anesthésie pas trop profonde.

11. Pour conclure, la théorie de l'homme constituant un mécanisme électro-chimique explique le phénomène de la vie.

L'application de cette théorie a fait baisser la mortalité à 1,10 p. 100 dans la pratique de Crile.

B. DU SHOCK TRAUMATIQUE ENVISAGÉ AU POINT DE VUE CLINIQUE

E. Quénu, Pierre Duval, P. Mocquot, rapporteurs.

Les auteurs indiquent dans un préambule l'évolution des idées sur la nature du shock et la part qui revient dans cette évolution au « Medical Research Committee » et à la Société nationale de chirurgie de France. Puis, abordant l'étude clinique, et après avoir insisté sur la précocité d'apparition des phénomènes du shock traumatique, ils donnent un tableau symptomatique tracé principalement d'après les observations de guerre, avec la critique des signes fournis par l'étude de l'hypothermie, de l'hypotension artérielle, de l'analyse du sang et des urines, etc.

A côté du type classique, ils signalent un type de shock atténué qu'on rencontre assez fréquemment dans la chirurgie courante, déterminé, comme le premier, par une attrition des tissus et justiciable d'une thérapeutique analogue; c'est l'esquisse d'un nouveau chapitre de pathologie chirurgicale.

Le pronostic du shock traumatique peut être établi d'après la température centrale, l'analyse de la tension artérielle et l'examen des urines et du sang. Le rétablissement de la fonction urinaire, une décharge d'urée et la diminution de l'azotémie sont les meilleurs indices d'un pronostic favorable.

La thérapeutique comporte la prophylaxie du shock et le traitement du shock confirmé. A la prophylaxie appartient surtout la précocité des soins médicaux et chirurgicaux. Le meilleur, parmi ces derniers, est la résection des parties contuses. L'immunisation à l'aide d'un sérum antishock n'a pas encore fait ses preuves, au moins en clinique.

Le traitement du shock confirmé peut être symptomatique ou causal. Le premier a son utilité surtout comme moyen immédiat de secours. Le traitement causal a pour base la conception nouvelle du shock : le shock est une intoxication dont le foyer est la lésion traumatique; c'est donc sur ce foyer qu'il faut agir. Théoriquement, l'indication formelle est la suppression des parties contuses, sources des albumines nocives. En pratique, on se trouve dans deux conditions différentes, suivant que le membre atteint mérite ou non d'être conservé. Dans le second cas, il faut recourir à l'amputation primitive. Dans le premier cas, le traitement consiste à ouvrir largement le ou les foyers contus, à réséquer, autant que possible, les parties dévitalisées, à faire en tout cas un nettoyage minutieux du foyer. L'avenir du blessé dépend principalement de la précocité de l'intervention.

Quelques particularités techniques méritent d'être signalées: L'opération doit être rapide et le plus simple possible; il convient d'asperger la plaie avec une solution hypertonique et il ne faut pas réunir, au moins immédiatement.

Si le blessé est porteur d'un garrot, n'enlever celui-ci que l'opération une fois faite.

Le choix du mode d'anesthésie et de l'anesthésique est encore discuté et mérite de nouvelles recherches. Le chlorure d'éthyle et le protoxyde d'azote ont donné les meilleurs résultats.

C. LE SHOCK OPÉRATOIRE

Docteur John Fraser (d'Edimbourg), rapporteur.

Jusqu'en 1915 sont apparues différentes théories :

1. La théorie de la dépression des centres vasomoteurs de Crile.
2. La théorie de l'acapnée de Henderson.
3. La théorie cardiaque de Boise.
4. La théorie d'inhibition nerveuse de Meltzer.

Mais, après 1915, à la suite de l'effort organisé par l'étude clinique du shock par le « Medical research Committee », on peut donner la définition suivante du shock :

« Un état de dépression de toutes les fonctions vitales du sujet, cet état étant primitivement causé par l'attrition des tissus et caractérisé par une chute progressive de la pression sanguine.»

Au point de vue clinique, il faut distinguer quatre formes : circulatoire, respiratoire, motrice et sensorielle.

L'auteur insiste sur l'importance d'une *basse pression sanguine*, celle-ci peut être due à une cause nerveuse ou toxique, au froid, à la sécrétion endocrine, à l'anesthésie, à l'hémorragie ou à la septicémie.

Elle entraîne une oxygénation défectueuee des tissus, de la stase capillaire, de l'acidose.

Le traitement chirurgical doit donc d'abord reconnaître et évaluer le degré de shock, éliminer toute hémorragie ou toute infection. Réchauffer le malade, le réhydrater. Au besoin, user des solutions alcalines contre l'acidose — l'alimenter en hydrocarbones — le faire dormir et reposer (morphine), — le camphre et l'adrénaline sont les meilleurs adjuvants. Il faut y ajouter la transfusion saline, colloïdale et surtout sanguine.

Enfin, l'opération doit être aussi courte que possible et l'anesthésique de choix est le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène.

Le traitement du shock par la **transfusion du sang pur oxygéné** est traité par le docteur Victor Pauchet (de Paris).

Le shock est généralement dû à *l'intoxication* (Quénu) et s'accompagne des phénomènes suivants : anémie des viscères et des centres nerveux, parce que les globules rouges sont accumulés dans le système circulatoire périphérique (stase capillaire de Cannon) ; *acidose* dû à l'accroissement des ions hydrogène ; *chute de la pression* artérielle causée par la stase capillaire et la transudation du plasma à travers la paroi des vaisseaux, la viscosité du sang étant diminuéeen cas deshock.

L'injection de sang pur oxygéné, d'après la méthode de Bécart, est l'arme la plus efficace contre les troubles physiologiques du shock ; elle amène les résultats suivants.

a. Elévation de la pression sanguine.

b. Celle-ci tend à tomber avec les injections de sérum artificiel, car ce liquide filtre à travers la paroi des vaisseaux.

c. L'oxygène, apporté à l'organisme par les globules rouges, est conduit au centre nerveux et aux endocrines.

d. L'acidose est neutralisée par l'oxygène contenu dans le sang.

Tout malade avec pression artérielle basse (au-dessous de 9 maxima) est justiciable de la transfusion du sang ; il ne faut pas attendre qu'il soit moribond, sinon le succès est incertain ; pourtant bien des moribonds sont sauvés. De nombreux succès sont encore obtenus dans des cas désespérés.

L'auteur a fait pratiquer par Bécart plus de 300 transfusions de sang. Il a été, le plus souvent, étonné des résurrections obtenues.

Il faut une organisation permettant de prescrire une transfusion aussi facilement qu'une injection d'huile camphrée.

Le docteur Uffreduzzi (de Turin) communique le résultat de ses expériences. Le **shock** serait dû à une influence nerveuse. Il n'a pas pu le causer par une injection de tissu musculaire broyé, mais il a pu le produire par injection de testicule ou de nerf broyé.

Le docteur Jirasek (de Prague) étudie le **shock après les opérations abdominales**. L'anesthésie, le froid et l'infection ont un rôle auquel vient s'ajouter le traumatisme des organes abdominaux. Il a pratiqué deux séries d'expérience, sous anesthésie générale et anesthésie de Kappis, dans les deux cas il y a eu dégénérescence des cellules chromaffines de la surrénale.

Le professeur de Zawadski (de Varsovie) montre que la **chute de pression artérielle** est plus grande au cours des laparotomies sous anesthésie générale. Le blocage du champ opératoire combiné à la narcose est le moyen le plus efficace de lutter contre le shock.

L'injection intraveineuse d'adrénaline relève la pression artérielle. L'opéré relevé brutalement de la position de Trendelenbourg voit sa pression tomber.

— En terminant ce bref compte rendu, nous avons plaisir à constater le très vif et légitime succès remporté parle VIe Congrès. Deux personnes doivent surtout être félicitées, le docteur Mayer, secrétaire général du Comité international, et le docteur Roberts, secrétaire du Comité anglais. Nos deux confrères ont été l'âme du Congrès. A ces félicitations qu'ils

nous permettent de joindre l'expression de notre gratitude pour l'extrême amabilité avec laquelle ils ont facilité la tâche des journalistes.

MARCEL THALHEIMER.

ACTUALITÉS

A PROPOS DES GROUPES SANGUINS

On est revenu depuis quelque temps aux transfusions sanguines d'homme à homme. C'est en Amérique et en Europe surtout depuis la guerre que cette méthode a été employée, mais ses succès thérapeutiques n'ont pas empêché de constater qu'elle peut déterminer parfois des accidents inquiétants, immédiats ou tardifs, et même, rarement à la vérité, la mort rapide. Aussi cette question a-t-elle fixé l'attention d'un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il suffira de citer LANDSTEINER, CAMUS et PAGNIEZ, JANSKY, MOSS, OTTENBERG, HIRSCHFELD, BUCHANAN, JEANBRAU et GIRAUD, GUTHRIE et HUCK, etc., dont la conclusion est que les accidents sont imputables à l'incompatibilité de certains sangs. Je n'ai l'intention d'examiner ici ni la pathogénie des accidents de la transfusion, ni la technique de détermination des incompatibilités sanguines; je me propose seulement, après avoir rappelé les notions indispensables sur les groupes sanguins, d'établir ce que l'on sait actuellement de leur caractère héréditaire ou acquis.

L'incompatibilité entre sangs se manifeste par l'agglutination des hématies et par l'hémolyse, celle-ci quand elle se produit, ce qui n'a pas toujours lieu, suivant toujours l'agglutination; mais ces réactions sont capricieuses, en ce sens que, même dans la transfusion entre parents très proches, on n'est jamais sûr d'être à l'abri d'accidents si on n'a pas fait, au préalable, le contrôle respectif des sangs du donneur et du récepteur. Toutefois, l'incompatibilité n'a pas toujours la même importance pratique. C'est ainsi que l'agglutination des hématies du donneur par le sérum du récepteur est seule vraiment dangereuse; celle des globules rouges du récepteur par le sérum du donneur ne provoque pas généralement d'accidents parce que, suivant GIRAUD, les hématies détruites du récepteur sont des albumines homogènes tandis que celles du donneur représentent les albumines étrangères toxiques.

A la suite de ses premières recherches, LANDSTEINER, dès 1901, avait admis l'existence de trois groupes sanguins que JANSKY, en 1907, puis MOSS et OTTENBERG portèrent à quatre; plus récemment, GUTHRIE et HUCK en ont reconnu plusieurs autres, mais, en France, on continue à s'en tenir aux quatre groupes de MOSS, caractérisés par la sensibilité des hématies à l'agglutination ou par l'activité agglutinante du sérum. L'expérience a établi, en outre, que les sangs d'un même groupe sont inagglutinables entre eux et qu'ils se comportent toujours de la même manière à l'égard des sangs des autres groupes.

Dans le groupe I, les hématies sont agglutinées par le sérum de tous les autres groupes. On nomme donc « receveurs universels » les sujets appartenant à ce groupe puisqu'ils peuvent être transfusés par n'importe quel sang; mais ils ne peuvent donner leur sang qu'aux personnes, peu nombreuses, appartenant au même groupe.

Dans le groupe II, le sérum est agglutinant pour les hématies du groupe III, dont le sérum agglutine réciproquement ses propres globules rouges; les individus de ce groupe ne peuvent donc être transfusés que par ceux des groupes II et IV.

Dans le groupe III, inversement, le sérum agglutine les hématies du groupe II et ses propres hématies sont agglutinées par le sérum de ce dernier groupe. Donc les individus du groupe III ne peuvent être injectés qu'avec les sangs des groupes III et IV.

Enfin, dans le groupe IV, le sérum agglutine les hématies de tous les autres groupes et les globules rouges ne sont agglutinés par aucun sérum. Les sujets de ce groupe, s'ils sont des « donneurs universels », ne sauraient être transfusés qu'à l'aide du sang de leur propre groupe.

Pour tâcher de rendre compte du comportement des sangs, les uns par rapport aux autres, on a imaginé l'existence des agglutinines *a* et *b* contenues dans le sérum, et des agglutinogènes complémentaires A et B renfermées dans les hématies, substances hypothétiques distribuées de telle sorte que, dans un même sang, ne coexistent jamais une agglutinine et son agglutinogène complémentaire. On a ainsi le tableau suivant :

	Agglutinines	Agglutinogènes
Groupe I	O	A—B
Groupe II	*b*	A
Groupe III	*a*	B
Groupe IV	*a—b*	O

On admet généralement que la réaction d'un sang vis-à-vis des autres est un caractère permanent, indépendant des conditions physiologiques et pathologiques, donc un caractère héréditaire, racial, obéissant aux lois de NAUDIN-MENDEL. Mais cette conception se heurte à certaines difficultés.

Tout d'abord, la réaction de groupe n'apparaît que rarement avec la formation du sang embryonnaire; elle ne se montre que plus tard, quelques mois après la naissance et surtout après le sevrage. Quand elle existe avant celui-ci, il semble qu'elle puisse quelquefois changer avec l'organisation de l'alimentation mixte ou normale, mais les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'on accepte dès maintenant l'influence de ce facteur. D'un autre côté, il arrive que le sang du fœtus ou de l'enfant soit incompatible avec celui de sa mère, comme l'a signalé MAC QUARRIE. D'après cet auteur, dans 23 p. 100 des cas, les globules rouges de l'enfant sont agglutinés par le sérum de la mère, dans 2 p. 100 seulement c'est le sérum de l'enfant qui agglutine les hématies de la mère. De ce fait, on a tiré une curieuse déduction. Suivant OTTENBERG, l'enfant ne possèderait jamais d'autres agglutinines que celles de ses parents directs. Par suite, si on découvre chez l'enfant une agglutinine qui n'existe dans le sang, ni de la mère, ni du père supposé, celui-ci ne saurait être regardé comme le vrai père : d'où application de la détermination des sangs à la recherche de la paternité. Mais le caractère héréditaire du groupe sanguin n'est pas absolument prouvé et d'ailleurs, si l'on invoque le mendélisme, on peut faire intervenir des caractères récessifs réapparaissant à l'état pur, si bien que, pour assurer la légitimité des conclusions, il faudrait procéder au contrôle des sangs des grands-parents et au delà, ce qui est impossible. Autre question. Ainsi que l'ont établi GUTHRIE et HUCK, il y a quelques individus, très rares, qui ne semblent appartenir à aucun

des groupes de Moss, et, c'est en leur faveur que les auteurs précédents ont créé l'agglutinine *c* et l'agglutinogène C et quatre nouveaux groupes sanguins. Ceci nous conduit à un autre genre de considérations.

Eden, en effet, a montré que l'administration de certains médicaments, antipyrine, quinine, arsenic, anesthésiques, peut quelquefois changer le groupe sanguin d'un individu. P. Emile-Weil et Isch-Wall ont confirmé ce fait en ce qui regarde le bismuth et l'aspirine, et remarquent que ce changement de groupe provient de la disparition d'agglutinines remplacées par les agglutinogènes correspondantes, mais cesse ordinairement quand la médication prend fin. Il n'en reste pas moins établi que l'usage de certaines substances est capable de modifier les incompatibilités sanguines. Comment en serait-il ainsi si ces incompatibilités ont la valeur d'un caractère héréditaire ? P. Emile-Weil et Isch-Wall ont également noté que les grands accidents de la transfusion et principalement les accidents immédiats avec hémolyse ne s'observeraient guère que chez les hémogéniques dont le sang est à l'état instable, anémiques, insuffisants du foie, hémophiliques. On sait d'ailleurs que ces accidents sont heureusement beaucoup plus rares que ne le prévoit la théorie, et que Crile a pu pratiquer cent transfusions à l'aide de sang pris au hasard sans avoir eu à enregistrer le moindre déboire. Il semble donc que le groupe sanguin d'un sujet n'a pas la fixité qu'on lui prête et que les prétendues agglutinines et agglutinogènes peuvent être supprimées, déplacées ou exaltées par certains médicaments et d'autres facteurs.

Dernier point. Le pourcentage des divers groupes sanguins varie assez sensiblement avec les races. C'est du moins ce qui résulte des recherches de L. et H. Hirschfeld publiées dans *The Lancet* d'octobre 1919, et qui portent sur des milliers de soldats européens, africains et asiatiques. D'après leur statistique, le groupe IV est de beaucoup le plus stable : quelle que soit la race, il demeure entre 35-45 p. 100 ; le groupe II, au contraire, présente de grandes oscillations, 53 p. 100 chez les Anglais et les Allemands ; 38 à 42, chez les Français, les Italiens, les Roumains, les Serbes ; 32 à 38 chez les Arabes, les Turcs, les Juifs, 26 chez les Malgaches, 22 chez les Sénégalais, et 19 seulement chez les Hindous qui appartiennent pourtant à la race blanche ; chez ces derniers, le groupe III monte en revanche à 41 p. 100, alors que la moyenne de la race blanche approche de 10, tombant même à 7 p. 100 chez les Anglo-Saxons. Enfin, le groupe I est le moins répandu dans toutes les races, 2 à 5 p. 100 au plus.

Ce sont les variations de ces proportions qui ont fait attribuer au groupe sanguin une valeur ethnique, raciale. Encore convient-il de remarquer que tous les groupes ne sauraient avoir la même signification, car I et IV sont constants, tandis que II et III varient considérablement. C'est donc parmi ces derniers qu'on pourrait chercher un élément de discrimination raciale. Or, ce sont ceux-ci, dont seuls du reste le contrôle s'occupe la plupart du temps, qui changent occasionnellement avec certains médicaments ou les modifications apparemment acquises de l'équilibre sanguin.

En présence de ces constatations, il est bien difficile de conclure. Tout au plus peut-on croire que si les groupes I et IV représentent un caractère spécifique ou générique, comme le laissent supposer les expériences sur les animaux, les groupes II et III subissent probablement l'influence de facteurs extérieurs, alimentation habituelle, poisons, maladies, etc.

J. Laumonier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 24 juillet 1923)

Sur six cas de myélite aiguë traitée par le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur. — M. Etienne (de Nancy) a appliqué ce sérum au traitement de six cas de myélite aiguë, avec des résultats remarquables. Il y eut tantôt des améliorations rapides avec guérison complète (un cas), tantôt des améliorations plus lentes (cinq cas).

Hyperalgésie cutanée provoquée par le bruit dans un cas d'encéphalite léthargique. — M. Bureau (de Nantes) rapporte cette observation d'un malade, atteint d'encéphalite léthargique, présentant des algies dans le domaine du trijumeau, du plexus cervical et du plexus brachial, se produisant à l'occasion de bruits aigus.

Une page arménienne de l'histoire de l'inoculation variolique. — M. Torkomian (de Constantinople). Les Arméniens ont pratiqué l'inoculation variolique depuis les temps les plus reculés, recueillant les croûtes des pustules qu'ils conservaient dans la pulpe de raisins secs et les faisaient avaler aux malades qu'ils voulaient ainsi vacciner ; ils firent ensuite l'inoculation par incision. Leurs pratiques utilisées en 1718 à Constantinople fut importée en Angleterre par Lady Montagu.

Sélecteur radioscopique pour radiographies multiples. — M. H. Béclère peut avec cet appareil prendre des films (de seize à vingt clichés par minute) sous le contrôle radioscopique. C'est une étape vers la cinématoradiographie.

(Séance du 31 juillet 1923)

MM. d'Astros, Giraud et Raibaud rapportent 4 cas **autochtones de kala-azar infantile** observés à Marseille.

M. Ladreyt apporte l'observation prise par lui d'une tumeur rare, un **sarcome primitif de la rate** observé chez une fillette de douze ans.

La progression du cancer dans la région toulousaine. — M. Rémond.

La pratique de l'obstétrique chez les populations indigènes de la Tunisie. — M. Dinguizli fait une intéressante étude des conditions désastreuses dans lesquelles se pratique à l'heure actuelle en Tunisie l'art de l'obstétrique ; les sages-femmes y sont remplacées par des matrones sordides et ignorantes. Les patientes sont placées sur des chaises ; les incantations et les sortilèges remplacent la plus élémentaire propreté, les pires accidents y sont constatés chaque jour.

M. Pinard émet le vœu qu'une Commission soit réunie pour étudier dans nos colonies ou protectorats la façon de surveiller d'un peu plus près la pratique des accouchements et d'en améliorer les résultats.

A propos des recherches de M. Levaditi sur un nouveau principe de vaccination. — M. Marie revient sur cette question de la neuro-vaccine déjà étudiée par M. Camus.

Résultats d'une deuxième année de campagne contre les empoisonnements par les champignons. — M. Azoulay apporte à l'Académie les résultats de la lutte si intéressante qu'il a entreprise contre les empoisonnements dus aux champignons et qui, chaque année, causent encore tant de victimes. Il s'est efforcé, avec l'aide des médecins, des pharmaciens surtout, des instituteurs, d'étendre l'étude et la reconnaissance des diverses espèces de champignons vénéneux ou comestibles, et les façons de les éviter ou de pouvoir s'en alimenter sans danger.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES RÉTRÉCISSEMENTS ACQUIS DU RECTUM [1]

COMPLICATIONS. — Les complications les plus graves sont commandées par les ulcérations rectales sus-jacentes au rétrécissement. Elles sont d'ordre local, de voisinage ou d'ordre général :

1. Les **complications locales** sont constituées par des *abcès* secondaires à l'ulcération rectale. Ils peuvent être précoces ou tardifs et revêtir la forme de phlegmon de la fosse ischio-rectale ou de l'espace pelvi-rectal. En général, ce sont des abcès formés de pus et de gaz. Il n'est pas rare qu'aux abcès succèdent des *fistules* simples ou multiples, en arrosoir, s'étendant plus ou moins loin. Ces fistules peuvent : *a.* venir s'ouvrir à la peau, au-dessous du rétrécissement ; *b* ou bien elles occupent l'espace pelvi-rectal supérieur et s'ouvrent dans le vagin ou la vessie ; *c.* ou bien encore l'infection peut s'étendre à la fosse iliaque donnant lieu à des suppurations prolongées.

2. Les **complications de voisinage**; il s'agit là de complications rares; les abcès péri-rectaux peuvent être le point de départ d'une péritonite. La péritonite généralisée a pu être observée spontanément après rupture de l'intestin altéré et dilaté par les matières au cours d'un violent effort de défécation, ou à la suite d'une exploration maladroite.

La pelvi-péritonite limitée, adhésive, circonscrite, provoque la formation d'adhérences, de brides péritonéales qui peuvent comprimer ou non des anses intestinales.

3. **Parmi les complications d'ordre général**, il faut surtout citer la *tuberculose pulmonaire*, la dégénérescence amyloïde, les maladies intercurrentes (érysipèle, pneumonie, grippe, etc.).

DIAGNOSTIC. — I. **Positif.** — L'histoire de la maladie et l'étude clinique des symptômes orientent vers une affection organique du rectum. L'examen physique local, seul, permet de poser le diagnostic de rétrécissement rectal.

A l'*inspection*, l'examen de la région anale permet déjà de constater, dans bien des cas, l'existence d'un érythème périanal, d'un bourrelet hémorroïdaire, de productions condylomateuses ou papillomateuses. Toutes ces lésions anales font prévoir l'existence de lésions rectales sus-jacentes plus importantes.

Le *toucher* devra être pratiqué doucement et prudemment. Dans la traversée du canal sphinctérien, le doigt explorateur percevra les lésions de rectite, la raideur, la sécheresse de la muqueuse, des saillies végétantes ou proliférantes.

Au bout de 3 à 5 centimètres, le bout de l'index viendra buter contre l'extrémité inférieure du rétrécissement et s'engagera dans sa partie inférieure, en forme d'entonnoir. Si le rétrécissement n'est pas trop serré, le doigt peut franchir le canal, percevoir sa forme en cylindre, ses parois infiltrées et dures. Au-dessus, on percevra les matières fécales durcies et l'ulcération rectale.

Le toucher a donc une importance capitale au point de vue du diagnostic. Cependant on devra compléter les renseignements qu'il fournit par l'examen au spéculum ani ou même, si on la peut pratiquer, par la rectoscopie.

L'*examen au spéculum* permet de voir la portion sous-stricturale, la muqueuse au-dessous du rétrécissement et l'orifice.

L'examen avec le *rectoscope* est aussi bien précieux. L'emploi du rectoscope de calibre ordinaire (18 à 20 millimètres de diamètre) permet de voir complètement l'état du canal anal et la région du rectum située entre l'anus et le rétrécissement. Les rétrécissements du rectum qui siègent à quelques centimètres de l'anus sont accessibles au doigt. C'est le toucher qui permet d'en faire le diagnostic, mais c'est le rectoscope qui permet d'en déterminer la nature, le siège, les dimensions exactes, la forme, s'il est en entonnoir, en virole, ou partiel, s'il est unique ou multiple. En employant un rectoscope de petit calibre (8 à 10 millimètres), on pourra explorer la région sus-jacente au rétrécissement, si elle est le siège d'ulcérations ou de phénomènes inflammatoires.

Mais c'est surtout dans les cas où le rétrécissement rectal est haut situé, ou à la jonction du rectum et du sigmoïde, que l'examen rectoscopique rendra les plus grands services, car ces rétrécissements sont hors de portée du doigt. C'est grâce à la rectoscopie qu'on fera le diagnostic entre un rétrécissement congénital, inflammatoire ou cancéreux. Dans les cas de doute, elle permettra de pratiquer une *biopsie*.

II. **Diagnostic différentiel.** — L'examen du malade, le toucher rectal, l'examen rectoscopique permettent de poser le diagnostic exact de la lésion, en présence de troubles entéritiques, de douleurs rectales, d'évacuations anormales par l'anus.

On éliminera ainsi :

— un corps étranger du rectum,
— un polype pédiculé qui saigne,
— les rectites simples sans rétrécissement véritable,
— une constipation chronique simple, à type dyschésique,
— la compression du rectum par un utérus rétroversé ou rétrofléchi, un ovaire prolabé dans le Douglas, une hypertrophie prostatique, une salpingite, une hématocèle enkystée, un fibrome, etc.

Toutes ces affections refoulent le rectum, le compriment, donnent au doigt la sensation d'un obstacle, d'autant plus que le malade peut présenter un véritable syndrome rectal avec ténesme, évacuations de glaires et de sang. Mais la muqueuse rectale, simplement congestionnée, glisse sur les plans profonds. Il y a compression et non rétrécissement vrai.

Il en est de même des inflammations chroniques du tissu cellulaire périrectal, paramétrite, périmétrite, néo du col utérin, etc., suppuration prostatique. Mais dans ces cas la muqueuse est le plus souvent saine et glisse sur les plans profonds indurés. On sent au-dessous la masse très dure et ligneuse. Dans certains cas avancés, l'infiltration inflammatoire ou cancéreuse peut envahir la paroi rectale et donner des lésions secondaires de la muqueuse rectale. L'opposition des lésions considérables des organes de voisinage avec les lésions minimes encore du rectum fait faire le diagnostic chronologique des lésions. La biopsie est souvent nécessaire.

Les *sténoses non cancéreuses*, les *spasmes*, se distinguent aussi assez facilement à la rectoscopie des *sténoses malignes*. Elles sont circulaires et ont une lumière centrale ; les bords du cancer sont durs ; la tumeur bourgeonne sur une face et refoule la lumière de l'intestin du côté opposé. La tumeur saigne au moindre contact et est assez bien limitée. Dans les sténoses bénignes l'intestin se rétrécit peu à peu et la muqueuse est enflammée sur une grande étendue (Bensaude).

Le diagnostic est difficile dans le cas du cancer bas situé, en virole, non ulcéré. Seule la biopsie permettra le diagnostic.

Le *cancer du rectum* forme une masse végétante, inégale, friable, dure, dont les bourgeons saignent au moindre contact et obstruent la lumière rectale. Il s'agit plus souvent d'un homme âgé, présentant un amaigrissement et une cachexie rapides. Mais le cancer peut simuler le rétrécissement du rectum dans sa forme squirrheuse et le rétrécissement peut simuler le cancer dans le cas où il existe des fongosités. Enfin, il est toujours possible que le cancer vienne se greffer sur un rétrécissement. Dans tous ces cas, la rectoscopie et la biopsie permettront de poser le diagnostic exact.

De même on se méfiera d'une simple coudure, d'un changement brusque de direction, d'une saillie anormale d'une valvule, d'un spasme simple du sphincter recto-sigmoïdien; le spasme est passager et cède spontanément ou par l'insufflation. Le spasme forme un gros bourrelet mamelonné.

Enfin, quand on voit s'écouler du pus dans la lumière du rectoscope, il ne faudra pas penser seulement au rétrécissement. Les *sigmoïdites suppurées*, les *rectites* suppurées, les *recto-colites purulentes* (Antoine) peuvent être à l'origine de ces suppurations.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 59, p. 954, et n° 61, p. 987.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Luigi Pasteur e l'Opera Sua, ricordata da Luigi Carlo MASSINI. — Gênes 1923, Imprimerie « Le Opere e i Giorni ».

N° 64. — SAMEDI 11 AOUT 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 11 AOUT 1923. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(Au titre civil.) Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Pierre Tronche (de La Réole).

Ministère des Travaux publics. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Cany (de la Bourboule), Héry, médecin des chemins de fer de l'Etat.

Bourses d'études a l'Institut Pasteur de Paris. — La Société des sciences médicales de Tunis a créé sur le « Fonds Pasteur », constitué à l'occasion du centenaire de la naissance du grand savant, une bourse annuelle d'études (janvier à mai) à l'Institut Pasteur de Paris.

Le bénéficiaire, qui recevra 4.000 francs pour frais de séjour à Paris (les frais de travaux pratiques étant à la charge de la Société), doit être né ou domicilié en Tunisie. Il devra justifier dans sa demande qu'il a subi avec succès tous ses examens et qu'il n'a plus que sa thèse à soutenir ou qu'il est docteur en médecine depuis moins de six mois.

Les demandes seront reçues à Tunis, à la Société des sciences médicales jusqu'au 15 novembre 1923, dernier délai.

Guerre. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 28 juillet 1923, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie :

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Wuillième (d'Issy-les-Moulineaux), Privat (de Chaville), Humbel (de Poissy), Sérée (du Vésinet), Guedeney (de Clichy), Sigwalt (de Clamart), Fourneau (de la Queue-les-Yvelines), Le Roux (de Colombes), Philippe (d'Aubervilliers), Wielhorski (de Paris), Gaignon (d'Etampes).

1re légion : MM. Dormoy (de Comines), Fourdrinier (de Bully-Grenay), Mulliez (d'Hersin-Coupigny), Chuffart (de Pont-à-Marcq, Niquet (de Lambersat), Broquet (de Watrelos), Riche (de Jeumont).

2e légion : MM. Potron (de la Fère-en-Tardenois), Maîtresse (de la Capelle).

3e légion : MM. Fabre (de Verneuil), Duvrac (de Bourgachard).

4e légion : MM. Delon (du Theil-sur-Huisne), Monnier (de la Chartre-sur-le-Loir), Bénard (de Loiron), Daniel (de Gorron).

5e légion : MM. Massacré (de Selles-sur-Cher), Fiatte (de Sens), Gavet (d'Aillant), Béliard (de Vermenton), Lambert (de Tournan).

6e légion : MM. Henriet (de Brieulles-sur-Bar), Guerbé (de Carignan), Lapierre (d'Houdelaincourt), Pierson (de Buzancy), Donzé (d'Orbais).

7e légion : MM. Simeray (de Moirans), Duboz (de Salins), Denave (de Virieu-le-Grand), Temporal (de Saint-Rambert), Picard (de Port-sur-Saône).

8e légion : MM. Cros (de Saint-Florent), Grognot (de Semur), Chaimaillard (des Aix-d'Angillon).

9e légion : MM. Chevassu-Périgny (de Saint-Gaultier), Périchon (du Blanc), Durand et Pommeret (de Preuilly), Ranvoize (de Richelieu).

10e légion : MM. Le Calvé (de Redon), Belloir et Mosquet (de Saint-Hilaire-du-Harcouët), Guillaume (de Perros-Guirec), Canet (de Corps-Nuds), Herviault (de Paimpol), Vannier (du Pertre), Pilorge (de Corseul).

11e légion : MM. Rivière (de Bouaye), Jourdain (de Plouescat).

12e légion : MM. Croizet (de Châteauneuf), Réveillaud (d'Aigre), Terai (de Barbezieux), Maumy (d'Ahun), Larché (de Chénérailles), Lanes (de Saint-Vaury), Berthon (de Blanzac), Agard (de Nontron), Costes (de Saint-Cyprien).

13e légion : MM. Oudjean (de Lurcy-Lévy), Cros (de Saint-Flour), Godemel (de Gannat).

14e légion : MM. Bérard (de Dieulefit), Mailiard (de Fleurie), Guyonnet (de Saint-Etienne-de-Saint-Geoirs), Charvet (de Villefranche).

14e légion *bis* : MM. Basso (de Flumet), Cerutti (d'Aime), Reynier (de Saint-Jeoire), Vidonne (de Taninges).

15e légion : MM. Lauze (d'Aimargues), Lenail (de Largentière), Bouvat (de Saint-Péray), Leriget (de Brignon), Maurin (de Saint-Henri), Remuzat (d'Arles).

15e légion *bis* : M. Sivan (de Saint-Maximim).

16e légion : MM. Pompart (de Villeneuve), Cayla (de Laguiole), Lagarde (de Decazeville), Cour (du Malzieu-Ville).

16e légion *bis* : MM. Soueix (de Lacaune), Anduze-Acher (de Chalabre), Itié (de Brassac).

17e légion : MM. Delestaing (de Baziège), Dupui (de Vicdessos), Fonsagrives (de Saint-Antonin), Galibert et Bent (de Mouclar).

18e légion : MM. Granval et Rascol (de Pauillac), Chapeaud (d'Aulnay), de Gournay (de Lembeye).

19e légion : MM. Bensussan (de Barika), Dartigues (de Port-Gueydon), Couillaud (de Maillot), Ardouin (de Nemours), Joly (de Bou-Tlélis), Ledoux (de Saint-Leu).

20e légion : MM. Cosserat (de Bayon), Henry (de Bains-les-Bains), Hippert (de Colombey-les-Belles).

Détachement de la Guadeloupe : MM. Moirlin (du Moule), Clède (de Grand-Bourg).

Médailles de bronze (délivrées après quinze années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Durand (de Puteaux), Bosc (de Mureaux), Oge (de Montlhéry), Méténier (de Villejuif), Bisot (de Forges-les-Eaux), Harpey (de Bougival), Blaire (de Bondy), Malègue (de Vanves).

1re légion : MM. Dugimon (de Maing), Horel (d'Oignies), Rembeauville (de Frévent), Lancet (d'Ardres), Theret (d'Anvin), Carret (d'Hautmont), Denoyelle (de Beaurainville).

2e légion : MM. Lecomte (du Nouvion), Dubus (de Corbie), Carton (de Flixecourt).

3e légion : MM. Legrand (de Verneuil), Gallot (de Honfleur), Bedrune (de Criel-sur-Mer), Engelbach (du Havre).

4e légion : MM. Bouessée (de Goron), Bruneau (de Beaumont-sur-Sarthe), Cot (de Tuffé), Predal (de Bonnétable), Vincent (de Beaumont-sur-Sarthe), Bernard (de Sablé), Collière (de la Ferté-Bernard).

5e légion : M. Cornu (de Veuvy-Sautour).

6e légion : MM. Guillaume (de Stainville), Vilte (de Vrigne-aux-Bois).

7e légion : MM. Jannot (d'Audincourt), Bourgeois (de Champagnole), Vauthrin (d'Anrosey), Nurdin et Daiche (de Fougerolles), Boyer (de Jonvelle), Bolot (de Lure), Kornprobst (de Prauthoy), Tribet (de Fayl-Billot), Coulon (d'Amancey), Baldensperger (de Saint-Vit).

8e légion : MM. Bauzon (de Chalon-sur-Saône), Belêtre (de Sancoins), Volle (de Montceau-les-Mines), Magnon-Pujo (de Gevrey-Chambertin).

9e légion : MM. Rabec (de Chizé), Avrilleaud (de Montsoreau).

10e légion : M. Croyn (de Pipriac).

11e légion : MM. Couronnet (de Doulon), Chauveau (d'Ancenis), Horveno (de Saint-Etienne-de-Montluc), Auvinet (de Saint-Philbert), Clénet (de Nort-sur-Erdre), Lambert (d'Etel), Magne (de Locronan).

12e légion : MM. Devillard (de Brantôme), Masgnand (de Thenon), Tarrade (de Châteauneuf-la-Forêt), Chabriez (de Vigeois), Laborderie (de Sarlat), Fillion-Roux (de Baignes), Monéger (d'Egletons).

13e légion : MM. Bonnouvrier (de Charlieu), Saubert (d'Olliergues), Soulier (de Ruines), Trapenard (de Bellenaves), Teillot (de la Chaise-Dieu), Rouchy (de Pléaux), Bouche (de Langeac), Roy (de Rochefort-Montagne).

14e légion : MM. Lhéritier (de Cours), Plaussu (de Grenoble), Allibe (de Sassenage), Lafaury (de Tain), Eynard (de Bour-de-Péage).

14e légion *bis* : MM. Liénard (de Pont-de-Beauvoisin), Jarre et Debauge (de Saint-Genix-sur-Guiers), Signoret (de Barcelonnette), Guillaud (des Echelles), Poignon (du Châtelard).

15e légion : MM. Girard (du Teil), Henry (de Cavaillon), Giraud (de Thueyts), Massé (de l'Isle-sur-Sorgue), Roques (de Saint-Rémy), Vernet (de Saint-Marcel), Quercy (de Miramas), Lafaury (de Tain-Tournon).

15e légion *bis* : MM. Codur (de Nice), Tron (de Sisteron).

15e légion *ter* : MM. Cipriani (de Guagno), Orabona (de Novella).

16e légion : M. Jacob (de Saint-Affrique).

16e légion *bis* : M. Monnié (de Coursan).

17e légion : MM. Ringnet (de Varen), Reilhac (de Clairac), Bouty (de Lauzun), Andrieu (de Caylus).

18e légion : MM. Ozier (de Castelnau), Couston (de Gensac), Delaunay (de Cozes), Cazaillet (de Pons), Auboin (de Saint-Genis-de-Saintonge), Laborde (de Mugron), Dupouy (de Pomarez), Sentex (de Saint-Sever), Larquier (de Hagetmau), Couratte (de Lasseube).

19e légion : MM. Cubry (de Tiaret), Génova (de Duvivier), Péduran (de Boufarik), Anastaze (de Mouzaïaville), Guérin (d'Affreville), Ciavaldini (d'El-Arrouch), Meyer (de Tizi-Ouzou).

20e légion : M. Dupont (de Payns).

Détachement de la Réunion : M. Mac-Auliffe (de Saint-Denis).

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Calbet (de Chatou), Savelli (de Rueil), Bosvieux (de Ville-d'Avray), Rigal (de Chevreuse), Richault (d'Etréchy), Dauzats (de Sceaux), Camus (d'Etampes), Grenet (de Maisons-Laffitte), Barellier (de Chaville).

2e légion : MM. Grimpret et Bruneau (de Vervins), Devillers (de Guise), Marlière (d'Aubenton), Prestelle (de Rosières).

3e légion : MM. Masson (de Tilly-sur-Seulles), Pareur (de Sanvic), Poussin (de la Barre), Damour (de Villers-Bocage).

4e légion : MM. Rabot (du Mesle-sur-Sarthe), Chevallier (de Marolles-les-Brault), Jamaux (du Bourgneuf), Lorier (du Mans).

5e légion : MM. Marion (de Tonnerre), Thierry (d'Ancy-le-Franc), Merle (de la Ferté-Gaucher), Robert et Mekdjian (de Joigny), Chevrolle (de Beton-Bazoches), Couvreur (de Rozoy-en-Brie), Goulard (de Brie-Comte-Robert).

6e légion : MM. Gobert (d'Avize), Mathieu (de Sézanne) Rascalou (de Charleville), Frélier (de Fère-Champenoise).

7e légion : MM. Romand-Monnier (de Champagnole), Faivre (de Mollans), Rollet (de Longeau).

8e légion : MM. Angellier (de Chagny), Carteret (de Digoin), Pellagot (de la Guerche), Brugnot (de Bligny-sur-Ouche), Barré (d'Aubigny-sur-Nère), Galimard (de Flavigny), Trébeneau (de Montchanin-les-Mines), Devaux (de Châteauneuf-sur-Cher).

9e légion : MM. Dupont (de Lussac-les-Châteaux), Houpert (d'Angles), Quillon (du Blanc), Chiron du Brossay (de Baugé).

(A suivre.)

COURS DE VACANCES, sous la direction de M. le docteur LAUBRY. — ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Cours de séméiologie cardiaque, séméiologie clinique, séméiologie graphique, arythmies, syndromes d'insuffisance cardiaque.* — Dix-sept leçons à partir du 24 septembre 1923.

Les leçons auront lieu le matin, de 11 heures à midi, à l'hôpital Cochin. Elles seront faites par M. le docteur Laubry et ses assistants MM. les docteurs D. Routier, S. Bloch et Walser.

Le droit d'inscription est de 100 francs.

On s'inscrit dans le service de M. le docteur Laubry à l'hôpital Cochin.

CONGRÈS DU CANCER (1)

(Strasbourg, 23-25 juillet 1923)

Le Congrès du cancer a été ouvert dans le grand amphithéâtre de l'Institut d'Hygiène de Strasbourg par M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, assisté de M. le professeur Weiss, doyen de la Faculté de médecine, et de M. le docteur Pierre Delbet, président de l'Association française pour l'étude du cancer.

M. Roussy, secrétaire général, après avoir souhaité la bienvenue aux savants étrangers, venus pour honorer la mémoire de Pasteur et participer aux travaux du Congrès, les prie de vouloir bien s'asseoir aux places qui leur sont réservées. Ce sont MM. Bayet (de Bruxelles), Deelman et Waterman (d'Amsterdam), Maisin (de Louvain), de Bruyne et de Rom (de Gand), Leitch et Murray (de Londres), Bruno-Bloch (de Zurich), Pentimalli (de Naples), Centanni (de Modène), Itchikawa de Saporo (Japon), Fibiger (de Copenhague) et d'autres que je m'excuse d'oublier.

M. le président Delbet, après avoir rappelé le but du Congrès et la nécessité de grouper pour une collaboration étroite, tous ceux qui ont le souci de la santé publique, remercie M. le Ministre de l'Hygiène, d'avoir bien voulu honorer de sa présence la première séance du Congrès et encourager ses travaux.

Il salue l'ombre du grand Pasteur, qui doit, en ce moment, planer dans l'Assemblée. Ce génie incomparable a beaucoup travaillé à Strasbourg comme ailleurs et, pour lui, travailler c'était découvrir. Il souhaite que les travaux du Congrès soient également fructueux et qu'il en résulte de sérieux progrès dans l'art de guérir.

La lutte contre le cancer se prépare dans les laboratoires. Si, dans le temps, les ingénieux inventeurs pouvaient se contenter d'un matériel et de ressources modestes, ils ne le pourraient plus aujourd'hui ; les temps sont changés et ils se joindraient à nous pour faire appel à la générosité du grand public qui doit détourner son attention des distractions légères et égoïstes pour l'orienter vers les œuvres utiles à l'humanité.

L'éminent professeur expose les difficultés de la lutte, la nécessité de recourir à des procédés perfectionnés et sûrs, capables de détruire les cellules anarchistes sans toucher aux autres, normales et saines.

Pour guérir une maladie, dit-il, il faut savoir la produire. Il faut donc créer le cancer expérimental, l'étudier, l'attaquer pour pouvoir connaître et combattre celui qui apparaît spontanément, sous des causes encore peu connues.

M. Delbet résume le programme du Congrès et passe rapidement en revue les diverses formes de cancer, insistant sur la fréquence avec laquelle ils déjouent souvent les prévisions les plus sérieuses, quant au pronostic et à l'efficacité des divers traitements. Il exprime l'espoir que les radiations qui constituent déjà un réel progrès, rendront bientôt des services plus éminents encore, lorsqu'elles seront mieux connues et plus disciplinées.

M. Delbet termine en remerciant le vaillant et dévoué secrétaire général et les éminents rapporteurs qui ont préparé le succès du Congrès et tous les membres présents, français et étrangers qui l'ont assuré.

Les applaudissements, qui ont salué cette éloquente péroraison, redoublent lorsque le ministre, M. Strauss, se lève. Il félicite les organisateurs d'avoir choisi le lieu le mieux placé et le plus approprié au genre de travail auquel tous vont se livrer.

Strasbourg est le berceau intellectuel de Pasteur ; sur elle sont portés tous les regards et se concentrent les sympathies reconnaissantes non seulement de la France, mais de toutes les nations civilisées, de tous les peuples dont l'idéal est l'indépendance des peuples et qui ont encore foi dans la justice immanente dont Gambetta n'avait jamais douté.

En ce moment, se trouve rassemblée dans la capitale de l'Alsace, l'élite des savants du monde entier, pathologistes, histologistes, chirurgiens, radiothérapeutes.

Des manifestations scientifiques ont déjà eu lieu, d'autres se préparent. Hier, en juin, c'était la tuberculose qui inaugurait la série de ces brillantes réunions, demain ce sera le tour d'autres affections. Aujourd'hui s'organise, grâce à vous, la lutte contre l'un des fléaux les plus redoutables. Elle se terminera par un succès, car elle est placée sous les auspices d'hommes éminents, de M. Borrel, dont il faut souligner le rôle actif et efficace, de MM. Delbet, Weiss et Schwartz, membres de l'Académie de médecine.

Il y a place pour toutes les bonnes volontés, savants à la recherche des causes et effets, médecins désireux d'appliquer les données nouvelles au traitement et à la prophylaxie ; hygiénistes qui connaissent toute la valeur des bonnes statistiques.

On ne saurait assez insister sur l'importance de ces chiffres qui montrent d'une façon éloquente, impressionnante, les ravages et la progression du cancer. La tuberculose est en décroissance, mais les tumeurs malignes deviennent de plus en plus nombreuses et plus graves.

En tendant un réseau d'investigations suffisamment serré et solide, on arrivera à arracher aux néoplasmes, leurs secrets. Pour arriver à s'en rendre maître, il ne faut négliger aucun genre de recherches, aucun effort.

Le Gouvernement de la République par la voix du ministre félicite et remercie tous ceux qui poursuivent des études arides dans le but de prévenir et de guérir le nouveau fléau social. On en aura raison, peut-être la marche sera-t-elle lente, mais peu importe, pourvu que l'élan soit donné et irrésistible.

On peut compter sur les Pouvoirs Publics, sur l'Administration de l'hygiène, en particulier, qui saura le moment de prendre des mesures arrivé, s'inspirer des découvertes qui vont être exposées et des discussions qui vont avoir lieu.

Le travail est la façon la plus élevée et la plus sûre d'honorer la mémoire de l'immortel Pasteur et d'assurer le bonheur de l'humanité.

— Le Congrès commence immédiatement l'exécution de son programme par l'étude de la production expérimentale du cancer et les intéressantes communications de MM. Fibiger, Itchikawa, Murray, Borrel.

PREMIÈRE SÉANCE

M. J. Fibiger, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Copenhague, avant de commenter son rapport sur le **cancer spiroptérien et les autres cancers à parasites animaux**, tient au nom des savants étrangers de tous pays à rendre un pieux hommage à la mémoire de Louis Pasteur et à remercier le président du Congrès des chaleureuses paroles de bienvenue qu'il a prononcées au début de la séance.

Le mérite d'avoir fourni la première preuve expérimentale de l'existence d'un cancer à parasite animal revient à M. Borrel qui, en 1906, appela l'attention sur le rôle que les acariens, les demodex, les nématodes, les cysticerques et les cestodes peuvent jouer dans l'apparition des tumeurs. Il signale les observations de Haaland, Wasielewski, Loewenstein, Tsukioka, Brumpt et beaucoup d'autres relatives à l'effet néoplasique des animaux inférieurs, et passe en revue les diverses hypothèses qui ont été émises à ce sujet : théorie infectieuse de Borrel d'après laquelle les parasites seraient les convoyeurs de quelque virus cancéreux ; théorie de la toxicité propre des produits de sécrétion de ces parasites, les gongylonema par exemple, ayant une action spécifique que ne possèdent pas les vers d'un genre voisin.

Il insiste sur l'existence d'une prédisposition d'espèce et de race au cancer rendue admissible mais non démontrée par le fait qu'on n'a pu, jusqu'à présent, produire le cancer du goudron chez les rats et les cobayes.

Est-ce une prédisposition spéciale d'organes ou de tissus ? C'est une matière encore sujette à discussion. A son avis, la question est très complexe et il faut chercher les causes de la prédisposition au cancer, non seulement dans les cellules aux dépens desquelles les cancers prennent leur origine, mais

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux et Revues qui n'appartiennent pas à l'Association.

aussi dans les facteurs provenant de l'organisme tout entier et agissant sur les cellules. Le pouvoir protecteur de la rate est des plus hypothétiques.

L'accroissement des tumeurs de ce genre se fait par multiplication de ses cellules propres et non par transformation de l'épithélium voisin, mode qui diffère de celui du cancer du goudron. Les lésions inflammatoires peuvent être très prononcées ou presque nulles.

M. Fibiger termine en rappelant le fait que le cancer continue son développement alors que l'irritation provocatrice a ou non continué, et qu'en conséquence ses causes externes peuvent avoir disparu ou cessé leur action au moment où se font les investigations.

M. K. Itchikawa, professeur à l'Université de Sapporo (Japon), donne lecture de son rapport sur la **production expérimentale du cancer du goudron**. Il a apporté à la technique de ce genre d'expériences quelques perfectionnements, telle l'application de l'irritant à l'intérieur de l'oreille pour empêcher l'animal (le lapin) de se lécher et de s'intoxiquer mortellement, qui lui ont permis d'obtenir une amélioration dans le pourcentage des folliculo-épithéliomes carcinomateux : 30 p. 100 de succès avec 1,8 p. 100 de métastase. Les essais de transplantation de la tumeur, négatifs à Tokio furent positifs à Sapporo jusqu'à la troisième génération.

Dans la formation et le développement du carcinome, il distingue trois stades : le premier présente une certaine ressemblance avec le folliculo-épithéliome bénin, le second, ou *stade rapproché* du carcinome, montre des lésions plus caractéristiques ; le troisième, ou *carcinome achevé*, ressemble parfaitement, dans ses caractéristiques histologiques et macroscopiques, au carcinome spontané qui se produit chez l'homme ou chez les animaux.

A propos de la prédisposition au développement du carcinome, il signale que Bang a réussi, aussi bien sur les souris jeunes que sur les souris âgées. L'âge n'intervient donc pas. Comme Cazin, il a obtenu des résultats négatifs chez les chiens, positifs chez les lapins et les souris. L'impressionnabilité varie donc avec les diverses espèces d'animaux.

M. Itchikawa étudie ensuite la production expérimentale du carcinome de la mamelle chez la lapine dont il décrit trois types. Il constate chez les animaux en gestation que l'agent irritant a, comme l'hormone ovarien, de l'influence sur le développement des glandes mammaires; on observe plus d'adéno-cancroïdes que de cancroïdes.

Les conclusions sont :

1° La seule application répétée et continue du goudron à la face interne de l'oreille d'un lapin ou au niveau de la mamelle, provoque le carcinome au niveau de ces organes ; chose que l'on n'avait pas encore remarquée jusqu'ici et d'après laquelle il n'est pas nécessaire de recourir aux dispositions cancéreuses héréditaires.

2° La simple irritation chimique et physique répétée rend cancéreuse la cellule épithéliale normale, sans qu'il soit besoin de recourir à un agent causal indéterminé.

3° Dans le cancroïde et l'adéno-cancroïde, on passe du développement simple de la cellule épithéliale au développement atypique, c'est-à-dire au premier stade du carcinome, ensuite à un stade plus rapproché, pour en arriver enfin au carcinome achevé.

M. Itchikawa est partisan de la théorie de Virchow sur l'irritation chronique répétée.

M. J.-A. Murray, de l'Imperial Cancer Research Fund de Londres), à propos de la **résistance à la production du cancer du goudron**, distingue une résistance primitive et une résistance secondaire.

La durée de la première varie, suivant les individus, de trois à dix-huit mois ; elle peut être inébranlable.

L'étendue des surfaces goudronnées n'intervient pas dans la rapidité de la production du cancer et le pourcentage des succès. La fréquence des applications et l'intensité de l'irritation jouent, au contraire, un grand rôle. Le succès est dû, en partie, aux irritations moyennes et espacées; ce qui est à rapprocher du fait que le cancer est rare chez les ouvriers travaillant l'acide chromique et porteurs d'ulcérations (chrome sores), chez les radiologues dans les régions atteintes de radio ou radiumdermites et chez les mécaniciens de locomotives aux points exposés aux radiations du foyer ouvert.

L'influence du traumatisme peut s'expliquer par l'action continue des substances stimulantes élaborées par les tumeurs malignes, sur les éléments normaux qui, lorsqu'ils sont altérés, produisent à leur tour des substances activantes. Les expressions d'inhibition, de tension interne des tissus ne répondent pas à la réalité des faits. C'est la cellule qui acquiert de nouvelles propriétés et exploite l'activité cellulaire normale d'une façon qui devient automatique dans la suite.

Il faut noter que la lésion se forme en placards isolés quelle que soit l'étendue de la surface goudronnée et l'existence d'une période latente, très peu influencée par la continuation de l'application de l'agent irritatif.

La résistance secondaire est celle qui se produit lorsque l'on cherche à produire une nouvelle tumeur primitive. Quelques particularités ont été constatées suivant qu'on a eu recours à un extrait alcoolique ou éthéré ou au goudron seul. L'extrait éthéré s'est montré le plus constant, le goudron venant ensuite, mais les trois préparations ont agi avec une égale rapidité.

La conclusion des expériences de M. Murray est que la présence d'une tumeur primitive récente rend possible chez l'animal le développement d'une autre tumeur primitive; qu'après le développement définitif d'un premier néoplasme, le second rencontre une résistance considérable quelles que soient leur nature et leur structure. Cet état réfractaire secondaire ne résulte pas d'un empêchement à l'accroissement mais d'une inaptitude à réagir par prolifération cancéreuse.

M. Murray émet le vœu qu'on connaisse bientôt la nature de la modification constitutionnelle qui crée cet état réfractaire pour qu'on puisse dépister le cancer à son début et instituer une thérapeutique préventive rationnelle.

M. Borrel (de Strasbourg), dans une brillante improvisation, rappelle les idées qu'il a émises, en 1905, à l'occasion de la production expérimentale du sarcome qu'il avait obtenue chez le rat. Il croit à l'action directe, à distance, d'un virus apporté par les cysticerques, car ces parasites, présents dans le foie, sont rares dans la tumeur elle-même. Celle-ci apparaît et se développe, chez les rats, dans l'alimentation desquels on a introduit des matières fécales de chats porteurs de cysticerques ou à qui on a injecté un liquide de macération de ce parasite après filtration et, par conséquent, élimination de toute cellule néoplasique.

S'agit-il d'un symbiose ou d'un microbisme pur? La réponse à cette question doit encore être réservée.

Le cheval est l'animal le plus cancéreux et, chez l'homme, 66 p. 100 des cancers siègent sur le tube digestif. Il y a là une constatation qui éclaire l'étiologie de ces néoplasmes, étant donné que l'on boit de l'eau qui peut avoir été souillée de déjections et que l'on consomme des légumes et des fruits, des fraises, en particulier, cultivées sur des terres chargées de fumier. De même, les demodex peuvent être les agents préparants du cancer de la face, fréquents dans les régions recouvertes de poils et mal lavées.

L'intervention du système pigmentaire est aussi probable et les substances irritantes peuvent être transmises à l'épiderme, comme le pigment l'est des cellules basales aux cellules ectodermiques. Certains éléments sont plus récepteurs que d'autres, ceux qui constituent les nævi, par exemple, proliférations bénignes facilement inoculables avec succès.

Le goudron provoque une accumulation formidable de chromatophores, au point où il est appliqué.

M. Bayet (de Bruxelles) insiste sur l'identité de la maladie du goudron et de l'arsenicisme chronique; les symptômes sont semblables, on retrouve dans le sang, les poils, les ongles, les tumeurs des ouvriers qui travaillent le charbon ou le goudron des quantités d'arsenic, 200 fois supérieures à celles qui sont considérées comme physiologiques. Contrairement à ce qui a été dit, on a toujours trouvé dans le charbon, le goudron, les agglomérés de l'arsenic, parfois, en quantité considérable, lorsque les recherches ont été bien faites.

Il ne s'agit pas d'ailleurs d'une intoxication en masse, mais d'un empoisonnement chronique, excessivement lent,

par doses indéfinitésimales, ioniques et il faut plusieurs années pour que les pigmentations et la tumeur apparaissent.

M. Deelmann (d'Amsterdam) présente un certain nombre de moulages en arc, représentant, à un fort grossissement et en couleurs variées, des coupes histologiques de cancer du goudron à ses trois stades : hypertrophique, précancéreux, cancéreux.

M. Maisin (de Louvain) parle des influences générales qui concourent à l'éclosion du cancer. Les doubles badigeonnages au goudron donnent plus de succès, les rayons X appliqués à distance de l'endroit goudronné provoquent un déclanchement plus rapide, alors qu'en irradiant directement, on retarde l'application du cancer, ce qui ne peut s'expliquer que par une action générale à distance.

M. Bruno-Bloch (de Zurich) a étudié, sur les lapins, la production du carcinome expérimental par les rayons X. Il faut une action longue et prolongée pour y parvenir, deux séances par semaine pendant trois ans. L'avantage du procédé consiste dans un dosage exact et l'invariabilité de l'agent cancérogène.

MM. Roussy, Leroux et Peyre (de Paris) signalent que dans l'application du goudron, le long de la colonne vertébrale, le point interscapulaire présente un néoplasme plutôt et s'accroissant plus rapidement que celui qui apparaît ultérieurement au point sacré.

Les scarifications ne raccourcissent pas le temps d'incubation, le radium non filtré, au contraire, sensibilise le point où il porte son action.

M. Daels a constaté que la transformation cicatricielle réduit les dispositions à contracter le cancer expérimental et que l'injection préalable de goudron sous la peau, a une action empêchante sur sa production par simple badigeonnage.

M. de Rom (de Gand) admet une influence de la température sur la production du cancer du goudron chez la souris. La température optima du liquide au moment de son application est de 70 degrés. L'épiderme porté à la même température au moyen d'un corps inerte, puis goudronné ensuite est devenu plus résistant. Des contacts répétés avec des corps à 50 degrés favorisent l'éclosion de la tumeur.

D'après M. Bang, la théorie de Virchow n'explique pas la cancérisation. Divisions et cancérisations sont deux choses différentes. La seconde est un phénomène biologique de la cellule qui se réalise sous des influences venant presque toujours de l'extérieur, pourvu qu'elles trouvent des conditions nécessaires pour agir.

M. Peyron (de Marseille) fait des réserves sur le rôle du système pigmentaire et des chromatophores dans la genèse du cancer, tel que le conçoit M. Borrel.

M. Delbet, président, propose d'émettre un vœu relatif aux mesures à prendre pour éviter la propagation du cancer par les légumes et les fruits, arrosés ou fumés avec des engrais d'origine animale.

Il est établi qu'un texte sera établi et adopté ultérieurement.

DEUXIÈME SÉANCE

M. F. Pentimalli, de l'Institut pathologique de Naples, chargé du rapport sur le **sarcome infectieux des poules**, après une introduction dans laquelle il rappelle les travaux de Fujiriani, Peyton, Rous, Murphy et Tytler, travaux qui ouvraient une ère nouvelle dans le domaine de l'oncologie expérimentale, décrit les caractères morphologiques des trois tumeurs transplantables les plus typiques : sarcome de Rous, myxosarcome de Fujiriani, ostéo-chondro-sarcome de Peyton, Rous et Tytler. Dans le premier, la tumeur détruit complètement les tissus environnants et prend leur place; dans le second, deux tissus : le tissu sarcomateux et le tissu myxomateux, se développent indépendamment et pénètrent l'un dans l'autre; dans l'ostéo-chondro-sarcome, on trouve toujours deux formes différentes de tissus, l'un à caractère évidemment sarcomateux à cellules de type fusiforme dans les régions périphériques, à cellules polymorphes dans les parties centrales où l'on voit toutes les formes de passage de la cellule fusiforme à la cellule cartilagineuse munie de capsules. Quelquefois, mais rarement, on observe dans la tumeur un tissu osseux pourvu de véritable moelle.

Ce qui distingue l'histogénèse de ce sarcome des poules, des néoplasmes occasionnés par les irritants chimiques, mécaniques ou autres, c'est que le facteur « cellule vivante » n'a aucune influence pour la réussite des greffes, celles-ci réussissent avec la tumeur desséchée ou le filtrat des produits de son expression ou macération.

Trois hypothèses peuvent expliquer l'apparition de ce sarcome : un processus de prolifération simple du tissu musculaire destiné à réparer les fibres lésées; un processus de dégénération qui pourrait bien être le fait primaire quasi-spécifique qui précéderait le processus régénérateur; enfin, un processus purement inflammatoire, difficile à disjoindre du premier puisqu'ils se trouvent associés, et que, histologiquement, il est impossible d'en faire la séparation.

L'interprétation la plus rationnelle est de considérer les éléments cellulaires de la tumeur comme de simples myoblastes dont l'évolution ultérieure serait entravée par le développement simultané de la tumeur qui, elle, tirerait son origine uniquement de la prolifération du résidu des éléments mésenchymateux du tissu.

M. Pentimalli étudie ensuite : l'évolution de la tumeur greffée et les conditions du greffage, les facteurs étiologiques et prédisposants, les métastases, les propriétés infectantes du sang qui siègent peut-être dans le plasma, sûrement dans les globules rouges, à moins que ceux-ci n'aient été accompagnés dans le sédiment de centrifugation par des cellules néoplasiques circulantes, et il termine par le mécanisme de production de l'immunité qui est plutôt une action anticomplémentaire qu'une réaction spécifique due à un système d'antigène avec un anticorps.

Il conclut à l'action d'un virus inconnu, provoquant la constitution d'une tumeur avec tous les caractères des sarcomes de l'homme (structure histologique, rapidité de développement, propriétés envahissantes et destructrices, récidivantes et métastasiques).

M. H. Rubens-Duval (de Paris) résume son rapport sur **les réactions locales et générales de l'organisme à l'égard du cancer.** Il commence par établir leur existence. Si l'organisme se tient le plus souvent sur la défensive, s'il s'accommode parfois du voisinage de l'ennemi, ses offensives sont rares et timides. Un temps d'arrêt dans l'évolution d'une tumeur maligne est, vraisemblablement, dû plutôt à une réaction du milieu qu'à une diminution spontanée de l'action nocive de la tumeur. Il n'est guère admissible que la néoformation de cellules cancéreuses soit un acte de défense contre un parasite hypothétique, des modifications de composition chimique d'un terrain appauvri en éléments défavorable à la croissance des tumeurs, sont suffisantes pour expliquer la disparition de ces dernières. Des faits bien établis démontrent la réalité des actions de défense. Aux stades initiaux, c'est le rétablissement de l'équilibre existant normalement entre les cellules épithéliales et le tissu conjonctif, si ces deux sortes d'éléments se *compensent*, la tumeur reste bénigne, sinon, elle devient maligne. En outre, les bourgeons épithéliaux peuvent subir une maturation cornée ou se désintégrer par le fait d'une réaction inflammatoire qui n'est pas le fait d'une infection secondaire. Ce type de polynucléaires a été observé par Roussy.

Aux stades plus avancés, aux réactions locales que l'orateur va étudier en détail, s'ajoutent des réactions ganglionnaires, humorales et nerveuses.

Les premières consistent dans la surproduction des papilles conjonctives, dans l'apparition de tissu réticulé, de lymphocytes et de moyens mononucléaires, constituant, à la fois, une barrière qui isole les cellules anarchistes et un filtre qui règle les échanges et élimine les produits de sécrétion. Des mastocytes, des éosinophiles à deux noyaux, des macrophages viennent prendre part à la lutte qui prend le type d'un processus inflammatoire, celui-ci, pour être favorable, ne doit pas être excessif, sinon les poisons cancéreux, mis brusquement en liberté en trop grande quantité, lèsent les tissus sains et gênent les opérations défensives.

D'autres fois, des fibroplastes apparaissent, élaborent du collagène, des cellules cartilagineuses et même osseuses,

édifient un barrage solide qui peut se calcifier. Les radiations en favorisent l'établissement.

Les lymphatiques, les vaisseaux préexistants se sclérosent et s'oblitèrent, tandis que se forment de nouveaux vaisseaux sanguins, réservés au seul tissu conjonctif en réaction. Les rayons X et le radium à la condition de n'être ni en excès ni en défaut, aident ces modifications.

M. P. Masson a signalé des phénomènes d'inversion de la polarité cellulaire ; les produits de sécrétion glandulaires, au lieu de s'accumuler dans l'intérieur sont déversés dans le tissu conjonctif adjacent où ils déterminent une irritation suivie de la formation de précollagène et de collagène qui étouffent les cellules cancéreuses.

M. Rubens-Duval passe brièvement sur les réactions humorales, sur les moyens de les exciter et de les ralentir, ainsi que sur l'intervention des glandes à sécrétion interne qui peuvent participer à l'immunisation, soit par leur sécrétion, soit par une action sur le métabolisme des substances minérales ou organiques. Il termine par le rôle du système nerveux, du moral sur la force de résistance de l'organisme.

M. W. H. Woglom, de l'Institut de recherches sur le cancer, de Colombia University (de New-York), divise son travail sur **les réactions générales et locales de l'organisme à l'égard du cancer** en quatre chapitres.

A. *Réactions générales contre les tumeurs spontanées* dont l'existence est des plus douteuses, l'organisme est incapable de distinguer entre une cellule cancéreuse et un élément normal, il répond même favorablement aux demandes d'une tumeur qui se montre sous la forme d'un ami. Tous les organes sont vulnérables, même la rate, dont l'immunité plus longue semble résulter de facteurs mécaniques, de sa contractibilité qui lui permet de chasser les embolies qui voudraient se déposer dans ses tissus.

Les hypothèses émises pour expliquer la prolifération du cancer sont : celle de Thiersch ou de la disparition, à un âge avancé, de la résistance normale des tissus conjonctifs ; celle d'Ebrlich ou des récepteurs avides de la cellule maligne qui accaparent les aliments aux dépens des éléments normaux ; celle de Freund et Kaminer ou de l'affaiblissement des défenses naturelles de l'organisme basée sur l'existence d'un « acide normal » (gras organique, destructeur des cellules cancéreures, disparaissant dans les maladies malignes sous les coups d'un acide de la même série ?)

En résumé, les expériences prouvent plutôt la passivité que la résistance de l'organisme. Son indifférence est d'ailleurs prouvée par le fait de l'évolution différente, en plus ou en moins des tumeurs siégeant sur un même individu.

B. *Réactions générales contre les tumeurs transplantées.* — Celles-ci n'ont pas non plus pu être mises en évidence. La résistance produite par une inoculation préalable n'a été constatée que sur les greffes récentes, elle n'est pas augmentée par le traitement au moyen du sang d'animaux « réfractaires » ; l'activité généralisée des nodules lymphoïdes, l'augmentation de volume de la rate ne sont, sans doute, que des effets de pur hasard; les tumeurs se développent chez les souris atteintes de leucémie lymphoïde. Ici donc, aussi, altruisme regrettable de l'organisme qui fournit un stroma des vaisseaux et par l'intermédiaire du foie, le glycogène.

C. *Réactions locales contre les tumeurs spontanées.* — Elles sont multiples : nécrose, phagocytose, étranglement du parenchyme par du tissu conjonctif dense, inanition par diminution de la circulation sanguine, hémorragie, inflammation, kératinisation et calcification, infiltration de cellules rondes, hypermitoses, etc., mais il n'existe aucun élément commun à tous les carcinomes en régression.

D. *Réactions locales contre les tumeurs transplantées.* — La théorie lymphocyphique est contestée ; l'hypothèse d'une « réaction du stroma » n'est pas suffisante, la surabondance des mitoses se trouve, à la fois, dans les tumeurs en prolifération et dans les tumeurs en régression. De plus, ce sont les cellules de la périphérie, les plus exposées aux agents nocifs qui survivent le plus longtemps. L'idée d'une thrombose des veines, avec intoxication par l'oxyde de carbone, d'un tissu riche en substances coagulantes est fort admissible, les coupes histologiques montrent des zones rosées dans les tumeurs en voie d'accroissement, jaunes dans les néoplasmes en régression.

Il faut noter aussi qu'un vif accès de fièvre avec augmentation de la viscosité du sang et de la quantité de fibrinogène est un agent producteur de thrombose, capable d'amener une cure spontanée.

M. Murphy (de New-York) croit, au contraire, que la réaction lymphocytaire est importante et que c'est par elle qu'agissent les agents qui se sont montrés efficaces, la chaleur et les rayons X en particulier. Ceux qui les paralysent abolissent l'immunité. Son opinion résulte d'expériences faites sur cent souris, spontanément cancéreuses.

M. Daels (de Gand) penche également vers une réaction générale, intense de l'organisme, analogue à celle qui provoque la régression du corps jaune et celle des exochoriales placentaires.

TROISIÈME SÉANCE

M. A. Bayet résume son rapport sur **le traitement des épithéliomas spino-cellulaires de la cavité buccale.**

L'ignorance où nous sommes de l'échelle de radiosensibilité dans la série spinocellulaire, rend impossible, toute appréciation de la valeur d'un procédé quel qu'il soit.

M. A. Bayet expose les principes généraux du traitement (*irradiation suffisante*) comme dose et durée, homogène comme distribution, large et portant sur la zone lymphatique, pré et postopératoire, en évitant, dans la radiumponcture, tout transport de cellules cancéreuses ou d'éléments microbiens.

Il classe les divers traitements de la façon suivante :

1° Röntgenthérapie profonde.
2° Curiethérapie.
3° Curiethérapie et röntgenthérapie combinées.
4° Curiethérapie et chirurgie.
5° Curiethérapie, röntgenthérapie, combinées avec l'électro-coagulation.

Il donne la préférence à la chirurgie d'accès qui permet un bon aiguillage correct d'une tumeur dégagée le plus possible, l'instrumentation, les doses et filtrages, les procédés employés et les résultats obtenus terminent cette étude. L'avenir seul dira si les techniques nouvelles apportent une amélioration à la statistique, encore si sombre, des interventions sur les épithéliomas spino-cellulaires de la cavité buccale.

M. Cl. Regaud présente son rapport résumé sur **les principes du traitement des épithéliomas épidermoïdes par les radiations et leur application aux épidermoïdes de la peau et de la bouche.**

Epidermoïde et spino-cellulaire sont synonymes. Leur radiosensibilité diffère peu de celle des tissus généraux (conjonctifs, osseux, cartilagineux, musculaires, vasculaires), de là, deux écueils : la non stérilisation et la radionécrose. Dans le genre de néoplasme, la poussée ne se fait pas d'un mouvement uniforme d'où une activité reproductrice et une radiosensibilité alternantes qui nécessite la prolongation de la durée d'irradiation. Contre lui, la curiethérapie est en règle générale, préférable à la röntgenthérapie, car ses rayons ultrapénétrants sont plus électifs, doués d'une « causticité diffuse » moindre que les rayons X.

M. Cl. Regaud étudie les causes d'échec et les complications de la radiothérapie des épidermoïdes, radionécrose précoce ou tardive des tissus mous et des os ; les infections secondaires ; la cicatrisation. Il utilise deux techniques, la radiumpuncture et l'irradiation par des appareils moulés, dont les résultats ont été les suivants :

1. *Peau et lèvres.* — Dans l'ensemble, 60 p. 100 de succès locaux, 91,8 p. 100 dans les cas opérables, qu'il s'agisse d'épidermoïdes, de non épidermoïdes ou de divers.

2. *Bouche.* — 33,3 p. 100 de succès seulement, à cause des difficultés de traitement sur le voile du palais et la muqueuse des maxillaires.

3. *Langue.* — En bloc, 39,8 p. 100 ; cancers dorso-linguaux : 59,5 p. 100 ; cas opérables : 76,4 p. 100.

4. *Adénopathies cancéreuses.* — 44,5 p. 100 de succès *locaux*, mais seulement 27,7 p. 100 avec cure des adénopathies.

M. Regaud estime que, s'il est des cas où l'intervention de la chirurgie est nécessaire, il en est d'autres où elle est contre-indiquée.

MM. de Nabias et Forestier (de Paris) se guident sur le volume de la tumeur pour fixer la dose de l'irradiation, sur l'index kariokinétique pour déterminer sa durée.

M. Proust (de Paris) est partisan des irradiations prolongées, même au delà de quinze jours, si le nombre de mitoses l'exige. Il croit à la spécificité de la longueur d'onde et à la nécessité d'une bonne filtration (2 millimètres de platine pour les applications en surface, 1 millimètre pour les applications dans la profondeur).

M. Degrais (de Paris) rappelle les succès des premiers radiumthérapeutes français, succès obtenus avec de faibles doses et des temps d'application courts, encore indiqués aujourd'hui pour les applications cutanées.

M. Canuyt (de Strasbourg) estime que l'avantage de ne pas supprimer le larynx n'est pas négligeable et est un argument sérieux en faveur des radiations.

M. Gunsett (de Strasbourg) a renoncé à la méthode allemande basée sur le pourcentage des doses d'érythème, car elle s'est souvent trouvée en défaut.

M. Lemaitre signale, dans l'état précancéreux, à côté de la leucoplasie, et d'un pronostic moins sévère, l'érythroplasie.

M. Miescher (de Zurich) considère l'épithélioma spinocellulaire comme aussi curable que les autres par les rayons X et le radium qui lui ont donné 75 p. 100 de succès complets.

M. Spinelli (de Naples) expose la méthode de Ghilarducci (de Rome) (ionophorèse et radiothérapie) dont les résultats sont très satisfaisants.

M. Belot (de Paris), fort d'une pratique de vingt-deux ans et de l'observation de 5.500 cas, estime que tout épithélioma de la peau ou des lèvres sans ganglions, même les lupus carcinomateux, peuvent guérir par l'irradiation, les lésions de la langue et de la muqueuse buccale sont plus rebelles. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec les moyennes longueurs d'onde et une infiltration moyenne.

L'état du stroma conjonctivo-vasculaire a plus d'importance que le nombre de mitoses, les succès du radium quand les rayons X ont échoué, s'expliquent par l'intervention du facteur temps.

M. Mallet (de Paris) expose sa technique qui comporte deux sortes d'appareils, des appareils buccaux et cavitaires en vulcanite, des appareils externes en cire vierge. Il prend un moulage en plâtre, puis une contre-empreinte en relief sur laquelle, il modèle de la cire ou du caoutchouc vulcanisé. Il ne néglige pas la radiothérapie profonde.

D'après, M. Daels (de Gand), l'apparition après irradiation de cellules géantes non néoplasiques est l'indice d'une réaction de l'organisme contre un reliquat non résorbable spontanément.

M. de Bruyne, d'après les courbes de l'analyse et des acides amides de la tumeur, d'après les expériences faites après action de la chaleur, dialyse ou précipitation par l'alcool, incline vers une action élective et non vers une infiltration conjonctive.

M. Fabre qui, sur une série de 200 cas, a eu 4 cas mortels, dont l'un à la suite de l'application d'une laminaire, sans aucune intervention radioactive, nie toute relation de cause à effet entre le radium et les accidents fébriles et inflammatoires, on peut éviter ces derniers par des applications directes, vaginales, d'autovaccins.

MM. Roussy, Laborde, Leroux (de Paris) ont trouvé une corrélation assez exacte entre les données du microscope et l'évolution clinique. La forme histologique, le nombre de mitoses et surtout l'état des stromas peuvent fournir des renseignements capables de guider la thérapeutique.

— En fin de séance, le Congrès émet le vœu suivant :

« Le Congrès attire l'attention des Pouvoirs Publics sur le danger que paraît présenter, au point de vue du développement du cancer du tube digestif, la souillure, par les eaux d'égout et par les fumiers, des produits maraîchers qui sont consommés crus. »

CH. SCHMITT.

ACTUALITÉS

QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS SUR LES OREILLONS

L'étude des oreillons est bien faite dans tous les Traités de médecine et de pédiatrie ; cependant, des observateurs méthodiques trouvent encore quelque chose de nouveau en examinant des malades atteints de cette affection et leurs recherches nous apportent des documents qui présentent un réel intérêt.

Il est rare que la mort survienne au cours des oreillons ; on n'a donc pas souvent l'occasion d'en étudier l'anatomie pathologique. Un malade de Reverchon, Worms et Delater (1) succomba par œdème du larynx, pendant la convalescence d'oreillons parotidiens avec poussée sous-maxillaire et sublinguale ; l'examen microscopique des glandes sous-maxillaires et sublinguales montra des lésions qui prédominaient au tissu conjonctif, mais qui atteignaient aussi le tissu glandulaire : le tissu conjonctif est distendu par l'œdème, avec, dans les trabécules et les cloisons, une infiltration discrète de leucocytes mononucléaires ; les cellules du tissu glandulaire sont tuméfiées et se confondent sans contours apparents, si bien que l'acinus est transformé en une surface protoplasmique granuleuse où sont disposés, sans ordre, des noyaux mal colorés ; dans les canaux excréteurs, des cellules épithéliales détachées de la paroi sont éparses dans la lumière des canaux ou réunies en bandes formant comme des cylindres. Il s'agit donc d'une inflammation de tous les éléments des glandes salivaires, avec lésions du tissu conjonctif, du parenchyme et des tubes excréteurs, plus profondes et plus complètes que celles qui sont classiquement décrites.

En ce qui concerne l'étude clinique des oreillons, nous signalerons surtout un très intéressant mémoire de François Moutier (2), mémoire basé sur 600 cas d'oreillons observés pendant la guerre. Moutier définit les oreillons : une *polyviscérite,* c'est-à-dire une septicémie à localisations viscérales multiples ; dans beaucoup de ses observations, les ourles ne tenaient pas la place prépondérante et la marche de la maladie était celle d'une infection générale atteignant de nombreux organes.

Dès le début, avec une fièvre souvent élevée, avec une céphalée parfois violente, les oreillons présentent le caractère d'une maladie générale infectieuse ; la diarrhée est un symptôme assez fréquent dans la période d'invasion, indiquant peut être une atteinte légère du pancréas ou des surrénales ; on observe aussi quelquefois des épistaxis.

A la période d'état, presque tous les malades de Moutier (98 p. 100) ont eu de l'angine, et un très grand nombre, de la stomatite (80 p. 100). L'angine

(1) Reverchon, Worms et Delater. Contribution à l'anatomie pathologique des oreillons. *Paris méd.*, 3 juin 1922, p. 471. — Delater. Les lésions histologiques des glandes salivaires dans les oreillons, *Ann. de méd.*, 1922, I, p. 503.

(2) François Moutier. La septicémie ourlienne. Contribution clinique à l'étude des localisations polyviscérales dans les oreillons, *Ann. de méd.*, 1922, II, p. 296.

était le plus souvent rouge, assez souvent d'une teinte chamois assez nette ; cette angine persiste quelques jours. La stomatite est rouge, quelquefois avec enduit érythémato-pultacé.

Moutier a vu deux cas de *thyroïdite* ; le début en fut marqué par de la douleur à la déglutition et de la bouffissure de la face ; le corps thyroïde augmenta de volume et devint très douloureux à la palpation ; après deux à trois jours, la douleur disparut ainsi que le gonflement.

A propos de l'*orchite*, Moutier n'a rien à ajouter aux signes fonctionnels habituellement décrits, mais, pour les signes physiques, il admet, contrairement à l'opinion classique, qu'il y a presque toujours (dans 50 cas sur 68) orchi-épididymite, avec épididyme très gros, très douloureux, coiffant souvent le testicule en cimier de casque ; un épanchement vaginal a été constaté dans plus de la moitié des observations.

L'atteinte du pancréas lui a paru très fréquente (74 pancréatites sur 600 observations), en comprenant tous les cas où apparaissait une douleur nette, périombilicale, spontanée et réveillée par la palpation de la région pancréatique. Il distingue trois formes de *pancréatite* ourlienne : une forme légère uniquement révélée par la douleur locale ; une forme moyenne, avec douleur et troubles digestifs (vomissements, diarrhée ou constipation) ; une forme grave avec signes d'insuffisance pancréatique, cette dernière forme exceptionnelle. Moutier décrit aussi une *surrénalite* ourlienne dont il a observé 7 cas ; on la diagnostique par la chute de la tension artérielle, la raie blanche et l'asthénie.

Quant aux localisations de l'infection ourlienne sur le système nerveux central, Moutier distingue la méningite, aujourd'hui classique, et l'*encéphalite* ; dans celle-ci, le tableau clinique précise une atteinte nerveuse, mais la ponction lombaire ne donne aucun signe de réaction méningée ; on ne constate que de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Le syndrome de l'encéphalite est constitué par une céphalée violente avec brusque ascension thermique à 39 ou 40 degrés, l'aspect du visage qui est vultueux, la mydriase ; en même temps, apparaissent souvent des nausées ou des vomissements ; le pouls est ralenti, contrastant avec l'élévation thermique ; les réflexes tendineux sont souvent diminués, parfois même passagèrement abolis.

La guérison de l'encéphalite est de règle, sans séquelles fonctionnelles ou psychiques ; il est probable que cette encéphalite est surtout une inflammation des plexus choroïdes, une plexi-choroïdite ; cette hypothèse cadre bien avec l'idée de la polyglandulite ourlienne.

Les troubles du rythme cardiaque dans les oreillons ont fait l'objet d'un travail récent de René Bénard (1) qui a recherché le *réflexe oculo-cardiaque* chez 50 malades. On sait, depuis une vingtaine d'années, que la bradycardie est très fréquente au cours des oreillons ; G. C. Roux a montré les relations de cette bradycardie avec d'autres arythmies, les unes très fréquentes (arythmie respiratoire et instabilité cardiaque), les autres très rares (extrasystolie et bigéminisme) ; par l'épreuve de l'atropine, il a établi qu'il s'agissait d'une bradycardie du type sinusal. Roux n'avait pas étudié le réflexe oculo-cardiaque, peu connu à l'époque où il faisait ses recherches, en 1913. C'est Margarot (1) qui a publié le premier travail sur ce réflexe dans les oreillons : il l'a trouvé positif dans 90 p. 100 des cas, alors qu'on ne le constaterait que chez 62 p. 100 des sujets normaux ; mais, Margarot compte comme réflexe positif des cas où le rythme a diminué seulement de 6 à 8 pulsations par minute ; ses conclusions sont donc discutables.

D'après Margarot, l'apparition du réflexe oculo-cardiaque, à la période de la maladie où le pouls est encore rapide, annonce l'imminence de la bradycardie ; quand le malade est bradycardique, le réflexe est moins intense qu'au début ; en cas de complication pancréatique, on observe l'inversion du réflexe.

Pour Bénard, les oreillons, affection qui détermine normalement une bradycardie intense du type sinusal, ne prédisposent pas, comme on pourrait s'y attendre, au réflexe oculo-cardiaque ; celui-ci est, au contraire, plus rare que chez les sujets normaux du même âge. On peut donc admettre que les oreillons diminuent l'aptitude à ce réflexe. Dans les cas où le réflexe existe, il faut, pour le produire, une compression beaucoup plus prolongée que chez les sujets normaux.

Il semble que l'hypertonie permanente du pneumogastrique, qui caractérise les oreillons, s'oppose à toute nouvelle excitation ou tout au moins en élève le seuil ; le nerf présenterait une sorte d'état réfractaire analogue à celui de la fibre myocardique qui vient d'être excitée.

Il nous reste à indiquer encore quelques travaux sur le traitement des oreillons. On a beaucoup parlé, voici déjà quelques années, de l'emploi du sérum antidiphtérique, surtout dans les cas compliqués d'orchite ou même pour prévenir la localisation testiculaire. C'est Salvaneschi qui préconisa cette méthode en 1917 ; Bonnamour la fit connaître en France. Mallié a exposé complètement la question dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (2). L'action curative du sérum antidiphtérique sur l'orchite ourlienne paraît certaine dans un certain nombre de cas ; les phénomènes généraux et locaux diminuent dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection ; l'action préventive du sérum antidiphtérique ne peut être aussi nettement affirmée, car, les complications testiculaires étant plus ou moins fréquentes suivant les épidémies, l'on pourra toujours supposer que le sérum a été injecté à des malades qui n'auraient pas, même sans l'emploi du sérum, présenté d'orchite ourlienne. Il faut encore noter que le sérum antidiphtérique n'a aucune action spécifique sur les oreillons et que Bonnamour, Bardin, des Cilleuls ont pu employer le sérum normal de cheval dans le même but que le sérum antidiphtérique ; ceci confirme l'opinion généralement admise qu'il existe, dans un sérum, des propriétés spécifiques et des propriétés non spécifiques. Dans ces conditions, doit-on conseiller les injections de sérum antidiphtérique comme traitement des oreillons ? Nous ne le croyons pas et nous dirions plus volontiers avec le professeur P. Teissier que « l'empirisme thérapeutique, en matière de sérothérapie, est discutable et ne va pas sans quelques inconvénients (3) ».

(1) René Bénard. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1923, p. 708.

(1) Margarot. *Progrès méd.*, 12 juillet 1919.
(2) Mallié. Analysé dans le *Monde méd.*, 15 mai 1922.
(3) P. Teissier. Article oreillons. *Nouveau Traité de médecine*, fasc. II, 1922.

Remarquant que les résultats obtenus avec la méthode de Salvaneschi s'expliquent par l'intensification rapide des moyens de défense de l'organisme, Mallié a traité 32 cas d'oreillons par l'injection intramusculaire d'argent colloïdal; l'action curative fut nette, aussi bien dans les oreillons sans orchite que dans la septicémie ourlienne avec localisation testiculaire; la température baissa en deux ou trois jours, les phénomènes généraux furent peu marqués, la tuméfaction parotidienne diminua très vite. Cette thérapeutique nous paraît bien plus recommandable que l'emploi du sérum antidiphtérique.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1923)

Sur une sorte de mutation physiologique observée chez la souris. — MM. Gabriel BERTRAND et B. BENZON, en poursuivant des recherches entreprises pour savoir si le zinc présente quelque importance physiologique, ont observé une souris qui s'est accommodée d'un régime artificiel, sans facteurs de croissance ou vitamines d'aucune sorte et sans zinc, sans éprouver le moindre trouble visible pendant onze semaines. Puis assez brusquement, le soixante-dix-huitième jour, elle a commencé à diminuer de poids, a présenté des signes de xérophtalmie et a succombé le quatre-vingt-deuxième jour, alors que les animaux témoins avaient tous succombé avant la fin de la cinquième semaine.

Cette résistance exceptionnelle est peut-être due à une sorte de mutation, de nature physiologique comparable aux mutations morphologiques, dont de Vries a démontré l'existence. En tous cas, il y a là un fait dont l'importance ne saurait être négligée dans les études sur les facteurs de croissance et les vitamines.

Sur la constitution anatomique et la signification du pavillon de la trompe utérine chez la femme. — M. E. GRYNFELTT. Le pavillon de la trompe ou morceau frangé des anciens auteurs n'est qu'une houppe de plis de la muqueuse tubaire « en ectropion » sur le pourtour de l'orifice abdominal.

Sur les phénomènes intimes de la respiration. — M. J. AMAR.

Origine du corps vitré et de la zonule. — M. Ch. DEJEAN.

De la vaccination contre le paludisme des oiseaux obtenue par l'inoculation d'un petit nombre de sporozoïtes vivants. — MM. Etienne et Edmond SERGENT et A. CATANEI. Dans le paludisme des oiseaux, dû à un protozoaire subissant une double évolution chez un vertébré et chez un invertébré (Culex), on obtient plus facilement un vaccin avec le virus prélevé dans l'organisme de l'invertébré qu'avec le virus puisé dans le sang du vertébré.

PRATIQUE MÉDICALE

LE PROBLÈME DES VITAMINES ET LA PRATIQUE MÉDICALE (1)

Par le docteur G. HOULBERT,
Médecin de l'hôpital thermal de Vichy.

La notion de carence alimentaire et de déficience en vitamines est actuellement universellement admise. L'auteur qui, pour sa part, a effectué antérieurement bon nombre d'essais sur les animaux, s'est attaché depuis quelques années à étudier l'action des vitamines d'une façon plus générale, et dans la pratique courante de la clientèle sur des malades qui lui ont paru justiciables de cette nouvelle thérapeutique; c'est donc en clinicien surtout qu'il parle aujourd'hui.

Si l'on considère, dit-il, les manifestations cliniques des carences alimentaires, on peut les diviser en deux grandes catégories suivant que les symptômes de carence apparaissent chez les enfants ou chez les adultes.

Chez les enfants, les troubles sont souvent mal définis : symptômes de scorbut fruste avec douleurs vagues au niveau des épiphyses, état « grognon », avec anémie apparente et réelle; pâleur des téguments, muscles flasques, peau molle; mauvaises digestions, gros ventre, vomissements, diarrhée ou constipation. Quelquefois syndrome rachitique au début, retard de soudure des fontanelles, retard de la dentition et, plus tard, caries multiples des dents. Il n'y a pas, en général, de symptômes nettement électifs, mais plutôt *polycarence* ou mieux carence polyvitaminienne. A l'origine de ces états morbides, on trouve presque toujours une ration déséquilibrée (Rathery), renfermant un excès d'un des constituants de la ration normale (hydrates de carbone le plus souvent) et présentant un manque de protéines, de graisses ou d'éléments proprement vitaminiques.

Chez les adultes, plus encore peut-être que chez les enfants, se retrouvent ces symptômes de carence polyvitaminienne; symptômes quelquefois vagues, frustes, si on les considère séparément, mais dont l'ensemble constitue un syndrome de débilité, d'asthénie générale, d'anémie, d'inappétence et de troubles gastro-intestinaux, s'accompagnant souvent d'hypotension et de tendance à la neurasthénie.

Depuis deux ans, l'auteur, toutes les fois qu'il a dépisté ces symptômes chez les enfants et chez les adultes, a institué un traitement ayant pour base un extrait vitaminé polyvalent (biotose) qu'il a fait prendre à la dose de deux à quatre cuillerées à café par jour, à l'exclusion de toute autre médication, si ce n'est, parfois, de l'eau de chaux, chez les enfants, quelques gouttes de liqueur de Fowler chez les adultes.

De l'examen de ses observations, on peut conclure que cette thérapeutique a presque toujours donné les plus heureux résultats. Chez les enfants : redressement rapide de la courbe de poids, amélioration de l'état du squelette et de la peau, recoloration des téguments, disparition de la diarrhée verte dans trois cas. Quelquefois, cependant, l'amélioration ne s'est pas manifestée immédiatement et il a fallu un temps assez long, trois semaines et plus, pour noter un changement évident, mais les progrès alors ont été, dans la suite, d'autant plus rapides. Chez les adultes, le traitement a été également efficace, en particulier chez les dyspeptiques, les déprimés, les anémiques, les neurasthéniques. L'auteur pense que la véritable transformation qu'il a pu observer chez quelques-uns de ces malades doit être rapportée à une excitation, par l'extrait vitaminé, du sympathique et des glandes à sécrétion interne.

(1) *Paris méd.*, 14 avril 1923, n° 15.

REVUE DES THÈSES

Le Réflexe palato-cardiaque physiologique (1), par Henri LOUGE.

Voici une excellente monographie. Après avoir été trop longtemps méconnu, le rôle du sympathique apparaît de jour en jour plus considérable, mais l'étude de sa physiologie et des étranges synergies dont il est la clef est assez difficile, et il faut louer M. H. Louge d'avoir entrepris de démêler une de ces dernières, le réflexe, peut-être soupçonné par Brown-Séquard qui, partant du palais, va, par l'intermédiaire du vago-sympathique, modifier la circulation et le rythme cardiaque. Quand on agit par pression sur la muqueuse palatine, le rythme cardiaque est accéléré et la pression vasculaire augmentée (réflexe ortho-sympathique); quand on agit par grattage, le rythme est au contraire ralenti et la pression, surtout minima, abaissée (réflexe parasympathique). C'est à ces deux réflexes qui, tout en suivant des voies différentes,

(1) *Th. de Paris*, 1923.

comme tendent à le prouver l'épreuve du nitrite d'amyle et l'anesthésie de la muqueuse palatine, ont cependant même point de départ (le palais) et même point d'arrivée (le cœur), que l'auteur donne le nom commun de *réflexe palato-cardiaque*. L'intensité des effets de ce réflexe varie d'ailleurs avec le tempérament (sympathicotonique ou vagotonique) du sujet et avec diverses circonstances, notamment la digestion.

Les éloges que cette thèse mérite, que M. H. Louge nous permette d'en reporter une partie sur son premier maître, le docteur Pierre Louge, chirurgien des hôpitaux de Marseille, qui a su donner à son fils cette forte discipline intellectuelle sans laquelle il est difficile d'aborder les recherches physiologiques. Au milieu du double deuil cruel que lui apporta la guerre, M. Pierre Louge trouvera une précieuse consolation à voir M. H. Louge si bien suivre son exemple et profiter de ses leçons.

J. L.

M. Paul Bourget, psychiatre (1), par Mme Reine H. Louge.

C'est une idée assurément originale de prendre comme sujet de thèse : *M. Paul Bourget, psychiatre*. Et pourquoi pas? M. P. Bourget ne passe-t-il pas pour le romancier « psychologique » par excellence, et qu'est-ce que la psychiatrie, sinon un chapitre de la psychologie morbide? Ami et auditeur de Dupré, lecteur de Freud, il s'est si facilement, sans l'assiduité des laboratoires ni de l'amphithéâtre, familiarisé avec cette discipline que l'y voilà reconnu maître, à ce point que déjà on parle, à mots couverts, de sa candidature possible à l'Académie de médecine. Il est donc naturel et surtout d'actualité qu'une doctoresse ait voulu examiner de près les malades de l'esprit décrits par M. P. Bourget dans ses nombreux romans.

A la vérité, cet examen est un peu décevant, Mme Louge reconnaît que les idées de son auteur sont calquées, comme c'était à prévoir, sur celles de son ami Dupré et que les types qu'il a posés se trouvent empruntés aux observations des Traités de psychiatrie et des Revues spéciales, soit qu'il les ait simplement analysées, soit qu'il les ait compliquées et étendues par sa propre affabulation. Tout cela mène à des constatations comme celles-ci : *André Cornélis* est un anxieux, *Robert Graffeteau* un aboulique, *Bellagamba* (de *Némésis*) un achondroplasique pervers, *Jean Legrimandet*, un persécuté, etc. A dire vrai je ne crois pas que l'œuvre de Bourget, si remarquable soit-elle, puisse faire progresser sensiblement la psychiatrie, aussi je m'élève contre une des conclusions de Mme Louge : « L'exemple de M. Bourget, dit-elle, prouve qu'un romancier qui sait bien observer et bien analyser peut concourir à la description des symptômes psychiques. » Non, il ne le peut pas, parce que le romancier, même un littérateur éminent et aux connaissances très étendues comme M. Bourget, manque du fond anatomique, physiologique et clinique indispensable et est fatalement conduit à des erreurs (*Monneron* dans l'*Etape*, *Vialis* dans la *Geôle*, par exemple) qui peuvent être graves quand il se mêle de thérapeutique, à cause de l'ignorance du public qui le lit.

Très sincère, la thèse de Mme Louge est intéressante justement parce qu'elle permet de discriminer la valeur didactique trompeuse du roman. On peut ne pas partager sa manière de voir. On doit reconnaître ses efforts et son érudition qui témoigne d'une lecture considérable.

J. L.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic clinique. Examens et symptômes (2), par le docteur A. Martinet, avec la collaboration des docteurs Desfosses, G. Laurens, Léon Meunier, Lutier, Saint-Cène et Terson.

Quoique succédant à la précédente à moins d'un an d'intervalle, cette nouvelle édition a cependant subi de très nombreux remaniements destinés à faire état des acquisitions les plus récentes de la clinique diagnostique. La plupart de ces modifications portent à la vérité sur des détails, en sorte que la disposition générale de l'ouvrage et l'ordonnance des chapitres a pu être assez exactement conservée.

Quelques additions essentielles ont été faites :

Extrait de la préface de la 4e édition : *La sérologie syphilitique* a été entièrement rénovée par les études relatives à la statique colloïdale. La réaction de Wassermann, encore que d'une utilité pratique incontestable, a été reconnue erronée quant à son principe aléatoire, quant à ses résultats. Les recherches sérologiques récentes, celles de Vernes et de Guillain, en particulier, ont nettement démontré que ladite réaction d'ordre purement physique n'avait rien de spécifique. Des techniques d'un déterminisme expérimental rigoureux, telles que la réaction du périthynal de Vernes, la réaction du benjoin colloïdal de Guillain, se substituent, à n'en pas douter, à la réaction de Wassermann. Cette question d'une importance théorique et pratique, vraiment considérable, a été exposée dans cette édition succinctement, mais avec les développements essentiels permettant de se rendre compte de son état actuel et de suivre les développements ultérieurs qui s'annoncent impressionnants. »

« *Un tableau schématique des états clinico-physiopathologiques, subordonné au tonus neuro-vasculaire*, permettra, d'autre part, de saisir d'un coup d'œil la synthèse actuelle de ces états sympathicotoniques, vagotoniques et neurotoniques appelés à jouer un rôle de plus en plus grand dans l'interprétation de maints phénomènes morbides. »

« La technique toute moderne de *l'épreuve hémoclasique* de Widal appliquée à la recherche de l'insuffisance hépatique, encore que très discutée, a fait l'objet d'un bref exposé. »

L. G.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile Sergent, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. Ribadeau-Dumas, médecin de la Maternité; L. Babonneix, médecin de la Charité. *Tome III :* **Appareil respiratoire** (1) [2e vol.], par MM. Ameuille, Bordet, Courcoux, Labro, Emile Sergent, Pruvost, Sourdel.

Ce second volume sur l'*Appareil respiratoire* suit de près le premier, paru il y a quelques semaines, et achève heureusement la description de cette importante partie de la pathologie.

Il est divisé en cinq parties :

Dans la première sont étudiées, avec une élégante clarté, par MM. Ameuille et Fr. Bordet, les maladies chroniques du poumon : l'asthme et l'emphysème, l'atélectasie, les scléroses, les pneumokonioses et les pierres du poumon, enfin les tumeurs, le cancer et les kystes hydatiques du poumon.

La deuxième partie est consacrée aux maladies de la plèvre ; M. Courcoux, avec sa compétence éclairée, a fait un exposé particulièrement précis des pleurésies aiguës et chroniques ; le pneumothorax a été confié à M. P. Labro.

Viennent ensuite les affections du médiastin, étudiées surtout du point de vue des grands syndromes, auxquels elles donnent naissance, par MM. Ameuille et Bordet.

La quatrième partie se subdivise en deux chapitres. L'un, écrit par MM. Sergent et P. Pruvost, est consacré aux séquelles médicales et médico-chirurgicales des blessures de poitrine; l'autre, dû à M. Sourdel, traite des séquelles des intoxications par les gaz asphyxiants. On doit savoir gré aux directeurs d'avoir donné dans ce Traité une place à l'étude de ces affections, dont les cas se présentent aujourd'hui avec une grande fréquence à l'observation de tous les praticiens.

Enfin, n'oublions pas les excellentes pages consacrées par MM. Ameuille et Bordet aux déformations et malformations thoraciques.

Ce volume est illustré d'un nombre important de figures, dont le choix et l'exécution font honneur à la fois aux auteurs et aux éditeurs. Il contribuera, pour sa part, à accroître la bonne réputation dont jouit déjà le *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*.

L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1923.

(2) 4e édit. revue et complétée, 1 vol. de 1040 pages avec 851 fig. en noir et en couleurs. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8, 35 fig. — Prix : 20 fr. — Paris, A. Maloine et fils.


Nujol
Nujol

Conférences de clinique médicale pratique (1), par L. RAMOND.

M. L. Ramond a eu l'idée de réunir en volume les leçons qu'il avait professées, le dimanche, à la maison Dubois. Idée d'autant plus heureuse que ces leçons avaient eu un très grand succès et que nombre de médecins et d'étudiants regrettaient de n'avoir pu les entendre. Et ce succès s'explique. Qu'il traite de l'*ulcère simple du duodénum*, des *hémorragies méningées médicales*, de l'*hypertension artérielle*, du *cancer pulmonaire*, des *pyélonéphrites aiguës*, du *diagnostic des ictères par rétention*, du *pneumothorax*, des *paraplégies*, des *cancers du foie*, des *pleurésies hémorragiques*, de l'*épilepsie bravais-jacksonnienne*, des *hémoptysies tuberculeuses*, de l'*anurie*, de la *gangrène pulmonaire*, des *embolies cérébrales*. M. L. Ramond sait déployer les plus précieuses qualités didactiques. Il sait être clair et simple; il débrouille comme en se jouant les questions les plus touffues de la pathologie; il revêt son exposition d'une brillante parure littéraire. Le tout sans jamais cesser d'être clinicien. Un seul souhait à formuler au sujet de ces conférences : c'est que l'auteur leur donne bientôt une suite, et à nous une nouvelle occasion de dire tout le bien que nous pensons de son beau talent.

L BABONNEIX.

Les Symptômes et leur interprétation (2), par SIR JAMES MACKENZIE, professeur au London Hospital, membre du Collège royal des médecins de Londres. Traduit par le docteur GUILLEAUME (de Spa).

Cet ouvrage analyse des symptômes journellement observés, tels que la douleur, l'hyperesthésie périphérique, la contracture musculaire, les réflexes organiques. Il montre quel parti le diagnostic peut tirer d'une interprétation exacte de ces symptômes et des signes révélés par le premier examen d'un malade.

Dans cette nouvelle édition, l'auteur examine la nécessité de comprendre les lois qui règlent la production des symptômes. La recherche de ces lois a été poursuivie par le corps médical de l'Institut de Saint-Andrews, et il a été établi que le principe qui gouverne la production d'un grand nombre de symptômes est dû au trouble des réflexes normaux. Il est encore impossible, à l'heure actuelle, de prévoir l'effet que peut avoir cette idée générale sur la médecine, mais son application s'est déjà montrée d'une grande utilité dans la pratique et dans les recherches.

L. G.

La Propriété scientifique. Le projet de la Confédération des travailleurs intellectuels (3), par MM. Roger DALIMIER et Louis GALLIÉ.

Les auteurs proposent une réforme en faveur de la propriété scientifique. Pour en comprendre la valeur, ils font l'historique de la propriété intellectuelle; et, à cet égard, on sait que la loi du 19 juillet 1793 a consacré définitivement le droit de propriété des auteurs littéraires et artistiques sur leurs œuvres. Est propriétaire de l'œuvre, celui qui en est l'auteur.

La loi du 5 juillet 1844 sur les brevets d'invention que les auteurs analysent représente le premier essai officiel de protection des inventions scientifiques; ils constatent que les inventions du génie humain, les idées, les principes, les méthodes, tout ce qui, en un mot, constitue la découverte de la science pure, ne sont pas admises comme invention et ne sont protégées par rien. C'est profondément injuste.

On a proposé la modification de la loi de 1844, pour l'adapter aux idées modernes; divers projets sont nés. La Confédération des travailleurs intellectuels fait œuvre nouvelle; elle part de ce principe que « la science pure est la mère de tout le progrès; le savant doit avoir un droit de propriété sur sa découverte, comme l'inventeur en a un sur son invention ». La science pure n'est pas seule à avoir été évincée; les inventions biologiques résultant notamment des travaux de Pasteur sur les maladies des plantes, des animaux et de l'homme, ne sont pas protégés.

Le projet proposé contient plusieurs articles, très intéressants, destinés à établir cette protection. « Les auteurs de découvertes ou d'inventions scientifiques, dit l'article 1er, jouiront, leur vie durant, du droit exclusif de tirer profit de leur invention ou découverte » et l'article 2 précise : « Sont considérées comme protégées par la loi, les découvertes, c'est-à-dire les démonstrations de l'existence jusqu'alors inconnue de principes, corps, agents et propriétés des êtres vivants ou de la matière, et les inventions, c'est-à-dire, les créations de l'esprit consistant en méthodes, appareils, produits, compositions de produits encore inconnus, et d'une façon générale, toutes les applications nouvelles des découvertes et inventions. »

Ce projet répare une lacune de notre législation. Tout ce qu'on peut souhaiter, c'est qu'il vienne rapidement en discussion devant le Parlement.

H. R. B.

(1) In-8 de 306 pages avec 49 figures. — Paris, Vigot.

(2) In-8, 2e édition française avec figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, F. Alcan.

(3) Prix : 3 fr. — Paris, Rousseau et Cie, 14, rue Soufflot.

RENSEIGNEMENTS

ENTREPOTS ET WAGONS FRIGORIFIQUES. — En présence de l'intérêt que l'utilisation du froid offre pour le transport et la conservation des denrées, produits et marchandises périssables, les Chemins de fer de l'Est, du Nord et du P.-L.-M. ont constitué en 1920, avec le concours de plusieurs importants groupements, la « Société française de transports et entrepôts frigorifiques » dont le siège social est situé à Paris, 8 et 10, boulevard Diderot.

La Société a pour but de :

1° Organiser les transports en wagons frigorifiques ou isothermes ;

2° Etablir dans les principaux centres de consommation des entrepôts frigorifiques accessibles par rail ou participer à l'établissement de semblables installations, d'accord avec les organismes locaux.

Pour répondre à la première partie de ce programme, la Société possède aujourd'hui un parc de 700 wagons spéciaux qui assurent, au moyen de roulements réguliers, des transports importants sur les centres de consommation.

La deuxième partie du programme vient d'être réalisée par la création à Paris, 2, quai de Bercy, d'un entrepôt de 10.000 mètres cubes pouvant recevoir 3.000 à 3.500 tonnes de marchandises et fonctionnant comme entrepôt fictif de douanes.

Les producteurs, expéditeurs et consommateurs de denrées, produits et marchandises périssables ont le plus grand intérêt à utiliser les wagons et entrepôts de la Société pour le transport et la conservation des beurres, fromages, œufs, charcuterie, conserves alimentaires, graisses alimentaires, gibier, poissons frais, salés ou congelés, salaisons, volailles, viandes fraîches, viandes congelées, fruits frais ou secs, légumes frais ou secs, fleurs coupées, bière, houblons, eaux minérales, lait, sirops, vins, fourrures, pelleteries, tapis, tapisseries, tentures, etc.

Les principaux avantages qui découlent de cette utilisation sont les suivants : conservation de la marchandise, d'où meilleure présentation et meilleur prix de vente; régularisation des cours; allongement de la période de vente des produits périssables; consommation hors saison des produits périssables; extension de la zone de ramassage de certaines denrées périssables (lait, viandes abattues, etc.) destinées aux grands centres de consommation; extension de la zone de distribution du poisson frais, du beurre, etc.; classification naturelle et bonification des vins, etc.

La Société fournit sur demande tous renseignements utiles concernant les conditions de location de ses wagons et entrepôts. En outre, l'expérience qu'elle a des transports frigorifiques lui permet de donner des conseils précieux aux expéditeurs intéressés. Ces derniers peuvent d'ailleurs s'adresser directement à ses agences de Dunkerque, Boulogne-sur-Mer, Calais, Cannes, Lyon, Marseille et Reims.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Cervello e cuore (conferenze di fisiologia), par Giulio FANO (de Rome). 1 vol., 185 pages. — Bologne, Zanichelli.

Stérilisation de la syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson hérédo-syphilitiques, par le docteur P. GIRAND. Brochure de 92 pages. Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Subvention en faveur des études médicales. — Le Conseil municipal de Paris vient de décider d'accorder, en faveur des études médicales, les subventions suivantes se montant au total à 437.600 fr.

Laboratoires de radiographie et d'électrothérapie. — Necker (Contremoulins). 64.000 fr. ; Saint-Antoine, 10.930 fr. ; Salpêtrière (Puthomme), 29,130 fr. ; Cochin (Ménard), 3.000 fr. ; Necker (Guibert), 3.000 fr. ; Pitié (Delherm), 3.000 fr. ; Laënnec (Maingot), 2.000 fr. ; Lariboisière (Baret), 1.500 fr. ; Saint-Louis (Belot), 1.500 fr. Total : 118.060 fr.

Laboratoires individuels de recherches cliniques. — Hôtel-Dieu : M. le professeur Hartmann, 2.000 fr. ; M. le professeur Roger, 1.500 fr. ; M. Macé, 1.500 fr. ; M. Caussade, 1.500 fr. ; M. Parmentier, 2.500 fr. ; M. Menetrier, 3.000 fr. Total : 12 000 fr.

Pitié : M. Thiroloix, 3.000 fr. ; M. Lion, 1.500 fr. ; M. Arrou, 1.000 fr. ; M. Marcel Labbé, 2.000 fr. ; M. Enriquez, 3.000 fr. ; M. X..., 3.000 fr. ; M. le professeur Vaquez, 2.500 fr. ; M. Jeannin, 1.000 fr. ; M. Mauclaire, 1.500 fr. Total : 17.500 fr.

Charité : M. Fredet, 1.500 fr. ; M. Legry, 1.500 fr. ; M. Weill-Hallé, 1.000 fr. ; M. Baumgartner, 1.500 fr. ; M. le professeur Sergent, 3 000 fr. ; M. Babonneix, 2.000 fr. ; M. Guillain, 2.500 fr. ; M. Le Lorier, 1.000 fr. Total : 14.000 fr.

Saint-Antoine : M. Le Noir, 3.000 fr. ; M. Lermoyez, 3.000 fr. ; M. Pagniez, 2.400 fr. ; M. Comte, 1.500 fr. ; M. Coyon, 2.000 fr. ; M. Ramond, 3.000 fr. ; M. Bensaude, 2.500 fr. ; M. Bouffe de Saint-Blaise, 1.000 fr. ; M. le professeur Lejars, 1.500 fr. ; M. Lapointe, 2.000 fr. Total : 14.000 fr.

Tenon : M. Proust, 2.000 fr. ; M. Weil, 2.000 fr. ; M. Loeper, 3.000 fr. ; M. Rathery, 2.000 fr. ; M. Sainton, 2.000 fr. ; M. Boidin, 2.000 fr. ; M. Grégoire, 1.500 fr. ; M. Klippel, 1.000 fr. ; M. Merklen, 1.500 fr. Total : 17.000 fr.

Cochin : M. Fournier, 3.500 fr. ; M. Léri, 1.000 fr. ; M. Laubry, 3.000 fr. ; M. Launay, 2.500 fr. ; M. Pissavy, 2.000 fr. ; M. Chevassu, 3.000 fr. Total : 15.000 fr.

Beaujon : M. Carnot, 2.000 fr. ; M. Rudaux, 2.500 fr. Total : 4.500 fr.

Necker : M. Sicard, 1.800 fr. ; M. Brouardel, 2.000 fr. ; M. Schwartz, 1.000 fr. ; M. Hallé, 1.000 fr. ; M. Ribierre, 1.500 fr. ; M. Robineau, 2.000 fr. Total : 9.300 fr.

Trousseau : M. Lesné, 1.500 fr. ; M. Papillon, 1.500 fr. Total : 3.000 fr.

Lariboisière : M. Morax, 3.000 fr. ; M. Gandy, 1.500 fr. ; M. Clerc, 2.000 fr. ; M. Marion, 3.000 fr. ; M. Devraigne, 1.000 fr. ; M. Labey, 2.000 fr. Total : 12.500 fr.

Boucicaut : M. Bezançon, 2.000 fr, ; M. Dujarier, 1.500 fr. Total : 3.500 fr.

Broussais : M. Dufour, 3.000 fr. ; M. Bergé, 3.000 fr. ; M. Chevrier, 2.000 fr. Total : 8.000 fr.

Saint-Louis : M. Lemaire, 3.000 fr. ; M. Ravaut, 3.000 fr. ; M. Louste, 3.000 fr. ; M. Lortat-Jacob, 3.000 fr. ; M. Renault, 3.000 fr. ; M. Rieffel, 3.000 fr. ; M. Hudelo, 3.000 fr. ; M. Milian, 3.000 fr. ; M. Cathala, 1.500 fr. ; M. Aubertin, 1.500 fr. Total : 27.000 fr.

Ménages : M. Abrami, 800 fr.

Sanatorium Villemin : M. Buc, 2.000 fr.

Laënnec : M. Grenet, 3.000 fr.

Clinique Tarnier : M. le professeur Brindeau, 1.000 fr.

Fondation Debrousse : M. Armand-Delille, 1.500 fr.

Broca : M. Herscher, 3.000 fr. ; M. Halbron, 3.000 fr. Total : 6.000 fr.

Maison de santé : M. Courtois-Suffit, 1.000 fr. ; M. Chifoliau, 1.000 fr. ; M. Ramond, 1.000 fr. Total : 3.000 fr.

Maternité : M. Demelin, 2.000 fr. ; M. Ribadeau-Dumas, 3.000 fr. Total : 5.000 fr.

Andral : MM. Courcoux et Lemierre, 2.500 fr.

Bastion 29 : M. Auclair, 1.000 fr.

Bicêtre : M. Desmaret, 1.500 fr. ; M. Roubinovitch, 1.750 fr. ; M, Harvier, 1.500 fr. Total : 4.750 fr.

Salpêtrière : M. Crouzon, 1.500 fr. ; M. Nageotte, 3.000 fr. ; M. Souques, 2.500 fr. Total : 7.000 fr.

La Rochefoucauld : M. Camus, 2.000 fr.

Brévannes : M. Baudouin, 3.000 fr.

Hendaye : M. Morancé, 500 fr.

Ivry : M. Vincent, 1.500 fr. ; M. Israëls de Jong, 2.500 fr. Total : 4.000.

Consultations antisyphilitiques du soir. — Charité : M. Sézary : 1.000 fr.
Saint-Antoine : M. Gougerot, 1.000 fr.
Beaujon : M. Louste, 1.000 fr.
Bichat : M. Maurice Renaud, 1.000 fr.
Boucicaut : M. Pinard, 1.000 fr.
Tenon : M. Laroche, 1.000 fr.
Total pour les laboratoires individuels de recherches cliniques et les consultations antisyphilitiques, 218.250 fr.

Bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques). — Bibliothèque des internes en médecine et en pharmacie, 15 000 fr. Bibliothèque Feulard, à Saint-Louis, 3.000 fr. Archives et bibliothèque de l'Assistance publique, 1.500 fr. Bibliothèque centrale de l'Internat, 2.500 fr. Bibliothèque Charcot (Salpêtrière), 600 fr. Total : 22 600 fr.

Bourses de voyage. — Bourses de voyage pour études à l'étranger de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, 18.000 fr.

Amphithéâtre d'anatomie (Clamart) : Frais d'études physiologiques, 2.400 fr.

Musées des divers établissements : Achat et entretien du matériel, moulages et photographies pour tous les établissements, 11.500 fr. Indemnités aux conservateurs, 32.660 fr. Total : 44.160 fr.

Récapitulation. — 1° Laboratoires individuels, 218.250 fr.; 2° laboratoires centraux de radiographie et d'électrothérapie, 118.060 fr. ; 3° bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques), 22.600 fr; 4° bourses de voyage, 18.000 fr.; 5° amphithéâtre d'anatomie (Clamart), 2.400 fr.; 6° musées des divers établissements, 44.160 fr. ; 7° réserve, 14.130 fr. Total : 437.600 fr.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours s'ouvrira, le 10 décembre 1923, pour l'emploi de chef des travaux d'histologie.

Les candidats devront se faire inscrire un mois au moins avant l'ouverture du concours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Pierre Boulloche, médecin de l'hôpital Bretonneau.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PRESCRIPTION DES HONORAIRES MÉDICAUX EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Quel est le délai de prescription applicable, quand un médecin exerce son recours contre le patron d'un ouvrier victime d'un accident du travail ?

Le tribunal civil de la Seine (7e Chambre) a répondu à cette question, dans son jugement du 2 juillet 1923, en décidant que le délai applicable est celui fixé par la loi du 9 avril 1898, et non celui résultant des dispositions de l'article 2272 du Code civil.

« Attendu, dit-il, que C..., patron, est appelant d'un jugement de paix du 15e arrondissement de Paris, en date du 18 mai 1921, lequel rejetant le moyen de prescription opposé par lui, a nommé X... expert à l'effet de déterminer le chiffre des honoraires médicaux, réclamés par le docteur L..., pour soins donnés à deux ouvriers accidentés du travail, les nommés R... et L... ;

Attendu que L... conclut à la confirmation pure et simple du jugement dont est appel.

Attendu que, dans un intérêt d'ordre public, la loi de 1898 sur les accidents de travail a entendu limiter à un an le délai pendant lequel les patrons pourraient être actionnés en indemnité à raison des accidents survenus à leurs ouvriers à l'occasion de leur travail ;

Que dans son article 18, la loi spécifie les différents points de départ que pourra avoir cette prescription annale, jour de l'accident, clôture de l'enquête du juge de paix ou cessation du paiement de l'indemnité temporaire.

Attendu que ces règles, pour répondre au but poursuivi, doivent s'appliquer aussi bien aux victimes elles-mêmes qu'à ceux à qui la loi, dans son article 4, a donné une action directe contre le patron, et notamment aux médecins pour lesquels, dans leurs rapports tout au moins avec le patron, les principes de la prescription de l'article 2272 sont remplacés par les règles plus strictes de l'article 18 de la loi de 1898 (Cassation, 4 fév. 1919) ;

Attendu en fait que l'exploit introductif d'instance du docteur L... est du 8 avril 1921 ;

Qu'il est constant, d'autre part, que le dernier versement de demi-salaire, réglé à R..., remonte au 3 novembre 1919, que d'ailleurs les derniers soins qui lui ont été donnés remontent au 16 janvier 1920 ;

Qu'à ce double point de vue la prescription annale de la loi de 1898 est acquise en ce qui concerne l'action relative aux soins donnés à cet ouvrier ;

Attendu qu'il en est de même en ce qui concerne l'ouvrier D..., à qui il n'a été versé aucun demi-salaire et pour lequel, par conséquent, la prescription remonterait au jour de l'accident, c'est-à-dire au 17 décembre 1919 ou tout au moins à la date des derniers soins donnés, c'est-à-dire au 16 janvier 1920, date non contestée, ces deux dates étant antérieures de plus d'une année, à l'exploit introductif d'instance du 8 août 1921 ;

Que vainement le docteur L... soutient, ce qui a été admis à tort par le juge de paix, que sa créance n'était que suspensive tant que son montant n'avait pas été agréé ; qu'en effet, la créance du médecin existe du jour même où ses derniers soins ont été donnés et, qu'en tous cas, en point de vue du recouvrement contre le patron, le point de départ est fixé de façon ferme par l'article 18 de la loi de 1898 ;

Attendu au surplus, en ce qui concerne ce second ouvrier qu'il n'a jamais pu établir la matérialité de son prétendu accident du travail ;

Que dans ces conditions, si le docteur L... lui a donné ses soins, il ne saurait avoir recours contre le patron, lequel ne peut être tenu des indemnités de la loi de 1898 qu'en cas d'accident du travail. »

En conséquence, le tribunal a déclaré prescrite l'action du docteur L..., tant en ce qui concerne sa note d'honoraires pour soins donnés à l'ouvrier R... que pour sa note relative à l'ouvrier D... ;

La jurisprudence fait courir la prescription du jour où le traitement a pris fin (Caen, 21 avril 1868, D. 71.2.180) ; les visites et opérations dues à un médecin pour le traitement d'une même maladie ne donnent pas naissance à autant de créances distinctes prescriptibles séparément, mais à une créance unique qui, devenue complète seulement au jour de la fin de la maladie ou de la cessation des rapports du médecin avec le malde, est également prescriptible à partir de ce jour (Trib. civ. Seine, 3 mars 1916, *Gaz. trib.*, 1916, 2-408). Le jugement qui est rapporté fait application de cette jurisprudence.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

ON DEMANDE des **AUTOGRAPHES** de Louis Pasteur et de savants et savantes (chimistes, médecins, botanistes, etc.) de toutes les époques.

Faire offres à *La Revue des Autographes*, 6, square du Croisic (12, boulevard Montparnasse), Paris (15e).

KÉRATITE PARENCHYMATEUSE ET HÉRÉDO-SYPHILIS

PAR LES DOCTEURS

A. CANGE et P. DUPUY D'UBY

Profr de clinique ophtalmologe Chef de clinique

à la Faculté de médecine d'Alger.

Nous avons consacré une de nos leçons cliniques à l'étude de la kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique, et les deux cas, simultanément observés, qui ont servi de thème à notre démonstration sont si éloquents, si féconds en enseignements de toute nature, que nous nous croyons obligés de les publier en les faisant suivre des commentaires que nous avons développés devant nos élèves. Et puis, à l'époque actuelle où les méthodes de laboratoire semblent accaparer de plus en plus l'attention des praticiens, il ne sera pas superflu, pensons-nous, de montrer tout ce que l'on est en droit d'attendre de l'interprétation raisonnée, des résultats que procure si souvent une patiente et minutieuse investigation clinique.

Henriette B..., quatorze ans, se présente à la clinique ophtalmologique pour une kératite interstitielle de l'œil gauche apparue au début de janvier 1920. Au mois de mars de l'année précédente, elle avait présenté des troubles identiques du côté de l'œil droit.

Elle est née à terme, bien conformée, bien portante, en apparence du moins. Nourrie au sein par sa mère, son développement semble, pendant les trois premiers mois, se poursuivre régulièrement. A l'âge de trois mois, survint sur tout le corps une explosion de « taches rouges » qui se remplissaient d'eau, se vidaient de leur contenu transparent (?) et s'affaissaient ensuite. Cette éruption aurait duré une quinzaine de jours environ; toutefois, au niveau du petit orteil du pied droit, les éléments éruptifs se seraient montrés plus tenaces; ils auraient revêtu un caractère ulcéreux, se seraient étendus à tout le pourtour de l'ongle qui aurait fini par tomber et qui n'a pas encore repoussé.

A cinq mois, une nouvelle éruption se montra au niveau des lombes et sur les fesses; ce furent, toujours d'après les renseignements donnés par la mère, des plaques de rougeur diffuse s'accompagnant de lésions fissuraires au niveau des plis fessiers et d'une véritable nappe ulcérée dans une zone répondant à la partie inférieure des lombes. Cette dernière finit par se recouvrir d'une croûte noirâtre, épaisse, rupioïde, qui mit un mois à se détacher et qui a laissé, après elle, une cicatrice visible actuellement encore et se montrant comme une tache arrondie, dépigmentée, des dimensions supérieures à une pièce de 5 francs.

La dentition ne s'est effectuée que tardivement. C'est à quatorze mois seulement que percèrent les incisives médianes inférieures; comme l'enfant a marché à un an, la mère traduit ce détail pathologique dans la formule suivante: « elle a marché bien avant d'avoir ses dents. »

A l'âge de trois ans est survenu un jetage nasal, abondant, constitué d'abord par un liquide blanc, filant, bientôt mêlé de mucosités verdâtres, extrêmement irritantes, déterminant l'inflammation et l'épaississement des narines et de la lèvre supérieure. Ce coryza muco-purulent a duré jusqu'à l'âge de cinq ans; il a disparu spontanément sans que la mère s'en fût autrement préoccupée et par conséquent sans qu'aucun traitement général ou local eût été institué.

La seconde dentition a fait son apparition vers sept ans.

A dix ans, est survenu un gonflement diffus de la joue et de la moitié gauche de la lèvre supérieure; comme la malade présentait depuis son enfance de l'incontinence nocturne d'urine, on se décida à consulter un médecin qui prescrivit des reconstituants (?). Sous l'influence du traitement, l'incontinence disparut, mais l'épaississement de la joue et de la lèvre persistèrent beaucoup plus longtemps, sans que nous parvenions à être bien fixés sur la nature de cette lésion.

C'est en mars 19 9 que se manifestèrent pour la première fois des accidents oculaires du côté droit. Le diagnostic de kératite parenchymateuse fut porté par un spécialiste autorisé, qui la considéra comme relevant de la même cause pathologique que les lésions existant simultanément au niveau de la joue. Le traitement spécifique ne fut cependant pas ordonné; on se borna à prescrire de l'iodure de potassium; « ces diverses manifestations pathologiques devant rétrocéder sous l'influence du temps »; au bout de trois mois, les accidents inflammatoires de l'œil droit avaient disparu, en apparence du moins.

En septembre 1919, une tuméfaction se dessinait au niveau du condyle interne du tibia droit. Cette grosseur, primitivement circonscrite et limitée, ne devait pas tarder à s'étaler et à s'étendre jusqu'à envahir le tiers supérieur et interne de la jambe; elle était indolente spontanément, la nuit aussi bien que le jour, à peine sensible à la pression. La peau avait conservé sa coloration normale. Les troubles fonctionnels étaient à peu près nuls : la marche n'était pas douloureuse, seuls certains mouvements, tels que la descente d'un escalier, étaient un peu gênés; il n'y avait aucun retentissement articulaire manifeste. Un chef de clinique de notre Faculté, consulté à ce moment, porta le diagnostic d'ostéo-périostite gommeuse de la tubérosité interne du tibia droit et pratiqua deux série de dix piqûres d'hectargyre à 20 centigrammes. En l'espace d'un mois et demi, ces accidents avaient facilement cédé. Mais quinze jours après la cessation du traitement, l'affection se réveillait, un gonflement notable réapparaissait dans la même région avec, en plus, de la rougeur et de l'amincissement de la peau en imminence d'ulcération. Le traitement, repris avec plus d'énergie qne précédemment, devait amener bientôt la guérison définitive de ces accidents.

Le 5 janvier 1920, la malade reçut dans l'œil gauche un corps étranger, une particule de charbon, paraît-il, qui s'implanta dans la cornée et qui fut enlevé dans notre service. Quatre jours plus tard apparaissaient les premières manifestations de la kératite interstitielle dont nous devions suivre l'évolution, et dont nous allons bientôt indiquer les étapes successives.

Pendant que se confirmait cette kératite interstitielle, survenait du côté gauche du cou une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, fusiforme, obliquement orientée dans la direction du sterno-mastoïdien, mobile surtout dans le sens transversal, légèrement sensible à l'exploration, sans changement de coloration des téguments. Quelques piqûres d'hectargyre devaient amener, en une quinzaine de jours, la disparition de cette lésion musculaire. Dès lors la kératite allait poursuivre isolément son évolution. Résumons-en les phases successives.

Ainsi que nous l'avons dit, c'est un minuscule traumatisme, en l'occurence un corps étranger superficiellement implanté dans la cornée et aussitôt extrait, qui a déclanché l'apparition de la kératite interstitielle de l'œil gauche. A peine remise de ce micro-trauma, après un répit de quatre jours, cet œil devient de nouveau rouge et larmoyant; en outre, la cornée se trouble et blanchit tout d'abord dans son segment inféro-externe. Le trouble opalescent progresse rapidement, et dans l'espace d'un mois la cornée est totalement envahie. Quand nous voyons la jeune malade, le 14 février, la cornée, infiltrée dans toute son étendue, présente la teinte porcelanique caractéristique avec des zones de densité et de saturation inégalement réparties. Les phénomènes inflammatoires et réactionnels sont très marqués. L'œil est hypotone. L'acuité visuelle est notablement réduite et se résume dans la perception confuse des objets que l'on déplace devant l'œil.

Dans les premiers jours d'avril, commence le stade de vascularisation; celle-ci restera toujours modérée et réduite à quelques filaments vasculaires n'arrivant pas jusqu'au centre de la cornée. Un traitement spécifique intensif (injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre), une thérapeutique reconstituante (sirop iodo-tannique, etc.), une médication locale (douches, compresses chaudes, atropine) ont été simultanément institués et conduits avec vigueur.

Au commencement de mai, on constatait une tendance à l'éclaircissement de la cornée pendant que la vascularisation de plus en plus restreinte se cantonnait à la région limitrophe

du limbe, mais cette résorption traîna désespérément en longueur. Pourtant, au mois de juin nous commençons à voir dans cet œil et nous apercevons l'attraction en arrière de la membrane irienne coïncidant avec l'augmentation de profondeur de la chambre antérieure. L'iris nous montre un bord interne festonné, découpé irrégulièrement par de nombreuses synéchies, et un champ pupillaire encombré dans toute son étendue de nombreux exsudats grisâtres. L'œil est toujours hypotone et l'acuité visuelle, notablement réduite, se borne à la laborieuse énumération des doigts à la distance de 0m50. Nous avons eu l'occasion de revoir à nouveau notre jeune malade en octobre. Les lésions oculaires sont les suivantes : l'œil droit présente de légères taies cornéennes, irrégulièrement disséminées, V = 0,1. Les lésions cornéennes de l'œil gauche se sont fort peu améliorées ; bien entendu, les adhérences iriennes et les exsudats pupillaires persistent. Aucune nouvelle manifestation spécifique n'est survenue; l'état général est satisfaisant, mais cette jeune fille n'est toujours pas réglée.

Telles sont, dans leur frappante éloquence, les constatations tirées de l'étude des antécédents personnels. Les résultats que nous devions recueillir de nos investigations dans le domaine des antécédents héréditaires devaient nous réserver des renseignements plus décisifs encore.

La mère de cette jeune fille est de constitution robuste; elle est la troisième d'une famille de huit enfants; quatre garçons et quatre filles, tous mariés, tous bien portants et tous aussi, sauf elle bien entendu, comptant de nombreux descendants en bonne santé. Elle s'est mariée à dix-neuf ans, en décembre 1894; son mari, un solide gaillard dont elle était loin de suspecter la tare, avait alors vingt-trois ans.

1° Huit mois après son mariage, elle accouche prématurément d'un fœtus du sexe masculin, macéré et noirâtre; les suites de couches sont cependant normales et au bout de quelques jours elle reprend le cours régulier de ses occupations.

2° Deux mois plus tard, elle est de nouveau enceinte et accouche une seconde fois, prématurément encore, à six mois, d'un fœtus macéré du sexe masculin « moins noir toutefois que le premier ». Ici encore, les suites de couches sont normales; en huit jours notre parturiente est sur pied.

3° Trois mois après, nouvelle grossesse qui évolue normalement, du moins dans les premières périodes puisque, à partir du quatrième mois, elle percevra les mouvements du fœtus; vers le huitième mois, elle constate que l'enfant ne bouge plus et, justement inquiète, elle consulte un de nos confrères qui confirme la mort de l'enfant; trois jours plus tard, elle expulse un fœtus macéré du sexe masculin. Néanmoins elle se remet en peu de jours, sans douleurs et sans fièvre; les lochies ne sont pas fétides et ne présentent rien de particulier ni comme quantité, ni comme caractères.

4° Devenue enceinte une quatrième fois, étonnée de ses trois fausses couches antérieures, elle retourne, plusieurs mois environ avant le terme prévu pour sa délivrance, consulter le même praticien qui, nous dit-elle, lui ordonne de petites pilules noires. Cette fois, le 16 juin 1900, elle accouche, à terme, d'une fille vivante mais chétive qui, trente-deux jours après, et malgré des soins minutieux, est prise d'un « feu violent » sur le pourtour des lèvres et de l'anus. Le « feu des lèvres » gagne l'arrière-bouche, empêche la succion et l'allaitement, et l'enfant succombe rapidement à un dépérissement progressif.

5° La cinquième enfant vient également à terme, un traitement, probablement spécifique et identique au précédent, ayant été suivi; mais l'enfant est délicate et restera maladive pendant son enfance et son adolescence. A l'âge de treize ans, elle sera atteinte d'une pleurésie gauche confirmée, paraît-il, par une ponction exploratrice. Après quinze jours de maladie et à la suite d'un traitement fort simple (vésicatoires, ventouses, etc.), elle sera guérie, mais trois ans plus tard, en avril 1917, elle sera prise d'accidents congestifs de l'appareil broncho-pulmonaire : point de côté, dyspnée, apparition d'une hémoptysie abondante, et le 14 septembre de la même année, six mois plus tard, elle succombera, dit-on, à une tuberculose pulmonaire droite, dans l'hecticité et la consomption.

6° La sixième enfant est également née à terme, le 10 janvier 1904, la mère ayant, cette fois encore, suivi le même traitement; toutefois elle succombe à l'âge de six mois des suites d'une affection de la gorge que la mère attribue à une rougeole? Aucun médecin ne fut consulté.

7° Pour la septième enfant qui est précisément la petite malade faisant l'objet de cette observation, aucune médication spécifique n'avait été suivie.

Tels sont les renseignements d'ordre puerpéral que nous avons pu obtenir; mais ce n'est pas tout, et notre enquête, patiemment poursuivie, devait nous fournir d'autres détails pathologiques intéressants.

Sur l'état de santé du mari, nous n'avons pas pu obtenir de renseignements précis, sinon qu'il a succombé, en juin 1908, à une infiltration urineuse (?); mais deux mois après son décès, sa femme, qui « ne s'était jamais douté de rien », qui n'avait jamais rien observé d'anormal sur elle-même, fut atteinte d'un abcès du dos de la main gauche. A ce niveau, dans une région répondant à la partie moyenne des deux derniers métacarpiens, est apparue une petite nodosité parvenant progressivement au volume d'un abricot, dure d'abord, se ramollissant ensuite, en même temps que les téguments sus-jacents s'amincissaient et rougissaient. Un médecin porta le diagnostic d'abcès, incisa la collection, et, à plusieurs reprises, procéda à des grattages de l'os. La plaie malgré tout demeurant fistuleuse, la malade consulta un autre praticien qui interrogea la malade, reconnut la nature de l'affection et ordonna le traitement spécifique qui aboutit en un mois à une guérison définitive. Du reste, la réaction de Wassermann, que nous avons fait pratiquer, si elle se montra négative chez la fille, fut chez la mère très franchement positive.

Arrivons maintenant à la seconde observation :

Germaine W..., dix-huit ans, est née à terme, mais chétive et inférieure à la normale, comme poids et comme taille.

A l'âge de trois mois, elle fut atteinte, à la cuisse gauche, d'une tuméfaction, qualifiée de phlegmon par un médecin, et qui, largement incisée, donna issue à une abondante quantité de pus ; la suppuration se poursuivit pendant deux mois environ. Nous retrouvons, d'ailleurs, des traces de cette affection sous la forme d'une longue cicatrice blanche, gaufrée, déprimée et irrégulière, occupant le tiers supérieur de la région postéro-externe de la cuisse.

A peine remise de cet accident, elle présentait sur le pourtour des lèvres et des narines, des lésions impétigineuses qui furent considérées comme spécifiques et traitées par le sirop de Gibert. Ce sont, pour une certaine part, les suites de ces accidents que l'on note actuellement sous l'aspect de fines traînées cicatricielles au niveau des lèvres et des commissures.

A l'âge d'un an, apparut soudainement une otorrhée droite, abondante et indolente, qui persista six mois environ ; le pus était épais, jaune-verdâtre, malodorant.

De trois à dix ans, seraient survenus, chaque année et périodiquement, sur la face et le cuir chevelu, des boutons qualifiés de « clous », dont nous ne pouvons préciser le type morphologique, mais qui ne ressortissaient certainement pas à la furonculose (absence de bourbillon).

En outre, dans le long intervalle de ces sept années, d'autres manifestations plus graves se seraient montrées sur l'appareil de la vision d'abord, sur l'appareil de l'audition ensuite En effet, à l'âge de cinq ans, l'œil droit puis, quelque temps après, l'œil gauche « sont devenus tout blancs »; la vison était impossible. Un médecin militaire prescrivit un traitement mercuriel; au bout de trois mois, l'enfant fut considérée comme guérie.

A l'âge de sept ans, on s'aperçut également que l'oreille gauche suppurait abondamment et cette otorrhée, insidieuse à son début, persista pendant six mois avec les mêmes caractères d'indolence et d'abondance. Cette double otorrhée, survenue à plusieurs années d'intervalle, a laissé après elle, une otite adhésive bilatérale, plus prononcée à gauche. Il existe également de la rhinite atrophique.

A l'âge de dix ans, apparurent presque simultanément deux variétés d'accidents nerveux qui subsistent actuellement encore et qui sont constitués par une céphalée rebelle, et par des crises convulsives répétées.

La céphalée siège dans la région frontale des deux côtés. Elle est presque quotidienne; rarement la malade reste plu-

sieurs jours sans en être atteinte. En outre, elle n'est pas permanente : elle se montre habituellement dès le réveil, s'atténue dans le courant de la matinée pour reprendre vers treize heures et disparaître au cours du sommeil. En général, elle est peu accusée et se traduit, tantôt par une douleur martelante au niveau des tempes, tantôt par une sensation de barre frontale; elle est sujette à des exacerbations notamment dans les périodes qui précèdent les grandes crises.

Les crises épileptiques se déclanchent sans aura : la malade pousse un cri guttural et prolongé ; sa face devient pâle ; la chute se fait brusquement et toujours en avant. Elle conserve, d'ailleurs, des traces de la soudaineté et de l'imprévu de ses attaques par les cicatrices nombreuses et profondes qu'elle présente sur le front, le nez, la lèvre supérieure ; c'est du reste, au début d'ictus successifs qu'elle s'est cassée quatre dents de la mâchoire supérieure (trois incisives et une canine). Puis les lèvres deviennent violacées, couvertes d'écume parfois sanguinolente ; il y a morsure de la langue que la famille prévient à l'aide d'un bouchon insinué entre les arcades dentaires. A la période des contractions toniques succède celle des convulsions cloniques de peu d'étendue, de courte durée, et plus accusées à la face qui devient grimaçante, qu'aux membres supérieurs et surtout qu'aux membres inférieurs animés seulement de simples mouvements de rotation. La crise laisse, après elle, une grande lassitude ; il y a souvent émission involontaire des urines. Il ne subsiste aucun souvenir de l'attaque passée. Ces crises sont parfois excessivement fréquentes, surtout à l'approche des règles. A ce sujet, mentionnons que ce fut surtout vers l'âge de quinze ans, période tardive à laquelle s'établit la menstruation, que la malade fut prise de crises subintrantes allant presque jusqu'à l'état de mal épileptique (32 crises en vingt-quatre heures). Pour donner une idée de leur fréquence, indiquons que pendant le mois de mars, il y eut 5 crises, et 7 pendant le mois d'avril. Sur ces 12 crises, 4 se montrèrent particulièrement intenses, mais les autres furent atténuées et se résumèrent en accès frustes, avortés, caractérisés par une absence d'une ou deux minutes avec quelques secousses convulsives prédominant aux membres supérieurs.

L'intelligence est assez bien développée et le défaut d'instruction paraît dû plutôt au manque de fréquentation de l'école imposé par l'état épileptique. Notons pourtant une tendance à la kleptomanie, notre jeune malade dérobe et cache volontiers des objets d'ailleurs dépourvus de valeur.

Les accidents oculaires, pour lesquels elle est venue réclamer nos soins, remontent au début de janvier 1921. La mère s'est aperçue que l'œil devenait rouge ; en l'absence de douleurs, et persévérant dans son habituelle incurie, elle ne se décida pas tout d'abord à consulter un médecin. C'est parce que la cornée blanchissait et que la vision diminuait de plus en plus, qu'elle prit enfin la résolution, au mois de mars, de la conduire à la consultation ophtalmologique de la Faculté. Au moment de l'entrée à l'hôpital (8 mars 1921), l'œil gauche présente une kératite parenchymateuse parvenue à son stade de vascularisation et caractérisée par une vive injection périkératique, par une infiltration diffuse et irrégulière de la cornée plus prononcée au centre qu'à la périphérie et par la présence de fins vaisseaux dans l'épaisseur même du parenchyme cornéen. L'iris que l'on aperçoit avec quelque difficulté en raison des opacités superficielles est contracté ; l'orifice pupillaire est irrégulier : l'atropine instillée à doses élevées et répétées met en évidence de nombreuses synéchies postérieures irrégulièrement disséminées. Les phénomènes subjectifs sont peu marqués : pas de photophobie, pas de larmoiement, pas de douleurs spontanées ou provoquées par la pression sur le corps ciliaire. La vision est considérablement réduite et se résume dans la perception du déplacement des objets.

L'œil droit présente des vestiges de lésions anciennes, sous forme de taies cornéennes ; il y a de l'astigmatisme mixte et irrégulier : $(30° - 2\,D) \subset + 1$: $V = 0{,}5$. On ne découvre aucune trace d'une poussée iritique antérieure. L'examen ophtalmoscopique montre l'existence d'une chorio-rétinite périphérique, occupant le voisinage de l'ora serrata, caractérisée par la présence de petites zones de coloration jaune-chamois et d'amas pigmentaires, généralement arrondis, de dimensions variables. Les lésions présentent l'aspect classique de la chorio-rétinite spécifique ; quelques-unes semblent être encore en évolution.

Du 9 mars au 3 avril, la malade fut traitée sans interruption, localement par des instillations répétées de dionine et atropine, des massages à la pommade au calomel et d'une façon générale par des injections quotidiennes intraveineuses de cyanure de mercure. Le traitement interrompu par une période de repos de huit jours, fut repris avec vigueur à partir du 11 avril. Aux injections intraveineuses de cyanure de mercure, on ajouta l'administration quotidienne d'iodure de potassium à la dose progressive de 1 à 4 grammes.

Le 30 avril, l'état oculaire était le suivant : la cornée s'était notablement éclaircie ; elle conservait, cependant, dans sa presque totalité, un aspect louche sur lequel se détachaient des zones de saturation plus dense ; sa vascularisation était en voie de disparition. L'injection périkératique était considérablement réduite. L'iris incomplètement et irrégulièrement dilaté, conservait des synéchies postérieures nombreuses et irrégulières avec quelques exsudats dans le champ pupillaire. V = compte les doigts à 1 mètre. L'état général était bon, la malade avait notablement engraissé. La céphalée était moins prononcée, moins fréquente, moins tenace, mais aucune modification bien appréciable ne s'était encore produite dans les manifestations épileptiques.

Dirigée sur une consultation voisine, la malade fut soumise, sur nos indications, à une médication à la fois novarsenobenzolique et symptomatique, sans que ce nouveau traitement ait amené une amélioration notable de son état nerveux. Mentionnons pour terminer que la séroréaction, négative chez la mère, se montra chez la fille fortement positive et qu'une ponction lombaire nous donna un liquide céphalo-rachidien sans lymphocytose, sans hyperalbuminose et à Bordet-Wassermann négatif.

Interrogeons, maintenant, les antécédents héréditaires.

Le père, soixante et un ans, est court, trapu, et sa robuste constitution ne traduit certainement pas son âge. Il n'accuse d'autres antécédents pathologiques que des accidents vénériens qui, s'ils n'ont présenté pour lui aucune conséquence fâcheuse, ont eu sur ses descendants une désastreuse répercussion. Pendant son service militaire, il a été atteint de « chancres volants » et il semble bien qu'il se soit réellement agi, à ce moment, de lésions purement locales. De fait, en 1885, c'est-à-dire entre la première et la seconde grossesse de sa femme, il a été atteint, à la suite de relations extraconjugales, d'une ulcération génitale sur la nature de laquelle le professeur Leloir porta le diagnostic de chancre infectant. A cet accident primitif, auraient succédé les manifestations secondaires de l'infection constitutionnelle (roséole, plaques muqueuses, etc.) contre lesquelles un traitement mixte, hydrargyrique et ioduré, fut institué. Le malade négligea d'ailleurs bientôt et le traitement et la maladie.

Quant à sa femme, son histoire pathologique ne commence qu'avec son mariage en 1884 : elle avait alors dix-huit ans :

1° A peine mariée, elle devient enceinte et, sans que nous puissions en donner les raisons, elle accouche prématurément à six mois d'un enfant mort-né de sexe masculin.

2° En 1886, elle accouche prématurément encore d'un enfant « mort au passage. »

3° A peine remise de sa précédente grossesse, elle devient enceinte une troisième fois et accouche à terme d'une enfant qui meurt subitement au bout de huit jours après avoir présenté sur la peau une éruption maculeuse confluente et généralisée.

4° En novembre 1888, elle met au monde une quatrième enfant qui meurt subitement à l'âge de deux mois dans les bras de la mère qui venait de l'allaiter.

5° La cinquième grossesse se termine par l'accouchement normal et facile d'une petite fille qui présente à l'âge de deux mois une inclinaison permanente de la tête sur l'épaule droite ; puis environ un mois après une impotence subite du membre supérieur du même côté. Le membre inférieur était indemne. Cette fois l'enfant fut examiné à l'hôpital de Mustapha où l'on porta le diagnostic de « syphilis infantile ». Malgré l'emploi de frictions à l'onguent napolitain, l'enfant devait succomber à l'âge de sept mois, subitement encore, « après avoir vidé les deux seins de sa mère ». Constatation surprenante, l'interrogatoire de la mère ne fut pas autrement poursuivi et aucun traitement personnel ne lui fut appliqué.

6° Mais voici qu'en 1892, et les détails qui suivent ne manquent ni de saveur, ni d'intérêt, à l'occasion d'une sixième grossesse, une voisine alarmée plus que l'intéressée elle-même de l'effrayante mortalité qui pèse sur la progéniture de cette femme, fait part d'une façon fortuite à son médecin de ses inquiétudes. Le praticien examine notre malade, l'interroge, et prescrit un traitement composé de pilules grises, toutes petites, et d'une solution très amère. Et cette fois, pour la première fois, la mère accouche à terme d'un enfant qui à sa naissance ne présente aucun accident et n'en présentera pas par la suite : il est toujours resté en excellente santé ; il a fait huit ans de service militaire sans un jour d'exemption.

7° La mère ayant supprimé tout traitement, la septième grossesse en 1894 se termine par la naissance d'un enfant qui meurt, à sept mois, après avoir présenté des lésions impétigineuses des narines, du jetage nasal, de l'épaississement et des ulcérations des lèvres, des accidents amygdaliens et pharyngiens. Toutes ces manifestations empêchant la succion et la déglutition devaient contribuer à une dénutrition rapide et à la cachexie terminale.

8° En novembre 1893, le traitement spécifique a été repris et c'est ainsi que nous pouvons enregistrer la naissance d'un garçon actuellement âgé de vingt-quatre ans et en parfait état de santé.

9° Bien que la mère ait cessé de se soigner, elle accouche au début de 1898 d'une petite fille qui restera délicate et qui, mariée à son tour, a eu deux enfants chétifs, paraît-il, mais d'une bonne santé relative.

Pendant les dixième et onzième grossesses, la mère continue de négliger tout traitement estimant qu'elles auraient comme la précédente une conclusion heureuse. Or, la dixième grossesse se termine par l'accouchement à terme d'un enfant mort-né, du sexe masculin et la onzième par la naissance d'une petite fille qui succombe subitement quarante-huit heures plus tard.

Voici maintenant la douzième grossesse évoluant, elle aussi, en l'absence de toute médication spécifique. Elle se termine par la naissance de Germaine, notre petite malade, dont nous avons, tout à l'heure, dépeint la navrante histoire pathologique.

Terminons enfin cette longue et douloureuse énumération en mentionnant une treizième et dernière grossesse se déroulant dans les mêmes conditions d'incurie et aboutissant à l'accouchement prématuré d'une fille mort-né.

Commençons par mentionner l'existence de la syphilis chez les ascendants. Si le père de la première malade a succombé à des accidents infectieux aigus, mal définis, de la partie inférieure de l'appareil génito-urinaire et sans nous apporter la preuve ou l'aveu d'une syphilis antérieure, par contre, la mère a présenté des lésions évidentes de l'infection spécifique, sous forme d'une ostéo-périostite gommeuse d'un métacarpien qui, obstinément rebelle aux interventions chirurgicales — capables même d'aggraver les lésions, comme l'a démontré Ménard — céda comme par enchantement à la médication antisyphilitique. D'ailleurs, la réaction de Bordet-Wassermann fut, chez elle, franchement et fortement positive. Dans la seconde observation, au contraire, la syphilis paternelle est avouée et avérée, puisque le chancre infectant et les accidents constitutionnels ont été diagnostiqués et traités par le professeur Leloir. La mère n'a jamais observé sur elle-même la moindre manifestation de la diathèse, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'en ait pas présenté. Bien que la réaction de Wassermann fut, chez elle, négative, les conséquences désastreuses de la longue série de ses grossesses suffisent amplement à établir qu'elle a subi, elle-même, l'imprégnation virulente. Longtemps avant que de la loi formulée par Baumès-Colles une explication rationnelle eût été donnée, Hutchinson n'avait-il pas affirmé que la mère qui, à plusieurs reprises, conçoit des enfants hérédo-syphilitiques, subit une infection lente et progressive dont les conséquences ne se montrent souvent que très tardivement et sous la forme d'accidents tertiaires d'emblée.

Nous retrouvons, en effet, chez toutes les deux, avec une fréquence impressionnante, les avortements, les accouchements prématurés de fœtus macérés, les accouchements à terme d'enfants mort-nés et qui, suivant l'expression de l'une d'elles, sont des enfants « morts au passage ». A côté de ces enfants tués avant de naître, il y en a d'autres qui n'ont vécu que pour mourir. Pour certains d'entre eux, la diathèse s'est même affirmée par des manifestations superficielles : ils ont succombé après avoir présenté des éruptions cutanées généralisées, érythémateuses, bulleuses ou pemphygoïdes, ou bien encore, des syphilides cutanéo-muqueuses localisées à la face ou à la bouche ; ces lésions nasales, gutturales, pharyngées entravant la succion ont déterminé une cachexie promptement mortelle. Parfois pourtant, les enfants sont morts subitement, au cours d'une santé en apparence florissante, « après avoir vidé les seins de la mère » ou bien « sans qu'on ait eu le temps de prévenir le médecin ». Ces décès foudroyants, imprévus, et que souvent aucune lésion organique ne vient expliquer, constituent une particularité bien connue de l'hérédosyphilis précoce.

Signalons encore les heureux résultats du traitement ioduré et mercuriel; nos observations, s'il en était besoin, l'établiraient, une fois de plus, d'une façon éclatante. Sous l'influence de la médication spécifique, les avortements, les accouchements prématurés, la polymortalité en série disparaissent pour faire place à l'enfantement de produits normaux, sains, indemnes de toute vérole et qui le demeurent. La thérapeutique vient-elle à être interrompue et voici, au fur et à mesure que s'éloigne et que s'épuise l'action médicamenteuse, que recommencent, d'abord la naissance d'hérédosyphilitiques qui survivent, et ensuite la procréation d'enfants succombant in utéro.

Poursuivant notre enquête sur cette effrayante polymortalité, nous devons nous demander maintenant de quel ordre étaient les accidents que présenta cet enfant atteint, au troisième mois de la vie, d'une inclinaison permanente de la tête sur l'épaule droite et, un mois plus tard, d'une paralysie subite du membre supérieur du même côté. L'accouchement, en présentation céphalique, fut facile et spontané, ce qui élimine l'hypothèse d'une lésion obstétricale ayant intéressé les muscles du cou ou les cordons nerveux du plexus brachial. Si donc, leur origine spécifique ne paraît guère douteuse, leur nature, par contre, reste discutable. Relevaient-elles, toutes deux, d'une seule localisation morbide sur un système déterminé, comme, par exemple, une affection syphilitique du système nerveux central ? Etaient-elles indépendantes l'une de l'autre et imputables à des lésions évoluant chacune pour leur propre compte, et intéressant séparément les muscles, les os ou la moelle? De fait, une myopathie syphilitique peut, en frappant le trapèze ou le sterno-mastoïdien, immobiliser l'extrémité céphalique dans l'attitude du torticolis. Hochsinger n'a-t-il pas signalé, et cela, dès la seconde semaine de la vie, l'*épaississement du sterno-cléido-mastoïdien* engendré par une myosite interstitielle spécifique.

En ce qui concerne l'impotence fonctionnelle du membre supérieur, on peut incriminer une mono-

plégie brachiale hérédospécifique, mais bien plus vraisemblablement la « disjonction épiphysaire ». Pour être exceptionnelles, ces manifestations médullaires de la vérole héréditaire n'en existent pas moins. Le professeur Raymond a précisément consacré une de ses leçons cliniques à une observation de monoplégie brachiale amyotrophique d'origine hérédo-syphilitique. Dans ce cas particulier, que pourraient invoquer les partisans d'un virus neurotrope, il s'agissait d'une fillette de neuf ans, dont le père avait succombé à une syphilis cérébrale et dont la mère était également atteinte d'accidents spécifiques du système nerveux central. L'enfant, indubitablement entaché d'hérédo-syphilis, présenta subitement une paralysie complète d'un membre supérieur qui se doubla bien vite d'une amyotrophie diffuse. Et le professeur Raymond, après une lumineuse discussion, de conclure que « la syphilis héréditaire peut produire, au niveau du cordon médullaire, par hémorragie localisée à l'aire antérieure d'une moitié de la moelle et par désorganisation de la colonne grise du renflement cervical, une monoplégie brachiale brusque, atrophique et flasque, avec troubles vaso-moteurs et sans aucune perturbation de la sensibilité ».

La disjonction épiphysaire — la pseudo-paralysie de Parrot — atteint les nouveau-nés, de préférence pendant les trois premiers mois de l'existence, exceptionnellement à la naissance (Vicarelli), quelquefois plus tard, aux sixième ou huitième mois de la vie, « pas du tout après la première année » (A. Broca). Elle affecte une prédilection marquée pour le membre supérieur et notamment pour l'extrémité scapulaire de l'humérus. Bien qu'elle ait tendance à se diffuser et même à se généraliser, elle peut cependant — maintes observations en font foi — rester localisée à une moitié du corps (forme pseudo-hémiplégique de van Harlingen), à un seul membre, à un segment de membre, voire même à un seul cartilage de conjugaison. Elle est loin de comporter toujours l'issue fatale que lui assignait Parrot ou le pronostic favorable que lui concédait A. Fournier. Celui-ci dépend de l'état général du sujet, des lésions viscérales concomitantes, du mode d'allaitement et aussi de l'intervention thérapeutique. Nous savons aujourd'hui, par les enseignements de la clinique et les résultats des autopsies, que l'affection relève bien, comme l'a démontré Parrot, d'une lésion osseuse juxta-épiphysaire et non comme on l'a prétendu, d'une altération du système nerveux central ou périphérique. L'impotence fonctionnelle du membre, le gonflement de la région juxta-épiphysaire, la douleur localisée à cette région, un certain degré de mobilité anormale, parfois aussi la crépitation permettent, dans les cas typiques, de faire aisément le diagnostic ; il est pourtant des formes atténuées, d'une interprétation plus délicate, et que caractérise, simplement, une douleur à la pression sur le trajet épiphysaire d'un membre impotent.

Pour clore, enfin, cette longue liste de morts, nous devons rechercher quelle était la nature de l'affection pulmonaire qui emporta, à l'âge de seize ans, l'une de ces enfants dont le décès a été mentionné dans notre seconde observation. Elle fut considérée comme relevant de la tuberculose : l'existence d'une pleurésie séro-fibrineuse antérieure cadre assez bien avec ce que nous savons de l'évolution de cette maladie et semble, dans une certaine mesure, confirmer le diagnostic porté. Mais le médecin fut intentionnellement laissé dans l'ignorance des antécédents morbides de la malade. Certes, il est possible que la débilité constitutionnelle résultant de la tare héréditaire ait créé un terrain favorable à l'ensemencement du bacille tuberculeux. Il est néanmoins permis de se demander si les accidents pleuro-pulmonaires ne constituaient pas une des manifestations spécifiques de l'hérédosyphilis tardive. De fait, les pneumopathies syphilitiques peuvent déterminer des phénomènes réactionnels sur la séreuse ; habituellement sèches et silencieuses, ces réactions affectent parfois le type avec épanchement et prédominent même sur les accidents broncho-pulmonaires (forme pleurale de la syphilis pulmonaire). On a même décrit, évoluant avec les signes classiques de la pleurésie *a frigore* des pleurésies tertiaires primitives que Sergent, il est vrai, considère plutôt « comme des manifestations de la tuberculose associée que comme des localisations de la syphilis ». Toujours est-il que les pneumopathies syphilitiques ne sont certainement pas aussi rares qu'on l'a supposé et, comme l'a dit fort justement le professeur Dieulafoy, pour en faire le diagnostic, il suffirait souvent d'y songer. En voici, d'ailleurs, un exemple recueilli dans notre service.

Un homme de vingt-huit ans est évacué sur la salle Panas, le 17 décembre 1919, pour une dacryocystite grave de l'œil gauche. On nous dit qu'il est atteint de tuberculose pulmonaire fébrile, une grossière erreur de technique ayant fait conclure, à la présence dans ses crachats du bacille de Koch. Les accidents lacrymaux revêtent bientôt un caractère ulcéreux qui nous font penser à cette forme particulière de péricystite gangréneuse décrite par Morax. Les recherches bactériologiques, que nous poursuivons dans ce sens, restent pourtant négatives. Nul doute, pour nous, que le terrain sur lequel évolue cette complication, ne soit la cause de la marche, particulièrement grave, de l'affection. Malgré tous nos soins, l'ulcération progresse, le cratère s'élargit et se creuse et l'on aperçoit, dans le fond, l'unguis dénudé. Devant la gravité de l'état général, nous évacuons le malade sur le service du professeur H. Soulié. Notre collègue reconnaît la faute bactériologique, redresse l'erreur diagnostique et pense à la syphilis. Quelques injections de 914 guérissent le malade et de sa fausse tuberculose et de sa péricystite. Celle-ci n'était qu'une syphilis lacrymo-nasale qui se cicatrisa avec une surprenante rapidité, non sans que le patient ait éliminé, un matin en se mouchant, un fragment d'os nécrosé.

Mais revenons à la syphilis héréditaire.

Le 27 février 1905, une jeune fille de dix-neuf ans, Louise P... était évacuée, sur notre service, d'une salle de médecine où elle était en traitement pour tuberculose pulmonaire chronique. Depuis un certain temps déjà, elle était atteinte d'accidents oculaires qui allaient en s'aggravant. Elle présentait, en effet, une double kératite interstitielle typique. En outre, nous relevions chez elle l'existence, sur les deux incisives médianes supérieures, des altérations d'Hutchinson, la présence de cicatrices radiaires au niveau des commissures labiales et la rétraction des orifices narinaires décrite par Sevestre. Nous constations également les signes d'une lésion cavitaire, occupant la partie moyenne du poumon droit. Le siège des lésions contrastant avec l'intégrité des sommets, les caractères des crachats spumeux, muco-purulents, d'odeur fade presque nauséeuse, l'existence de vomiques matutinales précédées de dyspnée, de congestion vultueuse de la face, nous firent rejeter le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Une ponction exploratrice nous conduisit d'ailleurs dans uue cavité renfermant un liquide identique à celui des expectorations. Ajoutons que l'on retrouvait, dans les antécédents, quelques hémoptysies légères qui, mal interprétées, avaient, sans doute, contribué à égarer le diagnostic.

Après avoir éliminé l'hypothèse d'une pleurésie interlobaire ou enkystée, nous nous arrêtâmes au

diagnostic de dilatation bronchique. Nous n'avions pas songé, alors, à rattacher à une commune origine, la lésion pulmonaire, les accidents oculaires en évolution et les stigmates hérédo-spécifiques révélés par notre examen, mais nous nous sommes demandé, depuis, si cette bronchectasie ne devait pas être rattachée à la syphilis héréditaire tardive. Un syphilome gommeux, massif et circonscrit, peut, en effet, après ramollissement et évacuation de son contenu, engendrer une caverne qui ne se comble pas et qui, par infection secondaire, peut, même avec la coexistence d'autres lésions viscérales, devenir le point de départ d'une « phtisie syphilitique ». La bronchectasie reconnaît une autre origine : l'infiltration scléro-gommeuse péri-alvéolo-bronchique qui, par son organisation fibreuse, aboutit aussi bien à la dilatation qu'à la sténose des conduits aériens. Bériel ne croit guère au ramollissement gommeux; il attribue à des bronchectasies suppuratives et nécrotiques, *l'immense majorité pour ne pas dire la totalité* des cavités ulcérées et gangrenées qui s'observent chez les syphilitiques. Dans notre cas personnel, aux arguments tirés d'une indéniable spécificité antérieure, venait s'ajouter encore le caractère, moins important sans doute, mais qui n'est pas à dédaigner, tiré du siège des lésions localisées à la partie moyenne du poumon droit. « En présence de signes cavitaires ou d'une infiltration limitée du lobe moyen du poumon droit, écrivait Grandidier, le diagnostic de syphilis pulmonaire doit être porté sans restriction, quand même toute autre manifestation syphilitique, ancienne ou actuelle, ferait défaut. »

Arrivons maintenant aux deux adolescents qu'une kératite parenchymateuse a conduits dans notre service.

Dans la première famille, un enfant vivant sur sept et elle est hérédosyphilitique ! tel est le triste bilan de cette longue série de procréations. Dans la seconde, trois enfants vivants sur treize conceptions : deux d'entre eux, bénéficiant du traitement suivi par la mère, semblent bien avoir échappé à l'infection constitutionnelle; mais notre jeune malade, à laquelle une coupable négligence a refusé les mêmes avantages, se trouve condamnée à « la misérable existence de ceux qui n'échappent à la mort que pour devenir comme un musée vivant des plus affreuses lésions » (Ch. Mauriac). Notons ici que ces fécondations répétées, « à jet continu », ne viennent guère confirmer l'opinion de H. Zeissl que la stérilité pourrait être la conséquence d'une syphilis invétérée.

Chez nos deux malades, nous retrouvons, apparaissant dès les premiers mois de la vie, des « taches rouges », des « boutons », des « cloques », des lésions impétigineuses labiales et narinaires, des ulcérations profondes des régions lombaires et fessières, et même des accidents phlegmoneux au niveau d'une région fémorale. Bien certainement, il s'en faut que toutes les éruptions cutanées des nouveau-nés hérédosyphilitiques, soient de nature spécifique; c'est ainsi, que l'érythème simple ou vésiculeux des fesses, l'érythème papuleux post-érosif, certaines formes d'érythème noueux, certaines variétés de pemphigus ne ressortissent pas à la vérole. Il y a plus : les cicatrices ne comportent souvent aucune signification pathognomonique, bien qu'elles relèvent d'une lésion authentiquement spécifique. Chez une de nos malades, la plus jeune, les lésions tégumentaires — l'ulcération lombo-fessière exceptée — furent franchement et complètement résolutives ; mais chez l'autre, nous nous sommes trouvés en présence de lésions cicatricielles lombaires, fessières, labiales, cervicales et crurales qui appellent quelques réflexions.

L'importance des cicatrices lombo-fessières de Parrot a été diversement appréciée. « Les cicatrices fessières et sacro-coccygiennes, écrivait Comby, sont dénuées de toute valeur; elles indiquent simplement que le siège des nouveau-nés a été semé d'éruptions ecthymateuses. Mais rien, dans la forme ni la localisation des cicatrices ne permet d'en préciser l'origine. » Il faut bien reconnaître pourtant qu'associées à d'autres stigmates d'hérédo-syphilis, elles acquièrent une réelle importance.

Les cicatrices constatées chez G... W... au pourtour de l'orifice buccal, ne nous paraissent pas toutes attribuables à la diathèse. Les fissures labiales des hérédo-syphilitiques, et partant leurs cicatrices, sont, suivant la dénomination que leur a donnée Sevestre, *dispersées, commissurales*, ou bien encore *médianes* (fissure unique médiane pour la lèvre inférieure, fissure double paramédiane pour la supérieure). Or, chez elle, si certaines cicatrices, notamment celles des commissures représentent certainement le reliquat d'anciennes lésions spécifiques, il faut se souvenir que d'autres, d'apparition récente, sont irrégulières, profondes : caractères différentiels de la plus haute importance, auxquels vient s'ajouter la notion étiologique des chutes épileptiques entraînant non seulement la déchirure des lèvres, mais encore la cassure de nombrenses dents antérieures de la mâchoire supérieure.

La vaste traînée cicatricielle de la cuisse gauche témoigne, actuellement encore, d'un phlegmon grave et ancien de cette région. Ces accidents suppuratifs du tissu cellulaire sous-cutané que l'on a qualifié du terme de « syphilide phlegmoneuse » se présentent sous deux aspects cliniques différents. Dans une première série de faits, il s'agit d'abcès de petit volume siégeant sous la peau et qui, de prime abord, en imposent pour des gommes ramollies. En réalité, il s'agit moins de lésions spécifiques que de complications banales favorisées par le mauvais état du sujet. D'autres fois, les accidents se présentent avec une allure plus dramatique. « Tantôt, tout se borne à une plaque érysipélateuse, plaque qui peut disparaître en quelques jours, et c'est là, la première étape de la lésion; tantôt, la plaque augmente d'étendue, la tuméfaction et la fluctuation apparaissent et il peut se faire spontanément, si on n'intervient pas, une ouverture par où s'écoule du pus en abondance et du tissu cellulaire sphacélé. Dans ce cas, les téguments sont envahis et décollés avec une rapidité, parfois vraiment effrayante... Ce sont de véritables phlegmons diffus sous-cutanés et si Zantiotis a bien fait de signaler leur fréquence chez les enfants vérolés, je ne vois rien en revanche qui l'autorise à admettre leur nature spécifique. » (Jacquet, *Gaz. des hôpit.*, 1889.)

Les éruptions spécifiques de la pituitaire se sont traduites chez une de nos malades par le coryza qui constitue un des symptômes les plus précoces et les plus constants de l'hérédosyphilis. Il se caractérise, comme nous l'avons vu, par l'imperméabilité des fosses nasales entraînant la gêne de la respiration et de la déglutition, par un écoulement mucopurulent, purulent, et même sanguinolent, parfois fétide, concrété en croûtes jaune verdâtre, obs-

truant les narines, par l'infiltration œdémateuse du lobule et des ailes du nez, ainsi que par l'épaississement de la lèvre supérieure. D'autres éléments le caractérisent encore : sa longue durée, la superficialité des lésions qui l'engendrent et qui sont tout différentes des lésions nécrosantes, destructives de la charpente ostéo-cartilagineuse, observées au cours de l'hérédo-syphilis tardive. A la longue, pourtant, ce coryza chronique aboutit à la rétraction et au resserrement des orifices narinaires, ainsi qu'à l'entropion de leur revêtement cutané attiré dans le vestibule muqueux (Sevestre).

Disons quelques mots des lésions unguéales, puisque nous les trouvons mentionnées dans une de nos observations (Obs. I). On peut observer l'onyxis proprement dit ou le périonyxis syphilitique qui se manifeste sous l'une des trois formes, *sèche*, *inflammatoire* ou *ulcéreuse*. Cette dernière peut, d'ailleurs, être secondaire, c'est-à-dire, succéder aux formes précédentes ; mais elle peut être primitive et résulter d'une véritable plaque muqueuse périunguéale dont le développement s'explique aisément par les conditions de chaleur, d'humidité, de macération inhérentes à la sertissure unguéale. Une plaie irrégulière, fongueuse, sécrétante, cerne le pourtour de l'ongle qui finit par se détacher et dont la repousse est subordonnée à l'étendue et à la profondeur des lésions de la matrice. D'autres fois encore, mais il s'agit alors de manifestations tertiaires, une véritable gomme diffuse, bientôt ulcérée, entoure la phanère qui tombe et ne se reconstitue pas.

On sait la valeur des stigmates dentaires hérédodystrophiques. Sur ce point, nos deux jeunes malades complètent heureusement le tableau clinique, en nous montrant, la première, les altérations de la dentition de lait, et la seconde, les altérations de la dentition permanente. Chez, celle-là, l'éruption des dents fut retardante. « L'enfant a marché avant d'avoir ses dents », qui ne percèrent seulement qu'à partir du quatorzième mois; en outre, elles étaient « toutes petites, comme des dents de souris ». Le retard dans l'éruption constitue, avec les malformations, des *signes importants* de l'*hérédo-syphilis précoce*.

Plus intéressantes sont les altérations de la dentition permanente. D'abord, leur tardivité et leur durée leur octroient, au point de vue du diagnostic rétrospectif, une valeur plus grande. D'autre part, la clinique nous enseigne que certains de leurs caractères leur confèrent une signification presque pathognomonique. Les auteurs se sont, trop complaisamment peut-être, attardés à la description minutieuse des divers types morbides : vulnérabilité dentaire, amorphisme, microdontisme, etc., ne relèvent pas uniquement et exclusivement de la vérole. Mais, de toutes les altérations décrites, l'érosion semble comporter, surtout quand elle frappe certaines dents, une signification autrement décisive. Elle peut être coronaire ou cuspidienne : coronaire, elle est en cupule, en facettes, en sillon, en nappe; cuspidienne, elle intéresse le bord libre auquel il imprime, suivant la variété intéressée, des altérations caractéristiques. Les incisives médianes supérieures sont courtes, en tournevis, obliquement convergentes, mais surtout elles présentent une échancrure semi-lunaire de leur bord libre taillé en biseau aux dépens de la face antérieure, échancrure qui se continue par des angles arrondis avec les bords latéraux. Au niveau des canines, on constate une échancrure en forme de V, ou bien encore une rigole circulaire limitant un tubercule apexien. La première grosse molaire montre, dans son quart supérieur, des saillies irrégulières, constituées par « un moignon d'ivoire émergeant d'une couronne normale (Magitot) ». A l'usage, ces saillies s'émoussent, puis disparaissent, il ne reste alors qu'une « dent à plateau lisse » (A. Fournier) dont la face triturante se trouve représentée par une nappe d'ivoire jaunâtre, bordée par la sertissure blanche de l'émail. Chez notre seconde malade, les dents de la mâchoire inférieure étaient normales et au complet, mais sur les dents subsistantes du maxillaire supérieur, nous avons découvert des altérations caractéristiques; la seule incisive médiane supérieure restante présente les altérations typiques de la dent d'Hutchinson; la canine, l'encoche en V caractéristique et les deux prémolaires, les altérations en plateau que nous avons décrites précédemment.

A ces stigmates dentaires qui ont fait leur preuve, on a cru pouvoir en ajouter d'autres, tels que : l'écartement des incisives médianes supérieures (Gaucher) et la présence du tubercule de Carabelli (Sabouraud). Roy a critiqué sévèrement, mais avec des arguments qui ne sont pas toujours heureux, la valeur du signe indiqué par Gaucher. Pour éviter des erreurs d'interprétations, il y a lieu toutefois de retenir l'existence fréquente d'un diastème physiologique transitoire, disparaissant lorsque l'éruption de toutes les dents, et particulièrement celle des canines, est définitivement terminée. Le signe, donné par Sabouraud comme « palpable, évident, certain, fréquent à l'invraisemblance, et qui est là quand aucun autre n'y est plus », consiste dans l'existence, sur la face interne des premières grosses molaires supérieures des deux côtés, d'une protubérance mamillaire plus ou moins développée, rudiment d'une cuspide supplémentaire. La valeur, comme stigmate hérédosyphilitique, du tubercule de Carabelli a été contesté par Mozer et Chenet, par Galippe, etc, (1). Le professeur Jeanselme, s'est élevé contre « cette notion erronée qui aurait pour conséquence de faire admettre, sans preuve, comme entaché de syphilis héréditaire, le dixième, et peut-être même le sixième, des adultes valides de notre population française ». En tout cas, chez nos deux malades, indubitablement spécifiques, nous n'avons trouvé ni le signe de Gaucher, ni le signe de Sabouraud.

Les dystrophies dentaires constituent avec la kératite interstitielle et la surdité profonde, la triade d'Hutchinson. Ce syndrome se présente rarement au complet : en général, on n'observe que l'association de deux de ces trois éléments et c'est la surdité qui fait le plus souvent défaut. Par contre, ce qu'il est fréquent d'observer c'est, non pas la surdité profonde, bilatérale, d'apparition plutôt tardive, dont le début est insidieux et la marche galopante et qui, sans lésions objectivement constatables, aboutit à la cophose absolue et incurable, mais bien, comme chez l'une de nos deux malades, cette otite moyenne, uni ou bilatérale, manifestation précoce, silencieuse, indolente, apyrétique, s'accompagnant d'écoulement purulent plus ou moins abondant. Ces accidents peuvent guérir, presque sans laisser de traces, surtout lorsqu'ils sont convena-

(1) LEFEBVRE (*Th. de Paris*, 1920) et PAUTRIER (*Ann. mal. vénér.*, 1921) arrivent à des conclusions identiques.

blement traités; d'autre fois, ils se prolongent et laissent après eux des lésions irréductibles au niveau de la membrane du tympan, des parois de la caisse, de la chaîne des osselets; ils n'aboutissent cependant pas aux graves perturbations fonctionnelles de la forme précédente. Empressons-nous d'ajouter qu'au contraire du coryza, par exemple, dont l'inoculation positive du jetage a confirmé expérimentalement le caractère contagieux, l'otite moyenne suppurative est considérée, par beaucoup de cliniciens, comme dépourvue de toute spécificité et comme conditionnée par des lésions banales ou même virulentes de la cavité bucco-rhino-pharyngée.

A l'occasion de la polyléthalité qui s'est abattue sur ces deux malheureuses familles, nous avons mentionné la localisation précoce du processus spécifique sur le système musculaire et nous avons indiqué qu'elle pouvait affecter le type de la contracture ou bien encore se manifester sous l'aspect d'une myosite inflammatoire diffuse. Celle-ci peut évoluer vers la résolution, mais elle peut également aboutir à la rétraction, par transformation fibroplastique des cellules contractiles (Grawitz-Lewin) et par cirrhose interstitielle et dégénérescence secondaire des éléments nobles englobés ou détruits par l'organisation scléro-connective interfasciculaire. La seconde de nos deux adolescentes nous montre une autre modalité clinique : la myosite gommeuse. Cette masse dure, indolente, occupant la partie inféro-latérale du cou, de configuration ovoïde, allongée suivant l'axe du corps charnu du muscle, cette tumeur que l'on peut mobiliser dans le sens transversal mais que l'on ne déplace que difficilement dans le sens des fibres musculaires représentait évidemment une gomme du sterno-mastoïdien. Elle céda d'ailleurs, franchement et rapidement, au traitement antisyphilitique. Cette particularité pathologique méritait d'être soulignée; car, si les myogommes ne sont pas rares dans le tertiarisme acquis, où elles frappent même certains muscles que l'on est tout surpris de voir figurer au tableau (muscle du larynx, de l'œil, sphincter externe de l'anus), elles sont plutôt exceptionnelles dans la vérole héréditaire. Le professeur A. Fournier disait n'en avoir observé qu'un seul cas développé dans le jumeau interne. Lécuyer dans une thèse (Paris 1881), consacrée aux gommes du sterno-mastoïdien, ne rapportait que deux observations imputables à l'hérédo-syphilis. Sur les cinq observations de myosites gommeuses héréditaires qui se présentent à notre mémoire, trois concernent le sterno-mastoïdien qui constitue décidément un lieu d'élection; en outre le processus gommeux s'est montré tantôt à une période précoce : dès la naissance (Durante), à quatre semaines (Taylor) à deux mois (Clarke), mais parfois beaucoup plus tardivement, à quatorze ans (Fournier), à dix-huit ans [« myosite gommeuse disséquante » (Derville)].

Si les lésions de la syphilis héréditaire peuvent intéresser tous les systèmes de l'économie, elles affectent pourtant une prédilection marquée pour certains d'entre eux. C'est ainsi que dans les statistiques de Fournier les affections du squelette figurent en seconde ligne, immédiatement après les accidents oculaires et avant les manifestations cutanéomuqueuses. Peut-être seraient-elles plus fréquentes encore si, du fait de leur siège profond et de leur indolence relative, certains faits d'ostéomyélite gommeuse ne passaient inaperçus (Gangolphe). Il eût donc été surprenant que nous n'en trouvions pas trace, chez l'une au moins de nos jeunes malades. La multiplicité des lésions osseuses et souvent aussi leur symétrie (ce qui ne veut pas dire leur simultanéité), leur siège dans les régions diaphyso-épiphysaires, leur prédilection pour les os longs et notamment pour le tibia (os révélateur par excellence), leur apparition prépondérante pendant l'adolescence (de six à douze ans surtout) sont autant de notions courantes. Ajoutons encore, avec le professeur A. Broca, que « la forme la plus fréquente de la syphilis héréditaire tardive des os est l'ostéomyélite diaphysaire diffuse, à point de départ bulbaire, à hyperostose sous-périostée volumineuse. Mais elle n'est pas la seule, et chez l'enfant comme chez l'adulte, par hérédo-syphilis comme par syphilis acquise, nous pouvons observer des ostéites gommeuses circonscrites, diaphysaires ou épiphysaires, suppurées ou non. » Et c'était bien, chez notre première malade, une ostéo-périostite gommeuse, que cette intumescence récidivante de la tubérosité interne du tibia droit, qui d'abord dure et consistante devint, au cours de la seconde poussée, plus saillante, moins ferme, en même temps que le revêtement cutané se teintait d'une coloration rosée. Un traitement énergique enraya définitivement son évolution et amena sa résolution complète sans hyperostose subséquente comme sans godet osseux, sans dépression consécutive, ainsi que le fait a été maintes fois constaté. Cette heureuse terminaison ne s'observe pas toujours et trop souvent, en l'absence de toute thérapeutique, la lésion s'ouvre au dehors engendrant un ulcère gommeux par lequel s'éliminent, avec les produits de ramollissement, un séquestre lamellaire, un copeau de « nécrose feuilletée ».

Nous avons réservé pour la fin les manifestations du « syndrome épilepsie » dans l'hérédo-syphilis tardive. Nous avons signalé chez notre première malade l'existence d'une incontinence nocturne d'urine qui céda à une médication qualifiée de reconstituante (?) mais dirigée également contre d'autres manifestations indubitablement spécifiques. Simple trouble psychopathique de la miction, stigmate d'hérédo-syphilis comme l'opinion en a été soutenue, ou bien encore manifestation d'une épilepsie nocturne (Trousseau)? nous ne saurions préciser. Il en est autrement pour la seconde malade parce que chez elle les accidents ont revêtu tout de suite une grande ampleur, qu'ils ont affecté un caractère permanent. et qu'ils ont pu être étudiés et suivis pendant un certain temps. Ils ont présenté le type de « l'épilepsie associée » qui, nous enseigne le professeur A. Fournier, est une des formes les plus communes de la syphilis cérébrale du jeune âge. « L'épilepsie syphilitique peut revêtir le type de l'épilepsie pure et simple ou bien, et c'est l'ordinaire, elle se combine à d'autres accidents cérébraux. Dans la première éventualité on observe uniquement une succession de crises épileptiques; dans la seconde il s'y adjoint des maux de tête intermittents, des bourdonnements, des éblouissements, des vertiges, des modifications de caractère... Les crises comitiales sont identiques à celles du grand mal vulgaire : début instantané, souvent nocturne, avec ou sans aura, chute, convulsions toniques et cloniques, écume à la bouche, morsure de la langue, relâchement des sphincters, stertor et obnubilation consécutive. Plus rare se montre le petit mal, mais on le rencontre cependant avec des absences, des lipothymies, des états de défaillance inexpliquée. Toute épilepsie classique, majeure ou mineure, est

ainsi capable de surgir sous l'influence de l'hérédité syphilitique ». Ces phrases que nous empruntons au mémoire d'Ingelrans (*Gaz. des hôpit.*, 1910) s'appliquent textuellement, on le voit, au cas de notre seconde malade.

La nature syphilitique d'une épilepsie se déduit aujourd'hui d'un quadruple faisceau de preuves : étiologiques, cliniques, biochimiques et thérapeutiques. Les recherches étiologiques, en révélant l'existence chez les ascendants, au premier ou même au second degré, d'une contamination spécifique, les constatations cliniques en montrant, chez un comitial, des signes certains d'une transmission héréditaire à manifestations disséminées, mais surtout nerveuses (Argyll, troubles des réflexes, paralysies, céphalées, etc.) apportent à l'origine luétique de l'épilepsie, de précieux éléments de confirmation. Longtemps d'ailleurs, ils furent les seuls et voici, à leur sujet, l'opinion formulée par le professeur A. Fournier : « Il n'est en l'espèce qu'une considération qui soit de nature à établir une relation possible entre l'épilepsie et la syphilis, c'est la constatation de la syphilis sur le malade ou sur ses acendants. A part cela, nous ne disposons d'aucun autre élément pour instituer le diagnostic en question. »

Aujourd'hui, on exige d'avantage et nous devons demander au liquide céphalo-rachidien : la déviation du complément, sa formule leucocytaire, sa constitution et ses réactions chimiques, voire même la recherche du tréponème. Bien des fois, ces diverses investigations viendront confirmer un diagnostic déjà établi ou préciser une étiologie encore hésitante. Mentionnons pourtant, pour la justification de notre cas personnel, que dans certaines syphilis nerveuses, le Bordet-Wassermann, positif dans le sang, se montra négatif dans le liquide méningé (Lenoble, Hallion et Bauer, Babonneix et David). Mentionnons encore que, même positif, il signifie syphilis nerveuse et non pas forcément épilepsie syphilitique (Lévy-Bing et Gerbay). Quant à la lymphocytose rachidienne, qui traduit une lésion méningée chronique sans en préciser la nature, elle peut faire défaut sans que nous soyons autorisés à éliminer, par ce seul fait, la possibilité d'une lésion cérébro-spinale syphilitique. Son absence, constatée à un moment donné, s'explique alors par l'existence d'altérations profondes incapables de réagir sur la séreuse arachnoïdo-pie-mérienne, ou de lésions superficielles et résolutives, ou bien encore de reliquats de processus cicatrisés et éteints. Et c'est, sans doute, à ce dernier facteur qu'il faut attribuer également les insuccès thérapeutiques, trop souvent enregistrés : l'ancienneté des manifestations morbides, l'hésitation ou le retard dans le diagnostic, la coexistence révélatrice d'une gravité particulière de symptômes associés rendent trop souvent, comme l'ont indiqué Charcot, A. Fournier, Hutinel

l'affection réfractaire aux diverses médications spécifiques.

Nous voici donc fondés à admettre la nature hérédo-syphilitique de l'épilepsie dont est atteinte Germaine W... La vérole acquise de ses deux géniteurs, la succession ininterrompue et variée de ses accidents personnels, la positivité du Bordet-Wassermann dans son sang, les caractères cliniques de son « épilepsie associée » la présence de ces lésions chorio-rétiniennes, dont les étroites relations avec la syphilis nerveuse sont aujourd'hui hors de contestation, tous ces éléments convergent vers ce diagnostic que ne sauraient infirmer, pour les raisons que nous venons d'indiquer, l'inefficacité du traitement antidiathésique, ainsi que la négativité du Bordet-Wassermann et l'absence de lymphocytose et d'hyperalbuminose dans le liquide céphalo-rachidien.

Tels sont les enseignements de médecine générale que nous avons tenu à exposer dans cet article dont l'intérêt, à ce qu'il nous semble, excusera la longueur. Nous avons volontairement laissé de côté tout ce qui a trait à l'importante question de la kératite parenchymateuse dont le praticien n'a cependant pas le droit de se désintéresser complètement. Elle fera l'objet d'un travail ultérieur.

NOTES DE PRATIQUE

ASYSTOLIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (3 à 4 cachets de 0g50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

Ou encore, prendre 3 à 4 cachets, par jour, de Théosalvose digitalique à 0g50.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES RÉTRÉCISSEMENTS ACQUIS DU RECTUM [1]

III. **Diagnostic de la variété.** — 1. Les rétrécissements congénitaux. — Leurs manifestations surviennent entre quinze et vingt ans; ils sont très bas situés, revêtent la forme de valvules, de diaphragme et ne s'accompagnent d'aucun trouble de rectite concomitant. Il y a des troubles mécaniques sans troubles inflammatoires, sans pus, sans douleurs.

2. Les rétrécissements cicatriciels sont exceptionnellement annulaires; ils se présentent d'habitude sur une des faces, au hasard sur la circonférence rectale, sous forme de saillies, de brides irrégulières, parfois multiples. En leur faveur on peut noter leur disposition, la notion d'un traumatisme, d'une opération, d'une brûlure dans l'histoire de la maladie.

Il en est de même des *rétrécissements périrectaux*; le toucher reconnaît aisément la situation extrarectale de la virole qui enserre le rectum. On relève dans les antécédents l'existence d'abcès périrectaux, d'inflammations du petit bassin.

3. Les rétrécissements inflammatoires. — Nous avons vu qu'à l'origine de ces rétrécissements on trouve le plus souvent : la syphilis, la tuberculose, la blennorragie, les infections banales ou spécifiques (dysenteries et recto-colites graves).

Le diagnostic est souvent très difficile entre ces diverses variétés ; on y arrivera parfois facilement par l'histoire de la maladie, la notion d'une syphilis avérée, l'existence d'une blennorragie rectale chez un pédéraste avéré, l'existence de lésions pulmonaires tuberculeuses. L'examen du pus sera pratiqué toujours et dans les cas de doute l'examen histologique permettra seul de poser le diagnostic étiologique.

Est-ce un type de *rétrécissement inflammatoire à germes non précisés?* Au-dessous de l'épithélium normal ou de cellules embryonnaires suivant les cas, on trouve des nappes scléreuses, séparées par des traînées embryonnaires diffuses sans altération des vaisseaux. Bensaude et Antoine ont signalé des cas de recto-colites graves cryptogénétiques ayant amené la production de rétrécissements diffus du rectum ou même du sigmoïde; la sous-muqueuse est dans ces cas le siège d'une hyperplasie considérable. Il n'y a pas trace de cancer. Dans certains cas la lumière du rectum est parsemée d'une multitude de petits grains saillants, comme des grains de mil. La suppuration est toujours abondante.

Le *rétrécissement syphilitique* est en général un rétrécissement bas situé, en entonnoir; il se présente au rectoscope sous la forme d'un tunnel, d'une caverne, d'une grotte, dont les parois sont rarement lisses, mais sont plutôt grenues. La couleur est variable, mais presque toujours il y a des parties blanchâtres (Bensaude). Si le tube est poussé contre le rétrécissement, ce dernier forme un diaphragme perforé au centre, irrégulier, dur, granuleux.

Histologiquement, au milieu des plaques scléreuses, on trouve des amas embryonnaires, autour des lumières vasculaires, qui diminuent peu à peu, pour disparaître complètement : ce sont des nodules gommeux. Les artères sont le siège d'endartérite syphilitique.

La réaction de Wassermann, le traitement peuvent aider parfois au diagnostic.

Le *rétrécissement tuberculeux* est comparable à la tuberculose du cæcum. Il survient chez un individu âgé de quinze à trente-cinq ans, ayant des antécédents personnels ou héréditaires. On recherchera la propagation de la tuberculose à la prostate, à la vessie, aux poumons.

D'après Sourdille, les rectorragies et l'extension progressive en hauteur sont les symptômes spéciaux au rétrécissement tuberculeux.

Histologiquement, les bandes fibreuses de la sous-muqueuse sont séparées par des follicules tuberculeux, et l'on observe autour des vaisseaux des traînées embryonnaires diffuses. Seule l'inoculation au cobaye peut permettre de reconnaître la nature bacillaire des lésions.

Enfin, les *rétrécissements blennorragiques* seront reconnus par la recherche systématique du gonocoque dans le rectum et le vagin, par la notion de pédérastie reconnue, par l'absence des autres causes possibles. Il est à remarquer, cependant, que l'association syphilis et gonocoques est fréquente dans l'étiologie de nombreux rétrécissements.

Traitement. — I. **Médical.** — Le traitement médical est extrêmement utile dans tous les cas. On évacuera l'intestin régulièrement grâce à l'huile de paraffine, à l'huile de ricin, aux autres laxatifs. On fera le traitement antisyphilitique si cela est nécessaire. Un traitement local est indispensable par des lavages antiseptiques, des pansements au collargol, etc.

Enfin, dans les cas récents, on obtiendra des résultats merveilleux par la dilatation progressive et régulière du rétrécissement avec des bougies de Hégar. L'électrolyse a pu donner de bons résultats.

II. **Chirurgical.** — Les moyens *curatifs* sont :

1° La *dilatation simple* lente ou brusque, accompagnée ou non de petites sections au bistouri;

2° La *rectotomie interne*, repoussée par Berger, donne des accidents infectieux;

3° La *rectotomie externe* ou *postérieure*;

4° La *rectectomie* paraît être actuellement le traitement de choix, soit par extirpation par la voie sacrée, soit, ce qui est plus élégant et moins grave, par extirpation par la voie rectale.

Les *moyens palliatifs* sont, dans les cas graves : l'anus contre nature (colostomie iliaque). En somme, avec Quénu, on peut dire : dans les cas légers, dilatation; extirpation si le rétrécissement est facilement extirpable; anus artificiel dans les cas graves.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 59, p. 954; n° 61, p. 978, et n° 63, p. 1018.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 66. — SAMEDI 18 AOUT 1923. 96e ANNÉE SAMEDI 18 AOUT 1923. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Guerre. — Service de santé. — Le médecin principal de 1re classe Dopter, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, est nommé directeur du Service de santé du 18e corps, à Bordeaux.

Le médecin principal de 2e classe Eybert, de la mission militaire française près l'armée hellénique, est nommé médecin chef à l'hospice mixte de Compiègne.

Le médecin principal de 2e classe Bierer, de Besençon, est nommé président de la Commission de réforme à l'armée du Levant.

— Liste des médecins civils auxquels le ministre de la Guerre a conféré, par décision du 28 juillet 1923, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie (*suite* [voir le n° 64)] :

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de soins gratuits). — 10e légion : MM. Bouché (de Rostrenen), Panzani (de Beaumont), Briens (de Bricgnebec), Coupu (de Lamballe), Roullin (de Louvigné-du-Désert), Badin (de Dinard), Le Monnier (de Ploubalay).

11e légion : MM. Le Gall (de Châteauneuf-du-Faou), Leroueillé (de Saint-Julien-de-Vouvantes).

12e légion : M. Fauvet (de Lussac-les-Eglises).

13e légion : MM. Parlier (d'Allanche), Gibert (de Commentry), Barrès (de Blesle), Soumaire (de Craponne), Michel (de Montaigut), Eyraud (d'Allègre), Malsang (de Champeix), Rigot (de Saint-Chamond), Chognon (de Saint-Jean-des-Ollières).

14e légion : MM. Faure (de Pierrelatte), Vuillaume (de Beaujeu), Robert (de Pont-de-Chéruy), Clavel (de la Côte-Saint-André), Isnel (de Vizille), Payre-Ficot (de Séderon).

14e légion *bis* : MM. Dunand (de Sillingy), Clément (de Rumilly), Favre-Félix (de Thônes).

15e légion : MM. Paget (de Saint-Chamas), Long (de Courthézon), Armandon (de Lamastre), Caire (de Sainte-Cécile), Roumagoux (d'Oppede), Seguin (de Saint-Martin-de-Crau).

15e légion *bis* : MM. Daniel (d'Ollioules), Cauzy (de Solliès-Pont), Guiol (d'Hyères).

15e légion *ter* : M. de Perretti (de Lévies).

16e légion *bis* : M. Durban (de Perpignan).

17e légion : MM. Boudaut (de Carbonne), Maurette (de Prat-Bonrepaux), Bentejac (de Montréal), Ayrolles (de Bretenoux).

18e légion : MM. Mendiondo (de Bidache), Faneuil (de Saujon), Cola (de Mont-de-Marsan), Riquet (de Cavignac).

19e légion : MM. Choussat (de M'Sila), Augé (de Misserghin), Ghabinian (de Saint-Cloud), Margerid (de Lafayette), Colas (de Dra-el-Mizan), Hautefeuille (de Palikao).

20e légion : MM. Merklen (de Xertigny), Bruant (de Neuves-Maisons), Hartmann (de Saulxures-sur-Moselotte), Baros (de Bussang).

Médailles de vermeil (délivrées après vingt-cinq années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Cels (de Luzarches), Clément (de Poissy), Cherechewski (de Saint-Germain).

1re légion : MM. Rocquet (de Marchiennes), Leroux (de Licques), Brulin (de Montreuil), Bels (de Bailleul).

2e légion : MM. Caron (de Nouvion-en-Ponthieu), Menu (de Hirson), Couture (de Soissons), Vanbremeersch (de Conty), Lecq (de Formerie).

3e légion : M. Blondel (de Pavilly).

4e légion : MM. Mortagne (du Merlerault), Jullien (de Bellême), Lebrun (d'Ambrières).

5e légion : MM. Bossu (de Saint-Sauveur), Ramond (de Ponthierry).

6e légion : M. Tref (de Gondrecourt).

7e légion : M. Boirin (de Champlitte).

8e légion : MM. Duplessis (de Montceau-les-Mines), Bernard (de Saulieu), Voizot (de Pouilly-en-Auxois), Douhairet (de Joncy), Goy (de Ladoix-Serrigny), Duret (de Châtillon-en-Bazois), Horay (de Moulins-Engilbert).

9e légion : MM. Salvage (d'Issoudun), Bureau (de Chiché), Proutière (de Châteauneuf-sur-Sarthe).

10e légion : MM. Couette (de Juvigny-le-Tertre), Malon (du Teilleul), Malençon (de Sainte-Mère-Eglise), Aurégan (de Lannion), Legalcher-Baron (de Saint-Pierre-Eglise).

11e légion : MM. Delord (de Baud), Pichat (de Mortagne-sur-Sèvre).

12e légion : MM. Gardette (d'Azerat), Pillet (de Baignes), Andret (d'Aubusson).

13e légion : MM. Thévenon (de Saint-Chamond), Boël (de Saint-Germain-Laval), Collangette (d'Aigueperse), Godonnèche (de la Tour-d'Auvergne), Chalchat (de Lempdes), Guyotat (de Bourg-Argental).

14e légion : MM. Masson (de Grandis), Lépine (de Belleville), Burdet (de Bois-d'Oingt).
14e légion *bis* : M. Mouthon (de Faverges).
15e légion : MM. Boissin (de Gardanne), Vigne (de Châteaurenard), Santi (d'Orgon), Maucuer (de Bollène).
15e légion *ter* : MM. Giorgi (de Vecano), Orlanducci (de Vescovato), Séraphini (de Vico).
16e légion : M. Maquet (de Ganges).
16e légion *bis* : MM. Bouchère (de Quillan), Vaysse (de Belvèze), Girod (de Lezignan).
17e légion : MM. Vernet (de Cajarc), Espiau (de Mauvezin), Rouanet (de Moissac), Bribes (des Cabannes), Fournier (de Montréjeau).
18e légion : MM. Beaumont (de Geaume), Emerit (de Saint-Jean-d'Angély), Roumaillac (de Captieux), Fauche (de Créon), Casedevant (de Saint-Jean-Pied-de-Port), Larre (d'Irissarry).
19e légion : M. Vaugien (de Mascara).
20e légion ; MM. Marteret (de Vendeuvre), Hanel (de Pouxeux).

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Amiaud (de Saint-Cybardeaux), le médecin chef de 1re classe Aurégan ; le médecin chef de 1re classe de la marine Barrat ; Berthelon (de Saint-Feyre), Boisramé (de Tours), Bontant (d'Arnac-la-Poste), Bourdeau d'Antony (de Limoges), Brochard (de Chemillé), Christiaens (de Lille), Chuffart (de Marquette-en-Ostrevent), Clauda (de Carcassonne), Courtois (de Saumur), Cuisset (de Tourcoing), Danès (de Parçay), Dauger (de Miliana), Dhers (de Larroque), François (de Saint-Léger-sur-Dheune), Gault (de Dijon), Grosse (de Nantes), Guéry (de Fresnes), Guilbaud (de Nantes), Guillemard (d'Alger), Halipré (de Rouen), Hennon (de Pontchartrain), Inchauspé (d'Ascarrat), Lamard (de Saint-Germain-du-Bois), Lecaplain (de Rouen), Magendie-Husté (d'Oloron). Martel (de Monville), Mesnard (de Fontenay-Rohan), Millot (d'Antibes), Papon (de Mareuil-sur-Lay), Pascal (de Paris), Paterne (de Neuil-sous-Passavant), Patin (de Bresle), Poulain (de Montmédy), Raffin (de Sauveterre-de-Guyenne), Ratier (de Saint-Aignan-sur-Cher), le médecin principal de 1re classe Rieux ; Saint-Martin (de Saint-Béat), Touze (de Beaune-la-Rolande), Vabre (de Villefranche-de-Rouergue), Vallée (d'Anzin).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Augistrou (de Bordeaux), le médecin de 1re classe de la marine Auguste ; Auvret (de Barneville), le médecin principal Balcam ; Bonnin (de Bordeaux), Boufflers (de Crèvecœur-le-Grand), Bouyssou (d'Aubin), Breffeil (de Parthenay), Capdevielle (de Baudreix), Creyx (de Bordeaux), Delval (de Douai), Dreyfus (de Guebwiller), Feltz (de Lorquin), le médecin principal Fourgous ; Garin (de Saint-Amand-les-Eaux), Garrigue (de Rodez), Goellner (de Saint-Amarin), le médecin principal de 1re classe Hirtz ; Lesguillon (de Châtellerault), Monton (de Faverges), Peronnet (de Pionsat), le médecin de 1re classe de la marine Quentel ; Rousset (de Saint-Jean-Pied-de-Port), le médecin principal de 1re classe Saltet ; Talbot (de la Peyratte).

TROISIÈME SEMAINE DE STOMATOLOGIE. — Le Syndicat des médecins stomatologistes, la Société de stomatologie de Paris, la Société des stomatologistes des hôpitaux, l'Association française des médecins stomatologistes et l'Ecole française de stomatologie, organisent, sous la présidence de M. Rousseau-Decelle, président de la Société de stomatologie, une troisième semaine de stomatologie qui se tiendra à Paris, du 25 au 28 octobre prochain.

Programme d'ensemble de la troisième semaine de stomatologie. — Première journée, jeudi 25 octobre, matinée, 9 h. 30. Présentation de malades dans les services de stomatologie de Saint-Louis et de Lariboisière. — Après-midi, 14 h. 30. Séance d'ouverture de la semaine à l'Ecole de stomatologie, 20, passage Dauphine, sous la présidence de M. Rousseau-Decelle.

Réunion du Syndicat : Conséquences pour les stomatologistes de la loi en préparation sur les assurances sociales. Conférence sur la responsabilité professionnelle. Assurances au décès. De l'exercice illégal. Questions diverses.

Deuxième journée, vendredi 26 octobre, matinée, 9 h. 30. Démonstrations et présentations diverses à l'Ecole de stomatologie. — Après-midi, 14 h. 30. Séance de la Société de stomatologie. Des interventions par la voie buccale. Orientation nouvelle des idées sur l'étiologie de la carie dentaire. Importance de l'interprétation en radiographie dentaire. De l'opportunité de la dévitalisation des dents en prothèse fixe. Indication des divers appareils prothétiques dans la pyorrhée alvéolaire.

Les confrères ayant l'intention de faire une communication ou une démonstration sont priés de bien vouloir en aviser aussitôt que possible M. Coustaing, secrétaire général de la Société de stomatologie, 12, place Vendôme.

Troisième journée, samedi 27 octobre, matinée, 9 h. 30. Suite de la séance de la Société de stomatologie. Présentations et démonstrations diverses à l'Ecole. — Après-midi, 14 h. 30. Assemblée générale du Syndicat. Discours du président. Rapport du secrétaire général. Rapport du trésorier. Admission de membres nouveaux. Vœux des sections régionales. Discussions et votes. Discussion des questions exposées dans la réunion du jeudi. Propositions diverses. — Soirée, 19 h. 30. Banquet, cotisation : 35 francs.

Dimanche, 28 octobre : Une réunion des anciens élèves de l'Ecole française de stomatologie, organisée dans le but de fonder une Association, aura lieu à 10 heures à l'Ecole et sera suivie d'un déjeuner.

Pendant la durée de la semaine, une exposition permanente des fournisseurs se tiendra dans les locaux de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — COURS DE REVISION SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNÉE, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur C. Lian, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy ; Harvier, Tinel, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux ; Deniker, chirurgien des hôpitaux ; Le Mée, laryngologiste des hôpitaux ; Velter, professeur agrégé, ophtalmologiste des hôpitaux ; Fernet, médecin de Saint-Lazare ; Guilly, dentiste des hôpitaux ; Blechmann, Cottenot, Gaston Durand, H. Durand, Marsan, Passot, P. Pruvost, Ségard, Trèves, Vaudescal, anciens chefs de clinique, anciens internes des hôpitaux ; Dausset, chef de laboratoire ; G. Siguret, Duchesne, H. Leclerc.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1923, du 18 au 31 octobre, seront exposées, dans une série de conférences et de démonstrations pratiques, les notions nouvelles, cliniques et thérapeutiques, dans toutes les branches de l'activité médicale.

Les conférences cliniques (11 h. à midi, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) auront lieu dans l'amphithéâtre des cours de la clinique propédeutique, les démonstrations pratiques (3 h. à 4 h.) seront faites dans le laboratoire ou dans le service du professeur Sergent.

En outre, chaque matin de 9 h. à 10 h., une démonstration pratique aura lieu à tour de rôle dans le service hospitalier des divers conférenciers.

Seuls sont admis aux démonstrations et exercices pratiques les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 francs.

S'inscrire auprès du docteur Lian, à la consultation de médecine de l'hôpital Tenon, rue de la Chine, Paris (XXe).

Les conférences cliniques sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

REVUE GÉNÉRALE

PHYSIOLOGIE DE LA RATE

Par MM. J. PIÉRI et J. ZUCCARELLI,
Internes des hôpitaux de Marseille.

La rate est une glande vasculaire sanguine dont les fonctions, encore imparfaitement connues, se rapportent surtout à l'hématopoïèse, à la défense de l'organisme, à la nutrition générale. Elle se rattache anatomiquement et embryologiquement à l'appareil vasculaire sanguin. C'est un organe non indispensable à la vie (1).

Sans entrer dans le détail des innombrables travaux relatifs aux fonctions de la rate, nous indiquerons, au fur et à mesure, les différentes étapes accomplies dans cette étude et les noms qui s'y rapportent.

L'étude de la physiologie de la rate résulte de données anatomiques, histologiques, embryologiques, expérimentales et cliniques :

1. L'*anatomie macroscopique* nous permet de retenir quatre faits importants :

a. Il peut y avoir des rates surnuméraires, ce qui est une cause de plus des difficultés rencontrées dans l'étude des splénectomies.

b. Les artères de la rate sont terminales.

c. Les vaisseaux veineux sont tributaires de la veine porte, ce qui permet de concevoir le rôle digestif de la rate et ses rapports avec la circulation abdominale et le foie.

d. Les nerfs émanent du plexus solaire en suivant l'artère splénique.

2. L'*histologie* nous enseigne que la rate est constituée par un squelette conjonctivo-vasculaire qui contient une substance composée de deux éléments :

La pulpe blanche formée par des amas lymphoïdes et des corpuscules de Malpighi ;

La pulpe rouge, vaste nappe semée d'hématies.

a. Dans le squelette, la constitution des vaisseaux est particulièrement importante : nous voyons les artères se résoudre en un fin rameau d'« artères pénicillées » qui se dilatent en ampoules avant de s'ouvrir dans les alvéoles de la rate. Au moment où l'artériole terminale va quitter le corpuscule de Malpighi pour entrer dans la pulpe rouge, elle traverse une bague inextensible formée par l'épaississement de l'endothélium vasculaire.

La constitution du sinus veineux serait, d'après Jolly et Chevallier (2), particulièrement intéressante : La paroi des sinus serait constituée par des cellules endothéliales étroites dont la portion externe est différenciée en une lame dense, véritable « semelle de résistance » et dont les bords limitent entre elles des sortes d'interstices ou stomates faisant communiquer les sinus avec les lacunes. Autour de ces sinus, des fibres circulaires assurent la permanence du calibre sinusal.

(1) M. Charles RICHET, dans sa récente communication à l'Académie des sciences du 16 avril 1923, a établi que la rate ainsi que d'autres organes ne sont pas nécessaires à la vie. Mais n'être pas nécessaire, ajoute-t-il, ne veut pas dire n'être pas utile.

(2) JOLLY et CHEVALLIER. *Soc. de biol.*, 1909, p. 585-589; — *Ibid.*, 1911, p. 262-265. — CHEVALLIER. La rate et l'hématie, *Journ. méd. franç.*, 1920, n° 11. Cet article constitue un travail important auquel nous avons fait de larges emprunts.

b. La pulpe blanche, constituée par les cordons artériels et les corpuscules de Malpighi, est formée de tissu réticulé, véritable organe lymphoïde contenant, dans ses mailles, des mononucléaires, des lymphocytes nombreux et des petits mononucléaires de transition dans les follicules non en activité ; des mononucléaires basophiles, quelquefois en karyokinèse, ou cellules germinatives de Flemming, dans les follicules en activité.

c. La pulpe rouge occupe les alvéoles de la rate en dehors des corpuscules de Malpighi et est fragmentée par les veines en cordons de Billroth, ceux-ci constitués par un réticulum contenant des cellules de la série lymphoïde et hématique dans la rate au repos ; et des cellules de la série lymphoïde, hématique et myéloïde dans la rate en activité.

L'étude histologique de la rate aussi bien à l'état de repos qu'à l'état d'activité, nous apprend que celle-ci est capable de produire des éléments de la série myéloïde, de la série lymphoïde et, de plus, qu'elle produit des cellules jeunes et détruit les cellules vieilles.

3. Au point de vue *embryologique* (1) et *phylogénique*, nous savons que la rate, primitivement constituée de pulpe blanche, acquiert, secondairement, la pulpe rouge, la pulpe blanche persistant à l'état adulte sous forme d'une gaine périartérielle. Il faut remarquer que, pendant la vie embryonnaire, la rate est un organe lympho-formateur et produit plus tard tous les éléments figurés du sang ; tandis que chez l'adulte, elle ne produira plus que des leucocytes hyalins.

Chez les oiseaux, ainsi que chez les mammifères, le tissu lymphoïde de la pulpe, peu abondant, fournit, pendant la vie embryonnaire, des leucocytes granuleux et des hématies ; à l'état adulte, il fournit uniquement des lymphocytes. Chez les vertébrés inférieurs (urodèles, sélaciens), la rate fournirait des globules rouges pendant toute la vie.

4. La *pathologie* fournit peu de documents utilisables, car les lésions spléniques coexistent le plus souvent avec des lésions des autres organes lymphoïdes (ganglions, moelle, etc.). Cependant, on peut observer de véritables insuffisances spléniques dans les cas de *splénomégalie primitive* de Debove et Brühl, dans la *splénomégalie avec cyanose chronique* de Rendu et Widal. De même, il existe des hypertrophies spléniques dans un grand nombre d'infections et d'intoxications exogènes ou endogènes, dans les anémies et les processus hémolytiques.

5. La *thérapeutique*, en utilisant l'injection et l'ingestion d'extraits spléniques (2) a donné des résultats intéressants. Carpenter (3), employant l'extrait splénique dans diverses infections a observé de l'hyperleucocytose, alors que Bois et Kerr (4) ont observé, après médication splénique, une augmentation d'hémoglobine et du nombre des globules

(1) BRANCA. *Précis d'histologie*, J.-B. Baillère, 3e édition, t. II, p. 313.

(2) PERRIN et HAUNS. *Les Sécrétions internes. Leur influence sur le sang*, J.-B. Baillière, 2e édition, p. 58-60.

(3) CARPENTER. Extrait splénique et fonction splénique, *Med. Record*, 1900, p. 273.

(4) BOIS et KERR. Clinical studies with spleen and thyroid extraits, *Brit. med. Journ.*, 1898, p. 684. — Léopold LÉVI. *Opothérapie endocrinienne*, édition du « Livre de France », 1923, p. 131.

rouges; Downs et Eddy ont vu, au contraire, une diminution des globules rouges, une augmentation passagère des globules blancs, aussitôt après l'injection sous-cutanée d'extraits spléniques. Simon et Spillmann injectant au lapin et au cobaye un extrait obtenu en broyant des rates de cobaye, ont vu augmenter le nombre des leucocytes et baisser celui des polynucléaires. En somme, les ingestions d'extraits spléniques ont, pour résultats, « l'exaltation des fonctions leucopoïétiques spléniques » avec hyperglobulie.

6. L'*expérimentation*, enfin, sans fournir de renseignements décisifs, confirme les résultats déjà obtenus. Elle comprend quatre sortes d'expériences :

a. La splénectomie nous renseigne peu : l'ablation de la rate (1), en effet, n'entrave pas la grossesse, n'arrête pas le développement du fœtus; les animaux dératés, les hommes splénectomisés vivent et croissent sans présenter aucun trouble, sans doute, parce que l'hypertrophie des autres organes hématopoïétiques compense l'ablation de la rate. En effet, après la splénectomie, comme l'a montré Dominici (2), il se produit une multiplication très appréciable des macrophages dans tout le tissu lymphoïde et souvent une mononucléose sanguine avec myélocytose et éosinophilie sans hyperleucocytose véritable. Doyon et Morat signalent une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine; ils constatent également une accumulation du fer dans le foie et la moelle osseuse (3).

b. Les excitations nerveuses, après section des splanchniques, provoquent : par excitation du bout périphérique du nerf sectionné, de l'anémie et la contraction splénique; par excitation des racines rachidiennes dorsales, surtout de D_5, D_6, D_7 et D_8, du bout central du vague, du sciatique (Claude Bernard), de l'écorce grise, également anémie et contraction splénique. La simple section des splanchniques provoque la congestion et la dilatation spléniques avec leucocytose et hyperglobulie passagères.

c. Expériences de greffes. On a pu obtenir, chez les animaux, la fixation de petits fragments de rate sur le péritoine à la suite de greffes, mais les greffons ont été éliminés assez rapidement [Lüdke (4)]. Des fragments de rate de poulet adulte ont pu être greffés sur l'allantoïde de l'embryon du poulet; le greffon donne naissance, comme la rate de l'embryon, à des leucocytes granuleux et à des globules rouges, accélère le développement de la rate du greffé et la rend plus active [Dantschakoff (5)].

d. Ligature des vaisseaux spléniques. Elle produit une éosinophilie précoce et une diminution du nombre des globules blancs [P. Simon et Spillmann (6)].

(1) SILHOL et BOURDE. L'avenir du dératé, *Arch. franco-belges de chir.* (à paraître prochainement).

(2) DOMINICI. Histologie de la rate au cours des états infectieux, *Arch. de méd. expérim. et pathol.*, 1900. — NICOLAS et DUMOULIN. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 nov. 1903, 15 mars 1904; — *Soc. de biol.*, 21 nov. 1903, 12 déc. 1903.

(3) E. GLEY. *Physiologie*, J.-B. Baillère, 1921, p. 236, p. 329 et 665. — LANDOUZY et BERNARD. *Eléments d'anatomie et de physiologie médicales*, Masson, 2e édition, p. 41, rate (Gougerot).

(4) LUDKE. *Münch. med. Woch.*, 1909.

(5) DANTSCHAKOFF. *Amer. Journ. of anat.*, 1916, t. XX, et 1918, t. XXIV.

(6) P. SIMON et L. SPILLMANN. Eosinophilie précoce consécutive à la suppression expérimentale des fonctions de la rate, *Réunion biologique de Nancy*, 13 mars 1905.

Les différents renseignements fournis par l'anatomie macroscopique, l'histologie, l'embryologie, la pathologie, la thérapeutique et l'expérimentation concordent tous pour montrer l'existence de diverses fonctions spléniques qui sont :

I. Rôle de régulation des éléments figurés du sang.
II. Rôle de régularisation du courant sanguin.
III. Rôle digestif.
IV. Rôle de nutrition générale.
V. Rôle de synergie hépato-splénique.
VI. Rôle de défense de l'organisme.

I. Rôle de régulation des éléments figurés du sang (rôle hématopoïétique). — La rate joue un rôle vis-à-vis de chaque élément figuré du sang : globule rouge, globule blanc et plaquettes sanguines.

1. LA RATE ET LE GLOBULE ROUGE. — A. *La rate matrice du globule rouge.* — Pour Malassez et Picard (1) cette fonction existe, parce que dans la rate en activité (par paralysie des vaso-moteurs) on constate un plus grand nombre d'hématies; parce que, dans ce cas, la capacité d'absorption de la veine splénique pour l'oxygène du sang augmente beaucoup et enfin parce que les plaquettes deviennent plus nombreuses. On admet aujourd'hui que ce rôle, évident pour la rate de l'embryon, disparaît complètement chez l'adulte.

Retterer pense que la rate adulte donne naissance à des hématies aux dépens des leucocytes, des follicules et des cordons, grâce à la liquéfaction hémoglobinique du noyau.

Enfin, pour Hirschfeld, la rate, sans former d'hématies, régulariserait la fonction érythroblastique de la moelle osseuse, ainsi que le prouverait la disparition de l'influence inhibitrice de la rate après la splénectomie.

B. *La rate mûrit le globule rouge.* — En effet, l'hématie contient du fer dont elle se charge progressivement. Or, la rate contient plus de fer que le sang à poids égal [Picard (2)] et la quantité de fer augmente avec l'âge [Lapique (3), Nasse, etc.], car la rate de fœtus ou de nouveau-né est relativement pauvre en fer (4). Chez l'homme adulte, il y en a en moyenne 0,41 p. 1000. Donc, quelle que soit l'origine (fer alimentaire, expérimental, etc.) et la voie d'introduction du fer, celui-ci s'accumule dans la rate. La quantité de fer normal n'est pas fixe; elle diminue après une période d'activité de la rate (Malassez et Picard), de la grossesse, des saignées répétées. Le fer splénique sert ainsi à reconstituer le fer sanguin.

C'est surtout sous forme d'hémoglobine qu'il se trouve dans la rate. La preuve en est qu'il est impossible, quelles que soient les précautions prises, d'obtenir un sérum splénique dépourvu d'hémoglo-

(1) MALASSEZ et PICARD. Recherches sur les modifications qu'éprouve le sang dans son passage à travers la rate au double point de vue de sa richesse en globules rouges et de sa capacité respiratoire, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1874, t. LXXIX; — *Biologie*, 1875; — *Revue scient.*, 1879.

(2) PICARD. Du fer dans l'organisme, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 30 nov. 1874; — *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1878, p. 118.

(3) LAPIQUE. Recherches sur la quantité de fer contenue dans la rate et le foie des jeunes animaux, *Biologie*, 1889; — Sur le rôle de la rate dans la fonction hémolytique, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1902, vol. CXXXV, p. 203.

(4) Consulter également pour ce qui a trait au rôle hématopoiétique : JOLLY. *Traité technique d'hématologie*, 1923, t. II, p. 790, Maloine, édit.

bine (Chabrol et Bénard); de même après splénectomie, on constate, faisant suite à une première période anémique, une deuxième période persistante et constante où il existe une diminution franche de l'hémoglobine. Chez les dératés vrais ou physiologiques, le fer, même non usé, s'élimine en quantité exagérée, en même temps qu'il surcharge, à l'état de dépôts inutilisables, certains parenchymes tels le foie. Ainsi le globule rouge acquiert l'hémoglobine préformée et accumulée dans la rate et celle-ci apparaît donc comme l'organe de maturation de l'hématie.

Mais là ne se bornerait pas son rôle : en effet, pour Tedeschi (1) et Chevallier, la rate n'est pas un simple « grenier à hémoglobine »; mais encore, transforme, retouche celle-ci, de façon à la rendre assimilable. Une fois entré dans la constitution de l'hémoglobine, le fer agit comme un ferment et joue un grand rôle dans les oxydations. Anthen, en 1889, essaya sans y réussir la reconstitution de l'hémoglobine par le tissu splénique.

C. *La rate détruit le globule rouge.* — C'est la fonction érythrolytique de la rate découverte par Kölliker, en 1847, étudiée à nouveau par Gilbert, Chabrol et Bénard (2) (*Th. de Paris*, 1913).

Il est certain qu'il se produit, dans la rate, un travail de destruction globulaire.

a. *Preuves histologiques.* — En effet, on trouve dans le parenchyme splénique des globules rouges en voie d'altération et des granulations offrant les réactions ferriques; ces globules rouges altérés sont libres ou inclus dans les macrophages. Le processus hémolytique est donc double : l'un extracellulaire, l'autre macrophagique. Pour Foix et Gabbi, les hématies sont « mangées » par les cellules spléniques. Pour Gilbert et Chabrol, les hématies sont appauvries en hémoglobine avant d'être phagocytées. Gaukler conclût qu'il y a deux sortes d'hémolyse : l'une active, due aux macrophages et qui se voit normalement; l'autre passive, sans intervention des macrophages et qui se voit dans l'insuffisance splénique. Chevallier adopte ces conclusions.

b. *Preuves expérimentales.* — Le globule rouge subissant donc, dans la rate, un processus de destruction, on pouvait penser en trouver la preuve dans l'étude comparative du sang à son entrée et à sa sortie de la rate. Mais la méthode (Bayeux) offre trop de difficultés, trop d'imprécision pour permettre de déceler des différences forcément légères dans la composition du sang artériel et veineux. Il en est de même de la recherche de l'hémoglobine libre dans le plasma de la veine splénique. Les données fournies par l'étude de la splénectomie sont très complexes; après celle-ci on constate la diminution de la sécrétion journalière des pigments biliaires; on constate que le taux des hématies passe par trois phases : dans une *première phase*, il est diminué; dans une *deuxième phase*, il redevient normal; dans une *troisième phase*, décrite par Vinogradoff (3) (phase très tardive), le taux reste le même, mais il y a une diminution du diamètre moyen des hématies; on constate que la résistance globulaire est normale [Puglièse (1), H. Bénard] ou faiblement augmentée [Dominici, Chalier et Charlet (2)]; enfin, on constate une diminution persistante de l'hémoglobine, de l'avis unanime de tous les expérimentateurs. Longtemps après la splénectomie, Gregorescu observa la baisse de l'augmentation digestive des hématies. De même, la saignée est très mal supportée chez le dératé. Tous ces résultats expérimentaux ne sont pas d'une bien grande précision. « Le rôle érythrolytique de la rate reste hypothétique et n'explique pas le phénomène le plus constant et le plus persistant de l'insuffisance splénique : la diminution de l'hémoglobine (Chevallier). »

En étudiant *l'action hémolysante in vitro* de l'extrait de rate, on est arrivé à plus de précisions :

L'extrait splénique possède chez le chien des propriétés autohémolysantes manifestes [Nolf (3), Gilbert, Troisier], propriétés ne se retrouvant pas de façon générale dans la série animale. De plus, la substance active de l'extrait de rate d'un chien est partiellement thermo-stabile (résistance : 56 degrés, influencée par température de 80-100 degrés) ne présentant aucun caractère spécifique des sensibilisatrices. Enfin, elle n'est pas particulière à la rate et existe dans d'autres organes : poumons, surrénales, etc. et dans tout viscère siège d'une hémorragie [Achard, Foix (4)].

En l'absence de substances autohémolysantes, il existe dans la rate de certaines espèces animales des substances *hétérohémolysantes* qu'on retrouve dans quelques organes, tels que le poumon ou le foie. Au cours des intoxications provoquant l'hémolyse, par exemple au cours de l'intoxication par la toluylène diamine (3) apparaît une hémolysine splénique (Gilbert, Chabrol, etc.) d'ailleurs discutée : le poison agirait alors indirectement en provoquant l'élaboration dans la rate de substances hémolysantes.

La destruction globulaire, peu marquée à l'état normal, s'exagère pendant la période digestive, mais elle n'est importante qu'au cours des processus hémolytiques. Elle n'est pas particulière à la rate, mais s'y montre plus évidente que dans la villosité intestinale, le foie, les ganglions.

En principe, l'action de la rate semble se borner à *collecter* les hématies et à les détruire, libérant ainsi l'hémoglobine, mais sans entamer celle-ci, bien qu'elle puisse cependant, dans certaines conditions, en opérer la désintégration. Ce serait le foie, qui, ainsi couplé avec la rate, serait chargé de

(1) TEDESCHI. *Journ. de phys. et de pathol. gén.*, 1879.

(2) GILBERT, CHABROL et BÉNARD. Sur le pouvoir autohémolytique de l'extrait de rate, *C. R. de la Soc. de biol.*, 9 déc. 1911 et 16 mars 1912; — A propos de la recherche des hémolysines spléniques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 3 fév. 1912 et 11 mai 1912; — L'extrait splénique a-t-il un pouvoir hémolysant? *C. R de la Soc. de biol.*, 7 déc. 1912; — BÉNARD. La fonction érythrolytique de la rate, *Th. de Paris*, 1913.

(3) VINOGRADOFF. Sur la question de l'importance de la rate dans l'organisme, *Vratsch*, 1883, nos 6 et 7, analysé in *Laudenbach*. — SILHOL. Rupture de la rate, splénectomie, guérison, *C. R. de la Soc. de chir. de Marseille*, séance du 12 fév. 1923. — GAUCKLER. Les modalités histologiques de l'hématolyse et le rôle de la rate dans l'évolution du pigment sanguin, *Arch. des mal. du cœur*, 1908, p. 401-420.

(1) PUGLIÈSE. Beitrage zur Lehre von der Milzfonction, *Arch. f. Phys.*, 1899, p. 60-76. — PUGLIÈSE et LUZZATI. *Arch. ital. biol.*, 1901; — Constituto alla fisiologia della milza, *Arch. per le sc. méd.*, 1900, t. XXIV, p. 1-48.

(2) CHALIER et CHARLET. Etat de la résistance globulaire chez l'animal normal et splénectomisé, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*. t. XIII, n° 5.

(3) NOLF. Les hémolysines au point de vue expérimental. Rapport au *Congrès de méd. de Lyon*, oct. 1911; — Pouvoir hémolytique de la rate après administration de venin de cobra, *C. R. de la Soc. de biol.*, 8 avril 1911.

(4) ACHARD, FOIX et SALIN. Sur la fragilité spéciale des globules rouges du chien, *Soc. de biol.*, 30 nov. 1912.

(5) GILBERT et CHABROL. L'intoxication par la toluylène-diamine, histologie et physiologie pathologiques, communications à la *Soc. de biol.*, 14 mai, 4 juin, 11 juin, 2 juillet 1910, 18 mars 1911.

la transformation en pigment biliaire de la molécule hémoglobine. Il semblerait résulter également des expériences de Gilbert, Chabrol, Bénard et Chevallier qui ont montré que l'introduction d'hémoglobine chez un animal dératé n'augmente pas la biligénie, que le foie opère cette transformation aux dépens de l'hémoglobine qui est fournie par le travail de la rate, de préférence à toute autre hémoglobine introduite artificiellement dans l'organisme.

D. *La rate défend le globule rouge.* — Gilbert et Chabrol ont montré que l'extrait splénique contient des antihémolysines disparaissant par chauffage de 54 à 58 degrés, antihémolysines masquant l'action des hémolysines. Rist et Ribadeau-Dumas qui ont étudié in vivo le développement de ces hémolysines (expérience de l'immunisation d'un lapin par des injections progressivement croissantes de taurocholate de soude, splénectomie, mort par ingestion du même sel de soude), pensent que leur centre de production réside bien dans la rate (l'ablation de la rate n'empêche pas, cependant, d'acquérir l'immunité, cela à cause des suppléances fonctionnelles).

2. La rate et le globule blanc. — Son rôle vis-à-vis du *globule blanc* est moins important, car son action n'est pas isolée ; la rate s'associe dans la leucopoïèse aux autres organes lymphoïdes, d'où les suppléances qui peuvent exister au point de vue physiopathologique. La rate, à l'état adulte, est essentiellement un organe formateur des éléments de la série lymphoïde, à savoir lymphocytes et mononucléaires. Contrairement à la théorie dualiste d'Ehrlich et en accord avec celle de l'unicisme de Dominici, on peut dire qu'il n'existe dans la rate et dans tous les organes lymphoïdes qu'une seule variété de tissu leucopoïétique. Au point de vue fonctionnel, cependant, sous l'influence de certaines conditions pathologiques, le tissu splénique peut fonctionner dans un sens ou dans l'autre et déverser dans le courant circulatoire, soit des éléments de la série lymphoïde, soit des éléments de la série myéloïde. Dans la pathologie, ce rôle est prouvé par les splénomégalies qui accompagnent les leucémies lymphoïdes dues à l'hypertrophie du système folliculaire normal ; dans les leucémies myéloïdes, la splénomégalie existe aussi, mais résulte de la transformation de l'appareil lymphoïde en appareil myéloïde rappelant celui de la rate embryonnaire.

A partir du deuxième mois de la vie, chez le plus grand nombre de mammifères, le tissu lymphoïde ne fabrique plus de leucocytes granuleux. Dans certaines espèces (taupe, hérisson), on peut voir des leucocytes granuleux à tous les stades de leur évolution, à l'état physiologique [Morel et Soulié (1)] ; Dominici (2) aurait obtenu chez le lapin, par des hémorragies répétées, par des inoculations de microbes vivants (tuberculose expérimentale du cobaye) ou de toxines, l'apparition de foyers de leucocytes granuleux dans la rate.

La splénectomie s'accompagne de modifications leucocytaires [Hartmann et Vaquez (3)] :

1° On observe une leucocytose polynucléaire, en général, rapide et transitoire, postopératoire.

(1) Morel et Soulié. *C. R. de l'Ass. des anat.*, Toulouse 1904.

(2) Dominici. *XIIIe Congrès intern. de méd.*, 1900. — Dominici et Rubens-Duval. *Arch. de méd. expérim.*, 1906, t. XIII.

(3) Hartmann et Vaquez. Les modifications du sang après la splénectomie, *Soc. de biol.*, 30 janv. 1897, p. 126. — Audibert et Valette. Eosinophilie après splénectomie, *Soc. de biol.*, 23 mars 1907, p. 536.

2° Une leucocytose lymphocytique tardive, quatre à huit semaines après l'opération et une leucocytose éosinophilique modérée et tardive que l'on doit considérer comme un phénomène de suppléance de la part de la moelle osseuse et des ganglions.

3. La rate et les globulins. — Les physiologistes nous apprennent que le sang, totalement dépouillé de ses éléments cellulaires, ne coagule pas. Or, parmi ces éléments, ce sont les hématoblastes qui jouent le rôle le plus considérable. Ce rôle a été étudié particulièrement par L. Le Sourd et Pagniez (1). Ces auteurs, ayant mélangé du tissu splénique broyé à du plasma oxalaté dont ils provoquent ensuite la coagulation, constatent que ce tissu favorise la rétraction du caillot. Ils attribuent cette propriété à la grande quantité de plaquettes sanguines accumulées dans la rate. Cet organe jouerait donc un rôle dans la physiologie des plaquettes et par là dans la coagulation. Par contre, pour Frank et Kaznelson (2), E. Weill et Boyé, la rate aurait, au contraire, un rôle favorisant le processus hémorragique.

En réalité, la contradiction n'est qu'apparente, car dans les expériences de Pagniez et Le Sourd, l'extrait de rate agit directement sur le sang ; dans les cas de Frank et Kaznelson, l'action de la rate se ferait par influence inhibitrice sur la moelle osseuse, empêchant celle-ci de donner naissance aux plaquettes sanguines, ou encore par fonctionnement exagéré entraînant dans la rate une trop grande destruction des hématoblastes. D'où l'indication de la splénectomie dans les purpuras hémorragiques.

II. **Rôle de régularisation du courant sanguin.** — Nous envisagerons :

1° La circulation propre de la rate.

2° Les rapports de la rate avec la circulation abdominale.

1. Circulation propre de la rate. — Les dispositions anatomiques indiquées par Jolly et Chevallier rendent compte du régime circulatoire à l'intérieur du tissu splénique :

a. En premier lieu, l'existence de la *bague fibreuse* inextensible au moment de la pénétration de l'artère terminale dans le tissu lymphoïde explique, dans une certaine mesure la régularité du débit sanguin, alors même que la richesse en fibres musculaires de l'artère splénique faisait prévoir des réactions vaso-motrices intenses. Aussi la bague constitue-t-elle un véritable barrage sur lequel vient « buter et mourir l'hypertension » [Chiray (3)].

b. En deuxième lieu, dans la pulpe au delà de la bague, les *sinus* sont de dimensions considérables : « Le sang, sortant d'un défilé, tombe dans un lac » et chemine lentement à pression, se rapprochant sensiblement de celle de la veine splénique. Il y a, par conséquent, véritable stagnation du sang dans la pulpe, ce qui facilite son rôle hémoleucopoïétique. « La pulpe est un organe de stase » (Chevallier).

c. En troisième lieu, l'existence d'une *crête héli-*

(1) L. Le Sourd et Pagniez. Etude sur les plaquettes de la rate, *Ann. de méd.*, 1912, n° 1. — Jean Mouzon. Plaquettes du sang humain, *Th. de Paris*, 1921, p. 49.

(2) E. Frank. Série d'articles de la *Berl. klin. Woch.*, 1915 à 1917. — P. Kaznelson. *Wiener klin. Woch.*, 16 nov. 1916. Cité par Werner Schultz. *Die Purpurener Krangungen*, 1918, p. 34-35.

(3) Chiray. Les conceptions actuelles sur la séméiologie anatomique, histologique et physiologique de la rate, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 oct. 1922, art. 27.205, p. 685-705.

coïdale, dans les sinus veineux, due à la disposition étagée des cellules endothéliales, segmente la colonne sanguine en deux courants : un courant central assez lent et libre ; et un courant périphérique qui, venant buter contre les arêtes spiroles, tend à prendre une direction hélicoïdale. Cette disposition permet aux leucocytes une margination facile qui brise et sépare les hématies agglomérées en piles et, finalement, en raison même de ce ralentissement du courant, leur permet de traverser les stomates du sinus veineux.

2. Rapports de la rate avec la circulation abdominale. — Ainsi que l'ont démontré Gilbert et Carnot, la rate est un *réservoir* branché sur la circulation porte et destiné à en amortir les brusques variations.

Sur le cadavre, la capacité splénique est énorme : elle peut contenir jusqu'à dix fois son poids d'eau sans éclater ; en effet si, après ligature des veines d'une rate de mouton, on introduit une solution chlorurée à la pression de 8 à 9 centimètres de mercure, le poids de la rate passe de 63 grammes à 570 grammes.

Sur le vivant, sans atteindre des changements de volume aussi considérables, on peut, cependant, provoquer expérimentalement de notables augmentations : *a.* L'excitation du splanchnique (Claude Bernard, Bochefontaine), celle des nerfs du pédicule rénal et splénique et toute une série de réflexes organo-végétatifs : hyperchlorhydrie, froid, asphyxie, injections de quinine, de strychnine, de camphre provoquent la rétraction de la rate et le plissement de sa capsule qui devient rugueuse et chagrinée ; *b.* La section simple des splanchniques (Moreau), détermine, au contraire, la dilatation immédiate et la congestion de l'organe ; ce qui prouve que l'excitation nerveuse maintient normalement le tonus de la capsule élastique et contractile et empêche la dilatation de l'organe. Par conséquent, les variations de volume de la rate semblent être commandées normalement par le système vaso-moteur.

L'*évacuation sanguine* semble plus rapide dans la rate que dans les autres organes, tels que le foie et le rein (expérience de Salaghi) et varie avec la viscosité, plus ou moins grande, du liquide en expérience (Jolly). Ainsi, le sang défibriné circule encore mieux dans la rate que ne le fait l'eau dans le rein et dans le foie ; il en est de même de l'eau isotonique additionnée de globules rouges, et plus on ajoute de globules rouges, plus le débit diminue.

Enfin, de nombreux *faits cliniques* viennent encore démontrer le rôle régulateur splénique : tuméfaction de la rate dans l'hypertension portale et dans l'asystolie ; diminution du volume de celle-ci après de grandes hémorragies intestinales ; tuméfaction du foie après rétraction de la rate à la suite des accès palustres (Chauffard).

III. Rôle digestif. — La rate n'est pas nécessaire à la digestion, mais elle y joue un rôle certain, prouvé par des faits macroscopiques, histologiques, thérapeutiques, cliniques et expérimentaux.

1. *Faits macroscopiques.* — On observe la dilatation et l'hyperémie de la rate, avec maximum cinq à six heures, après les repas ; à ce moment, le sang qui traverse la rate ressort plus abondant et plus noir au lieu d'être rouge comme à la période de jeûne.

2. *Faits histologiques.* — Le tissu splénique passe de l'état de repos à l'état d'activité avec apparition de tissu myéloïde.

3. *Faits thérapeutiques.* — L'extrait de rate favoriserait in vitro et in vivo (opothérapie splénique) l'action du pancréas sur les albuminoïdes et stimulerait ainsi la digestion tout en excitant la faim.

4. *Faits cliniques.* — On ne connaît pas de type pathologique répondant à l'insuffisance des fonctions digestives de la rate. Cependant, Chiray (1) pense que, peut-être, la cyanose des gros mangeurs, celle des malades en état de stase intestinale chronique correspondent à des modifications de la formule sanguine, liées elles-mêmes « à l'action inhibitrice exercée sur les fonctions hémolysantes de la rate par les poisons digestifs ».

5. *Faits expérimentaux.* — On trouve des résultats assez contradictoires :

a. Déjà Schiff, en 1862, avait montré la diminution du pouvoir protéolytique du suc pancréatique chez les chiens splénectonisés.

b. Delezenne (2) et Frouin ne constatent, au contraire, aucune modification chez le chien après splénectomie.

c. Pachon (3) et Gachet étudiant l'action de l'extrait de rate sur le pancréas constatent que la macération de pancréas d'un animal dératé agit plus tardivement que chez un animal normal et que le sang de la veine splénique d'un chien en digestion augmente le pouvoir digestif du pancréas.

d. Inlow (4) étudiant : *in vivo* l'activité du suc pancréatique avant et après la splénectomie chez des animaux à fistule pancréatique permanente ; *in vitro*, son activité avec un mélange de macération de pancréas et de rate, conclut que la rate ne joue aucun rôle dans l'élaboration d'un ferment pancréatique protéolytique.

Quoi qu'il en soit quelle serait cette substance activante secrétée par la rate ? Ce serait un ferment leucocytaire pour Delezenne, Pawlow, Opie ; en effet, les leucocytes contiendraient une substance analogue à l'entérokinase de Pawlow (Delezenne). Pour Opie, ce sont les polys et les formes primitives granuleuses qui produisent ce ferment agissant en milieu alcalin ou neutre. Certains tendent à attribuer cette fonction au mégakaryocyte. La question s'est posée, sans pouvoir être résolue, de savoir si cette substance activante est sécrétée par les leucocytes vivants et restant vivants, ou bien si elle résulte de la leucolyse intrasplénique des leucocytes morts.

Ce ferment serait thermostabile à 100 degrés ; il est déversé dans la circulation par la veine splénique où l'on a pu le retrouver, fait expliquant l'activation expérimentale du suc pancréatique par le sang de la veine splénique.

Comment agirait-il? Pour Pachon et Gachet et A. Gautier, il agirait en transformant le zymogène ou proferment en pepsine. Pour Delezenne, il agirait en transformant le trypsinogène en trypsine.

En somme, si le rôle de la rate dans la digestion ne paraît pas douteux, il s'agit d'un rôle accessoire

---

(1) Chiray. Loc. cit.
(2) Delezenne. *Congrès de Turin*, 1901 ; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1901.
(3) Pachon. *Congrès de méd.*, Paris 1900.
(4) Inlow. La rate et la digestion (rate et sécrétion pancréatique), *Amer. Journ. of the med. sc.*, Philadelphie, New-York, juillet 1922, n° 1, voir *Presse méd.*, 28 oct. 1922, n° 86, p. 938.

et non indispensable puisque nous avons vu que les animaux dératés présentent une digestion normale.

IV. **Rôle de nutrition générale.** — La rate paraît jouer, dans la nutrition générale, de multiples rôles :

1. Rôle dans le métabolisme azoté : fonction uréopoïétique.
2. Rôle dans le métabolisme des graisses et dans la cholestérogénèse.
3. Rôle dans le métabolisme des hydrates de carbone.
4. Rôle d'assimilation, surtout du fer.

1. RÔLE DANS LE MÉTABOLISME AZOTÉ : FONCTION URÉOPOÏÉTIQUE. — Plus que les autres tissus, la rate semble pouvoir fabriquer de l'urée et de l'acide urique. En effet, le tissu splénique renferme une quantité d'urée plus importante que celle du sang ; ainsi que l'a montré Horbaczewski, on obtient des quantités importantes d'acide urique en plongeant des fragments de rate fraîche dans du sang récemment prélevé. Cette propriété uréopoïétique appartient à la plupart des tissus, mais elle n'atteint jamais une intensité aussi grande que dans la rate, intensité qui serait due à l'activité leucopoïétique et leucolytique de cet organe; en effet, nous savons que toute destruction de globules blancs entraîne la production d'urée. Pour Jolly et Lievin, la rate paraît être une réserve de protéides et de nucléo-protéides. En effet, dans l'inanition, la raréfaction des lymphocytes témoigne de la diminution du tissu lymphoïde.

Enfin, en 1914, Roger et Kronuliski montrèrent que le chien dératé, pour se maintenir en équilibre azoté, doit ingérer plus d'azote par kilogramme que le chien normal.

2. FONCTION CHOLESTÉROGÉNIQUE ET RÔLE DANS LE MÉTABOLISME DES GRAISSES. — King et Médak, Denis, etc. montrèrent que la splénectomie provoque une hypercholestérinémie déterminant elle-même l'augmentation de la résistance globulaire. Avec C. Robin, déjà en 1875, la richesse en cholestérine de la rate était connue. En 1920, Abelous et Soula (1) ont montré que l'injection de sécrétine, dans les veines d'un animal, ou simplement l'introduction d'une solution acide dans le duodénum, sont suivies d'une augmentation sensible de la cholestérine dans le sang artériel ; cette augmentation ne se produit plus, au contraire, après splénectomie. Ces auteurs ont montré également que :

a. L'hypercholestérinémie consécutive à l'action de la sécrétine ne dure qu'une vingtaine de minutes environ; elle pourrait n'être qu'une conséquence mécanique des contractions de la rate qu'exagère et que rend plus fréquentes la pénétration de la sécrétine dans le sang. « La rate, réservoir de cholestérine, l'exprimerait ainsi comme une éponge qu'on presse. »

b. La cholestérogénèse paraît être un phénomène purement chimique. En effet, elle se manifeste dans la pulpe abandonnée dans un milieu aseptique ou même desséché. Alors, que dans les autres organes et tissus, on observe surtout de la cholestérolyse, la rate seule présente surtout de la cholestérogénèse.

(1) ABELOUS et SOULA. La fonction cholestérogénique de la rate, in *La Médecine*, sept. 1922, n° 12, p. 907. — L. WACQUER, W. HUECK et O. KOSCH. *Arch. f. experim. Path.*, 1914, t. XXVII, p. 32. — C. ROBIN. Article RATE, in *Dictionnaire Dechambre*, Masson, 1874 ; — *Physiologie de la rate*, p. 411, 81, 3e série, 2 RAD-RED.

Des remarquables expériences de ces auteurs, résultent les conclusions suivantes que nous citons et résumons :

A. Dans le sérum abandonné à lui-même en milieu aseptique, deux processus inverses et parallèles se manifestent : un processus de cholestérogénèse et de cholestérolyse.

B. La cholestérogénèse l'emporte sur la cholestérolyse, dans le sérum des chiens normaux, recueilli pendant la digestion d'un repas gras.

C. La cholestérolyse l'emporte, au contraire, dans le sèrum des chiens dératés pendant la digestion d'un repas gras.

D. La cholestérolyse domine, également, dans le sérum des chiens normaux à jeun et dans le sérum recueilli pendant la digestion d'un repas sans graisse, ou bien quand la digestion d'un repas gras est terminée.

E. Pour que le sérum des chiens dératés, recueilli pendant la digestion d'un repas gras, se comporte comme le sérum des chiens normaux, c'est-à-dire, présente une augmentation de la cholestérine, il suffit de faire, au préalable, une homogreffe splénique ou une injection intraveineuse d'extrait de rate.

F. La nécessité de la présence de graisses dans la ration alimentaire pour obtenir la cholestérogénèse in sero conduit à penser que c'est avec les graisses ou avec leurs produits de dédoublement que la sécrétion interne de la rate fabrique la cholestérine, substance antihémolysante et antitoxique; ce qui présente, par conséquent, un autre intérêt au point de vue du rôle érythrolytique de la rate et de sa fonction de défense.

G. La rate paraît donc jouer un rôle de première importance dans la cholestérogénèse et le métabolisme des graisses.

3. RÔLE DANS LE MÉTABOLISME DES HYDRATES DE CARBONE. — Des expériences récentes de Richet (1) pratiquées sur cinq chiens, il résulte que les chiens dératés, nourris à la viande cuite avec de la farine de riz et du sucre, meurent à peu près aussi vite que les chiens non splénectomisés nourris à la viande cuite seule, alors que les animaux témoins qui reçoivent une nourriture composée de viande cuite, farine de riz et sucre, demeurent en bonne santé. Les chiens sont morts avec les symptômes névritiques graduels de l'avitaminose. Pour Richet, la rate joue donc un rôle important, sinon essentiel, dans l'assimilation des hydrates de carbone, ainsi, que l'avait entrevu Schiff et exprimé V. Pachon.

4. RÔLE D'ASSIMILATION DU FER. — En 1913, Bezredka envisagea ce rôle en étudiant le *sulfure d'arsenic*. Chevallier pense que la rate assimile et *fixe le fer* (2). La rate emmagasine le fer en l'accaparant et le transformant ensuite. En effet, la rate s'empare de tout le fer introduit lentement dans l'organisme. De plus, l'animal dératé excrète plus de fer que l'animal témoin (Asher, Bayer), cette

(1) Ch. RICHET. La rate organe utile non nécessaire, communication à l'*Acad. des sciences*, 3 avril 1923 ; *C. R. hebd. de l'Acad. des sciences*, t. CLXXVI, n° 16, p. 1026 ; — Rôle de la rate dans la nutrition, *Acad. des sciences*, séance du 4 juin 1923 ; *Bulletin*, 1923, n° 23, t. CLXXVI, p. 1581-1583 ; — Des effets de l'ablation de la rate sur la nutrition chez les chiens, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet 1911, p. 689-703 et avril 1923, p. 379-583, et *Travaux du laboratoire de physiologie*, t. VII, Paris 1917, Alcan.

(2) P. CHEVALLIER. *La Rate organe d'assimilation du fer*, Paris 1913 ; — *Arch. de méd. expérim.*, t. XXVI, p. 277-304 ; — *Journ. de physiol.*, 1914, p. 639-699 ; — *Ann. de méd.*, 1914, p. 229-258.

élimination s'accompagnant d'une surcharge ferrugineuse de certains organes (foie, intestin, etc.). Enfin, le fer arrive dissous et les « gymnocytes » ou macrophages le fixent sous forme de grains ferrugineux. Le fer, donc, ne serait pas un déchet, mais réellement du fer assimilé, élaboré par le gymnocyte et désormais utilisable par l'organisme. « Le gymnocyte est un élément transformateur capital pour la nutrition » (Chevallier).

En somme, la rate semble jouer un rôle dans le métabolisme des différents aliments apportés dans l'organisme. En effet, les expériences récentes de Ch. Richet viennent à l'appui de ces théories; ces expériences, portant sur onze chiens, ont montré que les animaux dératés soumis au jeûne absolu meurent, alors que les animaux témoins survivent (première communication à l'Académie des sciences, 16 avril 1923).

A ces quatre fonctions de la rate, dans la nutrition générale, nous ajoutons celle, hypothétique, de Bayle, fonction *colloïdogénique* qui produirait ou maintiendrait l'état colloïdal des sels minéraux du sang. Quant aux rapports de la rate avec la croissance, ils ne reposeraient sur aucune base expérimentale (1).

V. Rôle de synergie hépato-splénique. — Les relations qui existent entre le foie et la rate se retrouvent en physiopathologie. Il s'agit non seulement de connexions circulatoires, mais également de véritables synergies fonctionnelles.

1. Au point de vue circulatoire, tributaires d'un même système artériel, le foie et la rate ont une circulation veineuse différente : le sang du foie par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques est directement versé dans la veine cave inférieure. Celui de la rate, recueilli par la veine splénique est directement apporté au foie par la veine porte : le sang veineux, après avoir traversé la rate, où il a pu subir des modifications, traverse donc, fatalement, le foie et peut l'adultérer ; inversement, tout trouble de la circulation portale peut réagir sur la rate par congestion passive. Ainsi, pour Gilbert et Villaret la rate a les caractères d'une éponge sanguine et constitue une véritable « chambre de sûreté » pour le sang en cas de gêne dans la circulation porte.

2. Au point de vue fonctionnel, la *fonction biliaire* dévolue au foie est, dans une grande mesure, liée à la fonction hémolytique de la rate. Celle-ci libère l'hémoglobine que le foie utilise pour la biligénie ; en effet, Puglièse a constaté expérimentalement que, chez les chiens dératés, la bile était moins riche en pigments. Inversement, la cholémie a une action excitante et trophique sur divers organes, en particulier, sur la rate, et Rist et Ribadeau-Dumas ont démontré expérimentalement que l'on peut créer, chez l'animal, une hypersplénie, d'origine hépatique, en déterminant une intoxication biliaire.

Dans la *fonction hématopoïétique*, le foie et la rate sont également associés chez le fœtus, parfois même chez l'adulte dans certaines circonstances particulières. Le foie, lui-même, possède, grâce à ses cellules étoilées, le pouvoir de capter et détruire les hématies altérées et joue ainsi son rôle dans la fonction hémolytique.

Enfin, les altérations du foie entraînent souvent l'anémie qui suscite la réaction myéloïde de la rate.

Vis-à-vis de *l'infection hépatique*, qu'elle survienne par voie ascendante ou sanguine, on peut observer une réaction splénique de défense et inversement. Chauffard et Castaigne ont montré, par l'injection de bacilles tuberculeux, que le transport microbien pouvait s'effectuer de la rate vers le foie.

Les deux organes peuvent être touchés en même temps, d'une part, par la voie artérielle (en cas d'embolies arrivant par le tronc cæliaque) ou bien par la voie veineuse (cas d'asystolie spléno-hépatique de Oulmont et Ramond).

3. Enfin, du point de vue pathologique (1), on peut retrouver :

a. Le retentissement du foie sur la rate dans la rate hépatique dont la splénomégalie de la cirrhose de Laënnec est le cas le plus fréquent et le plus classique.

b. Le retentissement de la rate sur le foie : ce sont les cas d'hépatite d'origine splénique, parmi lesquelles le syndrome de Banti semble constituer le type le plus net, sinon le moins discuté.

— En dehors du complexe hépato-splénique, y a-t-il d'autres *synergies fonctionnelles* entre la rate et les diverses glandes à sécrétion interne ? Cela est possible :

a. Ainsi, au point de vue de la synergie *surrénalo-splénique*, Parisot a montré que les globules rouges, préalablement sensibilisés par l'adrénaline, sont hémolysés par l'extrait de rate. D'autre part, Loeper et Crouzon ont étudié les modifications apportées à la composition du sang et des organes hématopoïétiques par les injections et l'ingestion d'adrénaline : Au point de vue sanguin, ils concluent à l'action excito-leucocytaire et globulicide de l'adrénaline ; quant aux organes hématopoïétiques, ils sont le siège d'une réaction marquée, s'étendant à la moelle osseuse, à la rate et au thymus.

Schenk (2) a montré, après injection sous-cutanée de 1 à 2 milligrammes d'adrénaline, que chez les sujets à formule sanguine et à rate normale, il y a une lymphocytose relative et absolue. Chez les splénectomisés, l'opération n'influence pas la réaction à l'adrénaline, ce qui prouve que le système lymphatique est intéressé en entier et non la rate seule.

b. Il est difficile d'apprécier l'influence de la rate *sur les autres glandes endocrines et organes hématopoïétiques.* Wood (de Philadelphie) aurait obtenu, par opothérapie splénique, un résultat satisfaisant dans le traitement du goitre exophtalmique : c'est là une utilisation tout à fait empirique de l'opothérapie splénique. Rappelons les phénomènes de suppléance qui existent, à l'état pathologique, entre les divers organes et, enfin, le rôle inhibiteur de la rate sur la moelle osseuse, soit que cette action s'exerce directement ou par l'intermédiaire d'une hormone.

VI. Rôle de la rate dans la défense de l'organisme. — « Presque toute la pathologie de la rate découle

(1) DASTRE. *Arch. de physiol.*, 1893, p. 561.

(1) GILBERT. Rapports du foie et de la rate à l'état pathologique. Rapport au *IIe Congrès de méd.*, 13-15 oct. 1910; *Presse méd.*, 2 nov. 1910. — GAUKLER. De la rate dans les cirrhoses et des cirrhoses dans la rate. Données histologiques et expérimentales, *Th. de Paris*, 1905.

(2) SCHENK. L'action de l'adrénaline sur le sang de l'homme. Ses rapports avec la fonction de la rate, *Med. klin. Berlin*, 14 et 24 mars 1920.

de son rôle d'accaparement » (Chevallier). Ce rôle est la conséquence des fonctions que nous venons d'étudier et de la multiplicité des actions de l'organe.

Nous examinerons ce rôle principalement dans les processus hémolytiques, les infections et les intoxications.

a. DANS LES PROCESSUS HÉMOLYTIQUES. — En effet, dans les hémolyses massives, on voit des lésions profondes de la rate ; dans les hémolyses lentes, les déchets s'y accumulent, déterminant l'hypertrophie splénique qui est primitivement la conséquence de l'hémolyse, mais peut en devenir secondairement la cause. Pour Rist et Ribadeau-Dumas, la rate hypertrophiée contribuerait à lutter contre l'intoxication hémolytique.

b. DANS LES INFECTIONS. — La rate fixe les microbes et les produits pathologiques et devient ainsi le « repaire » du virus pathogène. Si le milieu s'y prête, les virus, quelle que soit leur origine, déterminent des splénopathies aiguës. En cas de défense victorieuse de l'organe, des splénopathies chroniques s'installent. En effet, *cliniquement*, on constate des splénomégalies fréquentes au cours d'infections aiguës (fièvre typhoïde, typhus, tuberculose granulique aiguë, paludisme, érysipèle, kala-azar, syphilis héréditaire ou acquise, fièvres éruptives, etc.); *expérimentalement*, l'inoculation de virus de maladies infectieuses aux animaux [Hess, Gamaleia, Metchnikoff, Bezançon (1)] déterminent également des réactions spléniques. L'étude des modifications de résistance consécutives à la splénectomie ont donné des résultats contradictoires. Enfin, à côté du rôle phagocytaire de la rate, on admet avec Montecori que celle-ci donne naissance à des substances bactéricides ; ainsi, en dehors du rôle phagocytaire se révélerait un rôle de production d'anticorps.

c. DANS LES INTOXICATIONS par l'arsenic, par exemple, nous retrouvons le même rôle de fixation et de transformation. Dans un certain nombre de cas, qu'il s'agisse de processus hémolytiques, d'infections ou d'intoxications, la rate devient un vrai réservoir pathogène de virus et peut aussi, par hyperfonctionnement, déterminer l'apparition, dans le sang de substances nocives.

D'où, dans certains cas, l'indication légitime des splénectomies.

La rate, organe d'arrêt, fait la police de la circulation sanguine, de même que le ganglion fait la police de la circulation lymphatique (Bezançon).

— Ainsi, la rate, par son embryologie et son histologie, se rattache nettement au système vasculaire sanguin. Elle constitue, anatomiquement, un véritable ganglion lymphatique, dont les canaux contiennent non plus de la lymphe mais du sang. C'est un ganglion gorgé de sang.

Aussi, conçoit-on son double rôle : rôle mécanique de régularisation de la circulation abdominale, d'une part ; rôle biologique régulateur de la composition sanguine portant, soit sur le plasma (fonction de nutrition générale, fonction digestive, etc.), soit sur les éléments figurés du sang, d'autre part.

(1) BEZANÇON. Rôle de la rate dans les maladies infectieuses, *Th. de Paris*, 1894-1895.

PRATIQUE MÉDICALE

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES AFFECTIONS BILIAIRES (1)

Par M. E. LARCHER.

La pathogénie des affections biliaires a beaucoup évolué grâce aux méthodes de laboratoire et aux travaux si remarquables de Chauffard, Widal et Abrami, Roger. Ainsi la lithiase biliaire serait due à la *cholestérinémie* (Chauffard) ; les ictères autrefois attribués à la rétention reconnaissent aujourd'hui une étiologie sanguine par biligénie extrahépatique (Widal et Abrami).

La thérapeutique n'a pas suivi ce progrès. Cependant, la bile reste le médicament de fond des affections hépato-biliaires. Avant tout, les sels biliaires sont actifs, ils sont « le plus puissant des cholalogues » (Roger) et ils ne nuisent pas comme la bile totale aux phénomènes de la digestion. Ils sont l'agent de drainage naturel de la cholestérine et facilitent son expulsion, ils excitent le péristaltisme, augmentent la motricité intestinale, diminuent l'action des produits toxiques de l'intestin.

On utilise donc aujourd'hui tout spécialement les sels biliaires dans les affections telles que la lithiase, les ictères, la précirrhose, la cholémie, les angiocholites et cholécystites, la constipation avec acholie.

Un second agent thérapeutique d'importance primordiale en thérapeutique hépato-biliaire est l'hexaméthylène-tétramine, c'est à la fois un antiseptique biliaire admirable, éliminé par la bile et un désinfectant urinaire et intestinal.

Chauffard, après Croves, a insisté sur l'utilisation de cet antiseptique dans les affections des voies biliaires.

« Dans quatre cas de Croves, une bile contenant en abondance de l'Eberth et du colibacille ne donnait plus en culture sur plaques, après administration d'hexaméthylène-tétramine, que quelques colonies sans importance ou même restait stérile. »

Le docteur Larcher a eu l'idée d'utiliser en même temps les sels biliaires et l'hexaméthylène-tétramine estimant que cette association devait présenter une synergie thérapeutique utile.

Il a donc administré aux malades la félamine, combinaison stable et définie de sels biliaires retirés du fiel de bœuf et d'hexaméthylène-tétramine chimiquement pure.

Cet auteur cite plusieurs observations personnelles (lithiase, cholémie, colites muqueuses avec acholie) où les résultats obtenus sont tout à fait intéressants.

« Dans la plupart des cas, dit le docteur Larcher, la félamine a donné des résultats antitoxiques et cholagogues tout à fait remarquables et supérieurs à ceux habituellement obtenus par tout autre médication. La formation des calculs est empêchée et la désinfection des voies biliaires assurée. »

La dose de félamine à utiliser est de trois à six et huit comprimés par jour.

LIVRES NOUVEAUX

L'Infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux [2e édition] (2), par A. CALMETTE.

Ce livre, dès son apparition, s'est placé au premier rang des ouvrages fondamentaux sur la tuberculose.

M. Calmette, dans une première partie intitulée *l'infection bacillaire et les processus tuberculeux*, a réuni ce qui a trait au bacille, à ses toxines, aux types anatomo-pathologiques de l'infection tuberculeuse, à ses localisations, à ses voies d'accès.

La deuxième partie, *Tuberculose expérimentale et infection tuberculeuse chez les animaux*, comprend l'étude des diffé-

(1) *Les Sciences méd.*, 15 mars 1923, p. 59.

(2) Grand in-8 avec 31 figures dans le texte et 25 planches hors texte en couleurs. — Prix : 50 francs. — Paris, Masson et Cie.

rents modes d'inoculation ou d'infection tuberculeuse, de la tuberculose des animaux, en particulier de la tuberculose bovine.

La troisième partie est consacrée aux *Processus de défense et au diagnostic de l'infection tuberculeuse*.

Enfin, la quatrième, à l'*immunité naturelle et aux processus d'immunisation contre l'infection tuberculeuse*.

Cette nouvelle édition, mise au courant des travaux les plus récents, a été complétée par un important chapitre sur les tentatives actuellement poursuivies dans de nombreux laboratoires et qui ont pour objet la *chimiothérapie de la tuberculose*.

La question de la tuberculose est exposée ici dans toute son ampleur, et l'on ne sait s'il faut plus admirer l'esprit de suite avec lequel l'auteur a conduit ses expériences, les déductions qu'il tire de ses nombreuses observations personnelles ou l'esprit réellement scientifique qui lui a permis d'exposer bien à leur place les travaux de ses devanciers et de ses contemporains. L. G.

Pathologie gastro-intestinale (1), par Mathieu et Roux (4e édition par J.-Ch. Roux, Moutier et Caillé).

L'éloge de ces leçons, faites à Saint-Antoine par Mathieu et Roux, n'est plus à faire. Elles constituent le livre de base pour tous ceux qui veulent se spécialiser dans la pathologie gastro-intestinale. Remis à jour, augmenté de nombreuses figures radiologiques, ce volume (qui réunit en un seul les deux premiers volumes de l'ancienne édition), comprend l'étude détaillée des maladies de l'œsophage et de l'estomac, l'ulcus gastrique, l'ulcus duodénal et le cancer gastrique. On y trouvera les grandes lignes de l'enseignement clinique d'Albert Mathieu qui a eu une si heureuse influence sur l'étude de la pathologie gastro-intestinale durant ces vingt dernières années. Nous devons être reconnaissants à ses élèves d'avoir publié une nouvelle édition de ce livre, introuvable jusqu'ici pour les jeunes. ED. ANTOINE.

Déontologie médicale d'après le droit naturel (2), par G. Payen, professeur à l'Université de Chang-Haï (L'Aurore).

L'Université française de Chang-Haï a été fondée il y a vingt ans à peine par les Pères Jésuites, mais l'Ecole de médecine qui en dépend se développe rapidement grâce à l'énergie inlassable de ses professeurs qui s'efforcent de donner à leurs élèves non seulement une solide instruction technique mais une haute culture morale. C'est dans ce but que M. G. Payen a écrit le remarquable *Traité de déontologie* que nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs.

La tâche était difficile : il fallait, en effet, exposer les devoirs d'état du médecin à des étudiants chinois, sachant bien le français sans pourtant être rompus à toutes les finesses de la langue; les exposer aussi complètement que possible en vingt-cinq ou trente courtes leçons; enfin, les exposer sans souci de la loi civile qui, en Chine, ne réglemente en aucune manière la profession médicale.

L'auteur s'en est fort heureusement tiré en donnant à son livre une forme didactique très particulière, claire et pratique à la fois. Le texte est assez développé pour que chaque question soit complètement et suffisamment approfondie; chaque chapitre est ensuite résumé par des notes placées en marge puis se termine par un second résumé condensé en quelques paragraphes plus courts encore, fournissant ainsi au lecteur « le livre de l'élève à côté du livre du maître ».

L'ouvrage de M. G. Payen est très complet, très documenté; il reflète l'enseignement de nos maîtres français les plus estimés : Dechambre, Brouardel, Morache, Grasset, Le Gendre, mais il est dominé par le *droit naturel* dont l'auteur a tiré les principes directeurs de justice et de charité d'où se déduisent tous les devoirs d'état du médecin.

Le but que s'était fixé M. G. Payen, en écrivant en Chine et pour des Chinois un Traité de déontologie est de beaucoup dépassé, car son œuvre ne peut manquer d'intéresser vivement tous ceux de nos confrères, catholiques ou non, qui désirent sincèrement « mieux connaître leurs devoirs ». L. S.

L'évolution de la chirurgie (1), par le docteur Paul Lecène, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Montrer, en suivant l'ordre historique, comment la chirurgie, partie de très humbles origines, a fini par devenir la technique scientifique, précise dans son exécution et souvent très sûre dans ses résultats, qu'elle est déjà et doit, de plus en plus, tendre à être de nos jours, tel est le but que l'auteur s'est proposé en écrivant ce volume qui s'adresse à tous les gens cultivés. Il ne s'agit pas ici naturellement d'une histoire complète de la chirurgie, mais seulement d'une étude d'ensemble du développement progressif de la technique chirurgicale, depuis le passé le plus lointain jusqu'à nos jours. L'auteur s'efforce de montrer, en étudiant les différentes phases de l'évolution de la chirurgie, les perfectionnements progressifs de cette technique, qui reste aujourd'hui encore la partie la plus précise et la plus efficace de la thérapeutique. L. G.

Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile (2), par L. Ombrédanne.

Destiné à l'étudiant comme au praticien, cet ouvrage est le résumé de l'enseignement et de la pratique de l'auteur.

Pour l'étudiant tout a été fait en vue d'une exposition claire : pas d'indications bibliographiques et de multiples noms d'auteurs, pas de théories multiples et contradictoires, l'auteur expose toujours son opinion personnelle et elle seule. Les schémas ont été multipliés, en particulier dans les chapitres d'embryologie, schémas faux, nous dit l'auteur, mais qui rendent compréhensibles des questions ardues comme les becs de lièvre, le spina bifida, ou les anomalies du conduit vagino-péritonéal. De même, le rappel incessant des lois générales du développement et de la pathologie (lois de Delpech, Bessel-Hagen, Bonnet, etc.) rattachent les unes aux autres les anomalies, les déviations osseuses ou articulaires, donne une unité à l'ouvrage, une facilité de compréhension aux sujets les plus ardus.

Un style imagé, fourmillant de comparaisons heureuses, fixe dans l'esprit les notions exposées.

Le praticien, le chirurgien y trouveront les indications cliniques indispensables, et les indications opératoires nettement établies. Pour chaque cas, un seul procédé opératoire est indiqué et décrit, c'est celui que préfère l'auteur, souvent un procédé personnel. La technique, l'instrumentation sont décrites avec soin et illustrées de nombreuses figures. On sait quelle place importante l'auteur s'est faite dans la technique chirurgicale infantile par des procédés personnels de chirurgie plastique, de cure de l'hypospadias, l'épispadias, l'extrophie de la vessie, l'ectopie testiculaire, ainsi que par la création d'instruments nombreux dont beaucoup sont aujourd'hui d'emploi courant (masque à éther, pince écartante, etc.).

En résumé, œuvre très personnelle, ce livre est une mise au point très complète de la chirurgie infantile à l'heure actuelle. M. LANCE.

Maladies des aviateurs. Leurs causes. Leurs explications. Leurs remèdes (3), par les docteurs Perrin de Brichambaut et Pierre Béhague.

Il manquait un petit précis d'hygiène de l'aviateur, simple, concis, à la portée de tous. Le livret des docteurs Perrin de Brichambaut et Pierre Béhague comble utilement cette lacune. Il indique les règles indispensables à connaître et les précautions à prendre pour éviter autant que possible les troubles divers qu'entraîne le vol en avion.

C'est le « bréviaire » de tout aviateur. L. G.

(1) Tome 1er, 809 pages et 58 figures. — Prix : broché, 30 fr. — Paris, Doin.

(2) Prix : 30 fr. — Imprimerie de la Mission catholique, Zi-Ka-Wei, près Chang-Haï, 1922, et à Paris, chez J.-B. Baillière.

(1) 1 vol. in-18. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

(2) In-12 cartonné, 1139 pages, 584 fig., collection des « Précis médicaux », Paris, Masson et Cie.

(3) In-8 couronne. — Prix : 1 franc. — Paris, Gauthier-Villars.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

De l'atmolyse et de ses applications en physiologie. Thèse présentée à la Faculté des sciences de l'Université de Lyon par Louis MARTIN. — Lyon, Imprimerie Rey, 4, rue Gentil.

N° 67. — MARDI 21 & JEUDI 23 AOUT 1923. 96e ANNÉE. MARDI 21 & JEUDI 23 AOUT 1923. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — CRÈVECŒUR-LE-GRAND. — Un concours pour la nomination d'un interne à l'hôpital de Crèvecœur-le-Grand est ouvert à Beauvais.

Les candidats doivent avoir au moins pris toutes leurs inscriptions de médecine et, si possible, avoir subi leurs derniers examens.

L'interne sera attaché au service spécial de « tuberculeux en observation ou en poussée évolutive ». Il devra, en outre, apporter son concours au médecin chef de l'hôpital, d'une part, comme aide à ses opérations chirurgicales, d'autre part pour la contre-visite du soir et des soins d'urgence à donner, la nuit en particulier dans tout l'établissement.

Les avantages attachés à la fonction sont les suivants : nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage.

Traitement annuel de 5.000 francs de début (maximum 6.000 francs) avec augmentation de classe de 500 francs après quatre mois au moins dans la classe précédente.

Les candidats doivent adresser les pièces suivantes avant le 5 septembre à M. le Maire, président de la Commission des hospices de Crèvecœur-le-Grand (Oise) : acte de naissance; certificat délivré par le secrétariat de la Faculté faisant connaître l'état de la scolarité; pièce faisant connaître la situation au point de vue militaire; certificat de bonne vie et mœurs; engagement de rester au moins un an en fonctions; énumération des titres avec, le cas échéant, un exemplaire de chaque publication et la copie certifiée conforme des titres scientifiques.

Une première élimination aura lieu après l'examen des titres par le Jury; celui-ci fixera son choix après présentation et audition des candidats retenus après cette première élimination.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. P.-L. Marie est délégué, pour l'année scolaire 1923-1924, dans les fonctions de chef de laboratoire du service de la diphtérie.

— Sont nommés chefs de travaux pour l'année scolaire 1923-1924 : M. Neveu-Lemaire, parasitologie et histoire naturelle; M. Garrelon, physiologie (chef adjoint); M. Dervieux, médecine légale.

— Sont chargés pour l'année scolaire 1923-1924 des fonctions de chefs de travaux les agrégés dont les noms suivent : MM. Henri Labbé, chimie; Branca, histologie; Mulon, histologie (chef adjoint); Roussy, anatomie pathologique; Debré, hygiène; Tiffeneau, pharmacologie.

— Sont nommés pour l'année scolaire 1923-1924 :

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : M. Deval, chef du laboratoire de chimie; Mlle Tissier, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; M. Bénard, chef du laboratoire de bactériologie.

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu) : M. Renaud, chef de laboratoire.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : MM. Cousin, chef de laboratoire; Hautant, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie.

Clinique médicale (Beaujon) : MM. Foix, chef des travaux de bactériologie; Feuillé, chef des travaux d'anatomie pathologique; Ribot, chef des travaux de chimie; Lièvre, chef du laboratoire de radiologie.

Clinique chirurgicale (Salpêtrière) : MM. Magrou et Rouché, chefs de laboratoire.

Clinique chirurgicale (Cochin) : MM. Herrenschmidt, chef de laboratoire chargé des travaux pratiques d'anatomie pathologique; Beauvy, chef des travaux de biologie.

Clinique urologique (Necker) : MM. Chabanier, chef du laboratoire de chimie; Verliac, chef du laboratoire de bactériologie; Foy, chef du laboratoire d'urologie expérimentale.

Clinique chirurgicale (Saint-Antoine) : M. Giet, chef de laboratoire (délégué).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 12 août 1923 sont nommés :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les docteurs Fontaine et Corbillet.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES COLONIES. — *Au grade d'officier.* (Au titre civil.) — M. Buisson, fabricant de produits chimiques et pharmaceutiques; M. Sartory, professeur à la Faculté de pharmacie de Strasbourg.

Au grade de chevalier. — M. Astruc, professeur à la Faculté de pharmacie de Montpellier; M. le docteur Lacaille (de Marseille).

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Il est attribué, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique les récompenses ci-après :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Briand (de Villejuif), Dupain, médecin honoraire des asiles d'aliénés; Kéraval et Vallon, anciens médecins des asiles d'aliénés de la Seine; Paris (de Nancy), Seglas (de Paris), Toy (d'Aix).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bouchard (de Saint-Germain-du-Bois), Bouquet (de Brest), Charuel (de Châlons-sur-Marne), Journiac (de Marseille), Maupate (de Fains).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Bourdin (de Narbonne), Cau et Haslé (de Fougères), Gauthier (du Raincy), Guillemot (de Lanmeur), Lagoutte (du Creusot), Lagriffe (de Quimper), Orlanducci (de Vescovato), Parelle et Wapler (de Versailles), Ramaroni (de Bastia), Rigal (de Chevreuse), Soulé (de Bordeaux).

INSTITUT PASTEUR. — Le mercredi 7 novembre 1923, à 17 h. 30, dans l'amphithéâtre de chimie, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, M. Porcher, professeur à l'École nationale vétérinaire de Lyon, commencera une série de vingt-six leçons sur le lait.

Cet enseignement, ouvert à tous, est entièrement gratuit; il sera accompagné de démonstrations expérimentales. Les leçons auront lieu le mercredi, jeudi, vendredi, samedi de chaque semaine, à 17 h. 30.

Dans cet enseignement, M. Porcher insistera sur les conséquences pratiques des connaissances actuellement acquises sur le lait, mais de plus examinera les questions qui préoccupent à cette heure les savants spécialisés dans l'étude du lait.

Ces cours, d'un caractère scientifique, constitueront une introduction à tous les travaux que peuvent se proposer, sur le lait, dans une voie quelconque, les chercheurs-puériculteurs, bactériologistes, médecins, magistrats préoccupés de la répression des fraudes, pharmaciens, internes des hôpitaux, vétérinaires, ingénieurs agronomes, étudiants de la Faculté des sciences, ingénieurs des Arts et Manufactures, anciens élèves des écoles d'agriculture, ainsi que les industriels du lait soucieux de perfectionner leurs entreprises.

NOTES DE PRATIQUE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Supprimer de l'alimentation toutes les substances riches en toxines : bouillons, viandes (surtout les viandes faisandées ou peu cuites), poissons (surtout les poissons de mer), gibier, conserves alimentaires, fromages faits, sel en trop grande quantité. Interdire le thé, café, liqueurs, bières fortes, vin en excès, tabac.

Comme médicaments, prescrire passagèrement la trinitrine aux doses progressives de VI à XII gouttes de la solution au centième, puis : 20 jours par mois, 2 cachets de Théosalvose phosphatée (1 cachet matin et soir); les 10 autres jours, iodure de potassium (1 à 3 gr.) et ainsi de suite.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI PROROGEANT LA LOI DU 30 DÉCEMBRE 1922 AYANT POUR OBJET DE SURSEOIR AUX EXPULSIONS DE LOCATAIRES.

La loi du 30 décembre 1922 avait décidé que le juge de paix, lorsque le prix annuel du loyer en cours ne dépassait pas 1.000 francs, ou le juge des référés, lorsque le prix ne dépassait pas 8.000 francs, pouvait ordonner un sursis, sous forme de délai de grâce, à l'expulsion des locataires des locaux d'habitation ou de locaux commerciaux lorsque ceux-ci étaient attenants aux locaux d'habitation ou situés dans le même immeuble, sauf le droit d'occupation du propriétaire, dans les conditions prévues aux articles 4 et 13 de la loi du 31 mars 1922.

Le sursis accordé par cette loi ne pouvait dépasser le 1er juillet 1923; et la décision rendue n'était susceptible d'aucun recours.

A la veille du terme de juillet le Parlement a voté une loi tendant à ne pas permettre les expulsions en masse. Cette loi porte la date du 6 juillet 1923. (*J. O.*, 7 juillet 1923.)

Aux termes de l'article 1er, les dispositions de la loi du 30 décembre 1922, que nous venons de résumer, tendant à surseoir aux expulsions des locataires, sont prorogées *sans que le délai de grâce accordé puisse dépasser le 1er juillet 1924.* Donc, si l'on se trouve dans les conditions de la loi du 30 décembre 1922, le locataire peut s'adresser, soit au juge de paix, soit au juge des référés, suivant l'importance du loyer, et lui demander un nouveau délai pouvant aller jusqu'au 1er juillet 1924. Mais le juge n'est pas obligé de permettre au locataire de rester jusqu'à cette date; le délai accordé peut être plus court.

La loi ajoute que, dans les localités visées à ladite loi, les délais d'usage pour les locations verbales, lorsqu'ils ne dépassent pas trois mois, *sont portés au double.* Cette disposition s'applique aux congés donnés antérieurement au 1er juillet 1923.

A titre transitoire, les congés de trois mois pour le 1er janvier 1924, qui auraient dus être donnés avant le 1er juillet 1923, pourront l'être jusqu'au 1er août.

Enfin, la loi prévoit une disposition spéciale pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle où la présente loi s'appliquera aux délais de congé prévus par l'article 565 du Code civil local lorsqu'ils ne dépassent pas trois mois. Le juge de bailliage et le président du Tribunal régional ou son délégué exerceront respectivement, dans ces trois départements, les pouvoirs conférés par la loi au juge de paix et au juge des référés. Toutefois, l'octroi des sursis à expulsion autorisés par la loi est de la compétence du juge de bailliage, lorsque le prix annuel du loyer en cours ne dépassera pas 3.000 francs par an.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de médecine, par G.-H. ROGER, Fernand WIDAL, P.-J. TEISSIER. Fascicule XII : *Pathologie de l'appareil respiratoire* (suite) ; 1 vol. de 596 pages avec 56 figures et 10 planches en couleurs. Prix, relié : 45 fr. — M. LETULLE et P. HALBRON. La tuberculose pulmonaire. Pseudo-tuberculoses pulmonaires; — HARVIER et Marcel PINARD. Pathologie de la plèvre; — L. RIBADEAU-DUMAS. Pathologie du médiastin et adénopathies trachéo-bronchiques. — Paris, Masson et Cie.

NÆVI VASCULAIRES

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Laennec.

Dans un livre sur la *pathologie du sympathique* qui va paraître dans quelques semaines, j'ai passé en revue les divers syndromes dans le mécanisme desquels on peut mettre en évidence un facteur sympathique.

Voici, pour les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, la primeur du chapitre sur les *nævi vasculaires*.

A. Données cliniques. — Les nævi sont des difformités circonscrites de la peau, d'origine embryonnaire ou évolutive (Darier). Des quatre variétés, adénomateuse, tubéreuse, pigmentaire et vasculaire, ces deux dernières, seules, intéressent le sympathique. Je renvoie, à l'article vitiligo, l'étude des nævi pigmentaires et n'envisage ici que les nævi vasculaires, en me limitant aux nævi vasculaires plans ou angiomes plans (1), dont j'ai, avec Tinel, étudié un cas, qui servira de modèle à ma description.

Il s'agit d'une fille de quinze ans, bien développée physiquement qui, outre un genu recurvatum droit, présente un nævus vasculaire plan congénital du membre supérieur gauche à topographie en apparence radiculaire (fig. 1). Ce nævus recouvre, en effet, la région cervicale inférieure gauche, toute la partie externe du membre supérieur, bras, avant-bras et main. A la main, il se limite au pouce et à la partie externe des faces palmaire et dorsale, en respectant presque complètement l'index et complètement les autres doigts. Sur le thorax, il descend en avant jusqu'au IIIe espace intercostal; il recouvre en arrière la fosse sous-épineuse. Comme c'est la règle, ce nævus a une certaine irrégularité de coloration, une sorte d'état marbré, qui s'accuse par le froid et qui est peut-être en rapport avec la disposition terminale des artérioles cutanées. Ses contours sont nettement limités, mais assez irréguliers, avec des festons, des sinuosités et même de petits îlots aberrants. Sa teinte varie selon la position du membre et la température. La rougeur diminue, si le bras est élevé, sans disparaître complètement; elle augmente par la position déclive. L'été elle est plus foncée; l'hiver elle diminue. Cependant, la malade signale un phénomène assez curieux : à l'automne, au moment des premiers froids, la teinte rouge s'atténue beaucoup, lorsque la malade est au dehors; mais dès qu'elle rentre dans une pièce chaude, la rougeur augmente rapidement au point d'atteindre une teinte rouge sombre, violacée, qui persiste une heure ou deux. En hiver, à partir de décembre, la teinte se stabilise et les modifications, produites par le passage du froid au chaud, sont moins accusées.



Fig. 1. — *Nævus congénital du membre supérieur gauche.*

On remarque la coloration, plus foncée de la région cervicale inférieure gauche, de la face antérieure de l'hémithorax gauche jusqu'au IIIe espace intercostal et de toute la partie externe du membre supérieur gauche. (Cas Laignel-Lavastine et J. Tinel. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1920, p. 1049.)

La peau, au niveau du nævus, est légèrement épaissie. Le pouce est un peu plus volumineux et plus court que du côté opposé. La température cutanée est un peu plus élevée dans le territoire du nævus. Il n'existe aucun trouble de la motricité, de la réflectivité tendineuse et de la sensibilité. La pression artérielle est normale et égale des deux côtés.

B. Dégagement d'un facteur sympathique. — Dans le cas précédent, il est facile de mettre en évidence le critère anatomique et le critère physiologique d'une affection du sympathique.

a. *Critère anatomique.* — La topographie du nævus n'est pas radiculaire, contrairement aux apparences, *mais pseudo-radiculaire, et correspond à un territoire sympathique.*

En effet, si la localisation au cou, à l'épaule, à la face externe du bras se superpose assez bien aux territoires des IIIe, IVe, Ve, VIe et VIIe racines cervicales, par contre, le nævus s'étend, au niveau du thorax et de la région scapulaire, sur les territoires des Ire, IIe, IIIe racines dorsales. Il y aurait donc, malgré la continuité de la tache du nævus, une discontinuité dans les territoires radiculaires atteints, puisque les territoires des VIIe et VIIIe cervicales, ainsi que des Ire et IIe dorsales au membre supérieur, se trouvent complètement respectés.

Ce n'est donc pas un territoire radiculaire spinal, mais un *territoire sympathique*, de topographie sensiblement différente.

Cette distribution du nævus est du reste nettement superposable à certaines localisations sympathiques déjà signalées. C'est dans ce même territoire que se localisait l'absence de réactions sudorales et la vaso-dilatation dans plusieurs cas de lésion du ganglion cervical inférieur [cas de Laignel-Lavastine et P. Courbon (1), cas d'André Thomas (2)].

C'est dans le même territoire que s'observaient les placards de vaso-dilatation paralytique dans un cas de syndrome sympathique par blessure du plexus brachial [Tinel (3)].

C'est enfin une topographie fréquemment réalisée par les *champs synesthésalgiques* observés au cours de la causalgie du nerf médian (Tinel).

(1) Laignel-Lavastine et J. Tinel. Un cas de nævus pseudo-radiculaire du membre supérieur. Contribution à l'étude des topographies sympathiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1920, p. 1048-1052.

(1) Laignel-Lavastine et P. Courbon. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1918, nos 5 et 6.

(2) André Thomas. Syndrome du ganglion cervical inférieur du grand sympathique, *Presse méd.*, 27 juin 1918.

(3) Tinel. Lésion du plexus brachial avec troubles vaso-moteurs, *Soc. de neurol.*, 8 nov. 1917; — Origine sympathique de la causalgie, *Soc. de neurol.*, 8 nov. 1917.

Il semble donc que l'on est actuellement en droit de considérer ce territoire comme la zone correspondant *à la portion supérieure des centres sympathiques brachio-thoraciques.*

L'étude des réactions vaso-motrices montre que le nævus résulte d'une paralysie vaso-motrice, qui contraste avec l'intégrité relative des réactions sudorales et pilo-motrices.

C'est un syndrome sympathique dissocié.

La paralysie vaso-motrice est facile à mettre en évidence.

a. Le bras gauche, levé en l'air, pendant trente secondes, se vide de sang au point que le nævus est à peine rosé ; ceci est normal. Mais reporté en position déclive, le membre supérieur se remplit de sang d'une façon presque immédiate et le nævus atteint le maximum de sa coloration en cinq à huit secondes environ.

A droite, au contraire, il faut de quinze à vingt secondes pour que le membre, anémié par station verticale, reprenne en position déclive le maximum de sa coloration.

b. De même, si le membre est en position basse, la *tache blanche* (1) produite par une pression modérée sur le dos de la main, s'efface presque instantanément, en trois ou quatre secondes à gauche ; elle met de sept à huit secondes pour disparaître à droite.

c. Le pouls capillaire, pris sur le pouce au pléthysmographe digital d'Hallion et Comte, est presque nul à gauche, et sensiblement plus fort à droite.

d. Enfin, les muscles lisses des artérioles, sur tout le territoire du nævus, présentent, comme tous les muscles paralysés, une exagération remarquable de leur contractilité idio-musculaire.

Cette particularité peut se mettre en évidence par une épreuve, que Tinel a déjà signalée dans les sections nerveuses avec troubles vaso-paralytiques ; c'est l'*épreuve de la raie blanche.*

Il est nécessaire, pour la provoquer, de placer le membre en position à peu près horizontale ; si l'on trace alors avec l'ongle une ligne, un peu appuyée, sur le territoire du nævus, on voit apparaître lentement au bout de quinze, vingt ou trente secondes, une raie blanche, qui s'étale progressivement sur une largeur de 3 ou 4 centimètres, et qui persiste pendant une ou deux minutes. Elle traduit la contraction lente et prolongée des fibres musculaires lisses des petits vaisseaux, véritable exagération paralytique de leur contractilité idio-musculaire.

Mais cette contraction si nette des parois vasculaires est, en réalité très faible ; c'est pourquoi elle ne s'observe que sur le bras en position horizontale.

Si l'on vient à placer le bras en situation déclive, la raie blanche disparaît immédiatement; la contraction idio-musculaire des petits vaisseaux est impuissante à lutter contre le simple poids de la colonne sanguine. Etudiant à nouveau cette raie blanche, Tinel (2) l'identifie avec la raie blanche de Sergent; et si celle-ci se rencontre souvent dans l'insuffisance surrénale, c'est parce qu'elle est un phénomène physiologique capillaire banal qui apparaît d'autant mieux que le tonus du grand sympathique est moindre.

e. Enfin, si la paralysie vaso-motrice semble nettement en cause dans ce nævus, il faut signaler, au contraire, l'intégrité relative des autres systèmes sympathiques.

(1) HALLION et LAIGNEL-LAVASTINE. *Soc. de biol.*, 26 juillet 1902.

(2) TINEL, SCHIFF et SANTENOISE. Caractères et signification de la « raie blanche », *Soc. de biol.*, 1923.

La réaction pilo-motrice, produite par l'excitation sus-scapulaire, est aussi nette dans le territoire du nævus que dans les régions saines du membre supérieur; mais, avec André Thomas, j'ai remarqué que la chair de poule était un peu moindre à gauche qu'à droite dans les régions cervicale et pectorale et dans le membre supérieur.

L'injection d'un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine provoque une sudation abondante aussi bien sur le territoire du nævus que sur le reste du corps. Bien au contraire, c'est au niveau du nævus qu'elle apparaît en premier lieu, et la réaction y est sensiblement plus forte que partout ailleurs.

La paralysie vaso-motrice est donc dans ce cas l'unique grosse manifestation d'un déficit sympathique; c'est un *syndrome sympathique dissocié.*

Il est vraisemblable que cette paralysie vaso-motrice est en rapport avec l'absence congénitale d'un groupe de cellules sympathiques, origine des vaso-moteurs de la région, soit dans le ganglion cervical inférieur, soit plus probablement au niveau des centres sympathiques médullaires dans la corne latérale de la moelle dorsale supérieure (IIIe, IVe, Ve segments dorsaux).

Parmi les nævi vasculaires, il en existe donc une variété avec paralysie vaso-motrice, due à l'agenésie d'un plus ou moins grand nombre de cellules sympathiques de la colonne sympathique vaso-motrice de la moelle épinière.

Un certain nombre d'auteurs, au premier rang desquels il faut citer G. Etienne (1), avaient déjà incriminé le sympathique dans la pathogénie des nævi, non seulement des nævi vasculaires, mais aussi des nævi pigmentaires. A vrai dire, il s'agissait surtout de pathogénie des nævi en général, qu'ils fussent rangés en nævi-vascularites et nævi-névrites (nævi-névrites à topographie névro-métamérique, nævi-spinaux à localisation spino-métamérique et nævi radiculaires à topographie radiculo-métamérique), par Klippel et M. Pierre Weill (2), ou divisés par Etienne (3) en nævi-névrites, nævi-myélites, nævi-radiculites et, enfin, nævi sur les lignes de Voigt.

Ce n'est qu'incidemment qu'à propos, soit des nævi vasculaires ou pigmentaires, soit de la topographie du zona, on parle du sympathique. J'ai cité ces travaux à la bibliographie de ces syndromes.

Ici, je crois avoir isolé, parmi les nævi vasculaires une forme vaso-paralytique par agenésie de centres sympathiques spinaux, qui est un syndrome sympathique.

C. DÉDUCTIONS PRATIQUES. — Il y a donc lieu, désormais, en présence d'un nævus vasculaire, voire d'un nævus pigmentaire ou d'un zona, de rechercher si sa distribution répond ou non à une topographie sympathique, celle-ci étant distincte des topographies tronculaires, radiculaires, métamériques, cérébro-spinales.

(1) G. ETIENNE. Des nævi dans leurs rapports avec les territoires nerveux. Essai de pathogénie et d'étiologie, *Soc. de méd.*, Nancy, 10 juin 1896, *Revue méd, de l'Est*, 1896, p. 431, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept. 1897.

(2) KLIPPEL et M.-Pierre WEILL. De la disposition radiculaire des nævi. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1909, n° 5.

(3) G. ETIENNE. Sur les nævi systématiques et leur pathogénie, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août 1910.

IIIe CONFÉRENCE INTERNATIONALE SCIENTIFIQUE DE LA LÈPRE

[STRASBOURG, *28-31 juillet 1923* (1).]

La IIIe conférence internationale de la lèpre s'est ouverte le 28 juillet 1923, à l'Institut d'hygiène de Strasbourg, sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, assisté par le professeur Jeanselme, président, et le professeur Marchoux, de l'Institut Pasteur, secrétaire général.

Des deux premières conférences, la première s'était tenue à Berlin en 1897, la deuxième à Bergen en Norvège en 1909. Cette troisième conférence, organisée par le gouvernement français, réunit les délégués officiels de trente-trois Etats des cinq parties du monde qui sont venus apporter et confronter les résultats et les efforts de la lutte contre le fléau qui subsiste encore malgré les progrès de la civilisation.

Le professeur Jeanselme a résumé les travaux des précédentes réunions qui s'étaient traduits par une série de mesures médicales et légales concernant le dépistage précoce, la thérapeutique et la prophylaxie de la lèpre et précisé le but de la troisième conférence internationale.

M. le Ministre a exposé que le gouvernement a voulu apporter sa part contributive à la lutte engagée avec tant de vigueur par divers Etats et rappelle les efforts de l'Amérique du Sud et la réunion de la conférence de Rio-de-Janeiro au mois d'octobre 1922. Si le fléau a diminué depuis le moyen âge puisque, au IIe siècle, existaient dans le monde 19.000 léproseries dont 2.000 en France, il convient néanmoins de redoubler de zèle. La lèpre, en effet, ne connaît pas de frontières. M. Paul Strauss rend hommage aux représentants des trente-trois gouvernements étrangers qui se sont réunis à Strasbourg sous l'égide du glorieux centenaire de Pasteur.

La première séance de travail s'est ensuite ouverte, les délégués des différents pays sont venus apporter les résultats statistiques et géographiques de leurs efforts, particulièrement énergiques dans les pays scandinaves et au Brésil, avec des promesses et des commencements d'organisation en Afrique et en Asie.

Après une visite collective des membres de la conférence au musée Pasteur, un banquet offert par le gouvernement et présidé par le ministre de l'Hygiène, a réuni les nombreux délégués. Le professeur Ehlers et le professeur Stanziale ont remercié en termes émus le gouvernement français de l'initiative qu'il a prise.

M. Paul Strauss, après avoir exprimé la reconnaissance du gouvernement pour les délégués étrangers et français, a fait un exposé d'ensemble, plein de confiance et d'espoir, de la lutte entreprise contre la lèpre et des perspectives prochaines de nouveaux progrès pour l'atténuation et l'extinction de la redoutable épidémie.

Les membres de la conférence ont ensuite acclamé comme présidents d'honneur : MM. Ehlrers, organisateur de la première conférence à Bergen ; Lie (de Bergen), Léonard Rogers (de Londres), Stanziale (de Naples), Robello (du Brésil), Mitsuda (du Japon), Darier (de Paris).

I. DONNÉES STATISTIQUES

M. E. BOINET (de Marseille) constate que dans les Alpes-Maritimes la lèpre subsiste. Il a pu y observer 40 cas se présentant sous toutes les formes.

M. LIE (de Bergen) constate la diminution de la lèpre en Norvège depuis 1909 (de 394 il n'y a plus que 140). Pas de cas nouveau en 1922.

M. MONTPELLIER (d'Alger) dit qu'en Algérie il n'y a que des faits d'importation et que le foyer principal est en Kabylie.

M. REENSTIEMA constate aussi que la lèpre a diminué en Suède. De 891, en 1903, le chiffre est tombé à 37. La plupart de ces cas sont originaires d'Haesingland et de Délécarlie.

M. SHIRONS (de Riga), au cours d'un exposé du développement de la lèpre en Lettonie du moyen âge à nos jours, note la diminution du nombre des lépreux.

M. TALVIK (de Tartu) observe qu'en Esthonie le nombre des lépreux a diminué d'un tiers en vingt ans.

M. AVEE CHASSEN KHAN dit que, contrairement à ce que l'on croyait autrefois, la lèpre n'est pas répandue en Perse.

Le colonel J.-P. JAMES ne connaît que 4 cas en Angleterre, et encore ce sont des cas importés.

M. VAN CAMPENHOUT n'a pu établir au Congo belge, où la lèpre est endémique, une statistique complète.

M. VIGNES (de Marseille) croit à la diminution de la lèpre dans les Alpes-Maritimes ; il s'agit d'ailleurs d'une lèpre d'importation.

Le docteur IWANOW (de Moscou) parle des foyers existant encore en Caucasie et surtout en Lettonie et en Esthonie, actuellement séparées de la Russie.

Le docteur EHLERS (de Copenhague) parle de la lèpre en Islande, où l'amélioration paraît manifeste.

Le docteur RUBELLO dit qu'il y a au Brésil 7.000 lépreux sur 32 millions d'habitants.

Le médecin inspecteur général GOUZIEN, du ministère des Colonies, expose qu'en dehors du Cameroun, pays à mandat, aucun recensement des lépreux n'a été effectué dans les colonies françaises. Un travail du médecin-major Léger (décembre 1920), paru dans les *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, donne une statistique importante.

Dans les régions les plus contaminées, il y a 20 à 30 pour 1.000 lépreux, habituellement on trouve 4.000 à 5.000 lépreux pour une population de 2 à 3 millions d'habitants. La côte des Somalis et Saint-Pierre et Miquelon paraissent exempts de lèpre. L'endémie paraît progresser en Guinée et surtout à la Côte d'Ivoire, ailleurs le nombre est stationnaire.

Si le chiffre des lépreux paraît plus élevé, c'est que le dépistage y est mieux fait (personnel accru, stricte vigilance exercée, etc.).

Le docteur BERAS note la diminution de la lèpre en Bulgarie.

Le docteur JEANSELME observe combien il est difficile d'établir des statistiques. Il rappelle les cas d'Annamites qui envoyaient des remplaçants pour la visite sanitaire.

II. ÉTUDE BIOLOGIQUE

M. MARCHOUX. Il y a deux groupes de bacilles acido-résistants pathogènes :

Celui de la *tuberculose* dont l'action nécrosante provoque une réaction de défense compliquée (cellules géantes, épithélioïdes, polynucléaires).

Celui de la *lèpre* qui se développe et se multiplie à l'intérieur de la cellule, refoulant le noyau et gonflant le protoplasme.

La lèpre humaine n'est pas accessible à l'expérimentation, mais la lèpre du rat, dont l'étude est fertile en renseignements, a plus qu'une simple analogie avec la lèpre humaine.

La lèpre des rats ressemble à celle de l'homme par sa symptomatologie, sa pathogénie, son anatomie pathologique, sa marche et même sa terminaison ; elle s'en distingue parce que les bacilles sont disséminés sans ordre dans la cellule, le germe pathogène périt sur la simple influence de la dessiccation, de la chaleur (60 degrés), est inoculable au rat d'égout, au rat blanc d'élevage et même à la souris.

Les modes de propagation sont multiples. Il faut un contact direct, un transport rapide.

L'infection débute par les ganglions sous-cutanés. Il y a chez les rats des lépreux latents.

Chez l'homme la lèpre a aussi un début ganglionnaire. Marchoux a pu obtenir l'inoculation au rat de la lèpre humaine. Il croit à la transmissibilité à l'homme de la lèpre du rat et se demande si bacilles murins et humains ne sont pas des races plus ou moins fixées d'un seul et même germe. Le bacille de Hansen est peut-être d'origine animale (tandis

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux et Revues qui n'appartiennent pas à l'Association.

que le bacille de la tuberculose est plutôt végétal); il paraît anaérobie.

M. Paldrock (d'Esthonie) parle de l'affinité du bacille pour les solutions acides des colorants : acide nucléique libre dans les grains, nucléides et nucléoprotéides dans l'enveloppe et les bâtonnets.

Il rapproche la morphologie du bacille de celle des hypomycètes. Les petits grains contiendraient le centre de reproduction de son développement ultérieur.

Mme Panayotatou ne croit pas à l'hérédité mais seulement à la contagiosité de la lèpre.

M. Herman de Schotter a tenté la culture du bacille sur gélose au sérum; la culture est d'ailleurs difficile.

MM. Iwanow et Kedrowsky (de Moscou) ont fait des essais d'innoculation aux animaux et obtenu des lésions tuberculoïdes, l'un en partant d'une émulsion de nodules lépreux, l'autre en partant de cultures. Kedrowsky a obtenu des cultures inoculables aux animaux et reproduisant le granulome lépreux.

Le docteur Reenstiema (de Stockholm) a pu inoculer la lèpre au singe.

Le professeur Stanziale (de Naples) a inoculé du matériel lépreux dans la chambre antérieure de l'œil du lapin et obtenu une lèpre expérimentale locale, mais pas de lèpre généralisée. Il a fait une transplantation en série jusqu'à la troisième génération et obtenu la culture du bacille de Hansen en prélevant du matériel dans l'œil du lapin lépreux.

— La conférence est d'avis d'attendre de nouvelles expériences d'inoculation et de culture pour prendre parti dans la question.

III. PATHOLOGIE HUMAINE ET COMPARÉE

Lèpre osseuse. — M. Hirschberg (de Riga). Etude très documentée sur la lèpre osseuse, tandis que la lèpre tuberculeuse présente des lésions hyperplasiantes, la lèpre osseuse se traduit par des lésions de décalcification (fractures, abcès, ulcères). Il en est de même de la forme mixte; cela tient à une pluralité de races de bacilles.

Métabolisme basal chez les lépreux. — M. Paul Blum (de Paris) a fait un travail sur le métabolisme basal chez les lépreux; comme dans la tuberculose, on observe une légère augmentation de la chaleur basale, même dans des cas non fébricitants et sans association de tuberculose cliniquement constatable.

Tuberculoïdes de la lèpre. — M. Darier (de Paris) présente trois cas de lésions tuberculoïdes ne tuberculisant pas le cobaye. Les lésions sont un peu moins translucides que les lupus, mais hypo ou anesthésiques; on peut parfois y découvrir des bacilles acido-résistants.

MM. Paultrier et Boes présentent à ce sujet un Malgache dont le diagnostic de tuberculoïde est discuté par les membres de la conférence.

Dyschromies lépreuses. — MM. Jeanselme, Paul Blum et Edmond Terrin présentent un travail sur les dyschromies lépreuses (leprides pigmentaires et notamment la leucomélanodermie hansénienne). L'existence des troubles de la sensibilité aux divers modes, la continuation des éléments avec du vitiligo, le respect et l'intégrité du cuir chevelu en font le diagnostic différentiel d'avec la dyschromie syphilitique; à noter aussi la rapidité de la régression dans quelques cas.

Les réactions sérologiques dans la lèpre. — M. Mathis rappelle son travail en 1912 et les résultats négatifs qu'il a obtenus dans la lèpre par le procédé Calmette-Massol.

MM. Jeanselme, Marcel Bloch, Paul Blum et Edmond Terrin ont essayé les diverses recherches sérologiques sur dix sérums de lépreux (Wassermann typique, Hecht, Calmette-Massel, Levaditi, Jacobstal). Les résultats ont paru très différents suivant les cas. Le Hecht paraissait le plus souvent positif. Le Wassermann a paru négatif sur neuf ou dix des cas. L'inconstance des résultats obtenus par les méthodes de sérum chauffé et par les méthodes de refroidissement (type Jacobstal) indique une instabilité particulière du sérum des lépreux en présence des variations thermiques. Le traitement antisyphilitique paraît sans influence sur les Wassermann positifs des lépreux.

Anatomie pathologique. — MM. Jeanselme, Marcel Bloch, Paul Blum et Jean Hutinel ont eu l'occasion de faire l'autopsie de deux lépreux; les lésions observées y étaient différentes, notamment au niveau du foie; l'un avait une extrême abondance de bacilles et pas de réaction inflammatoire, ni de dégénérescences; il y avait peut-être dissémination préagonique du bacille.

Le foie, la moelle osseuse, la rate, les ganglions seuls contenaient du bacille de Hansen.

Marche de l'infection lépreuse et son évolution. — M. Marchoux. Le bacille de la lèpre est un parasite exclusif des mononucléaires; on n'en trouve pas dans les polynucléaires. Les cellules parasitées restent indépendantes, au moins chez le rat; il n'y a pas de fusion, comme pour la tuberculose, en une cellule géante. La cellule lépreuse contient le bacille et en reçoit les sécrétions.

Les manifestations cutanées sont trompeuses; elles ne sont pas toujours corrélatives d'une infection profonde.

La lèpre est longtemps latente, sans aucune manifestation extérieure; elle peut évoluer ou guérir spontanément, toute cause de diminution de résistance de l'individu en favorise le développement. La lèpre latente n'est pas seulement ganglionnaire; elle peut être cutanée, nasale, buccale, etc.

Lèpre et syphilis. — M. Milian a eu l'occasion d'observer un malade, chez lequel il y avait association de glossitte scléreux, insuffisance aortique, anévrisme de la carotide et de lèpre à forme nerveuse (type Aran Duchène).

L'association est fréquente de syphilis et de la lèpre et la biopsie quasi indispensable au diagnostic différentiel.

Aspect neurologique de la lèpre. — M. Mourad-Khran considère qu'il s'agit surtout de lésions polynévritiques et que les lésions centrales y sont rares.

IV. TRAITEMENT

M. A. Bonnet (de Nice), après avoir donné par la bouche un mélange d'huile de chaulmoogra et d'eucalyptus, lui préfère des injections intramusculaires stovaïnés d'un mélange à 50 p. 100 d'essence d'eucalyptus et d'huile d'olive. Dépasser la dose de 3 centigrammes, tous les deux jours, serait amener des crises nitridoïdes.

MM. Hudelo et Richon (de Paris) montrent l'insuffisance d'action thérapeutique des nouvelles médications préconisées dans le traitement de la lèpre (cyanure de mercure, iodure, résorcine, ainsi que les huiles et les dérivés chulmoogriques, etc., ce qui tient peut-être à la virulence particulièr de cette maladie chez les vieux lépreux.

M. H. Gougerot fait l'étude critique des traitements actuels de la lèpre :

1° Il a obtenu de bons résultats de l'héliothérapie générale sur la cicatrisation des ulcères lépreux et, en dehors des formes ulcéreuses, sur l'état général;

2° Des vaccins obtenus en broyant des léprômes riches en bacilles et en les stérilisant, auto-vaccins ou hétéro-vaccins, ont donné des résultats heureux supérieurs à ceux de la léproline, et, cette vaccinothérapie est un des meilleurs traitements de la lèpre; l'ablation et le curettage des léprômes pour obtenir des vaccins représentent d'autre part un excellent traitement local;

3° La chimiothérapie avec les éthers chaulmoogriques ne lui a rien donné dans 3 cas;

4° L'éparséno de Pomaret dans 3 cas a donné d'excellents résultats dont deux guérisons cliniques. Le traitement est délicat à appliquer en raison de la sensibilité des lépreux à cet arsenobenzène, il demande à être surveillé attentivement, mais il paraît être actuellement le plus simple et le plus efficace des traitements généraux de la lèpre.

L'auteur est partisan de tenter d'abord l'éparséno; puis de faire dans les cas résistants des cures alternées et associées des diverses médications antilépreuses. Il insiste sur la nécessité des cures de consolidation pendant plusieurs années et de la surveillance des malades cliniquement et sérologiquement.

M. Pomaret à l'occasion de la communication du professeur agrégé H. Gougerot, dit qu'à l'heure actuelle 60 cas de lèpre traités avec succès par l'éparséno (132), ont fait l'objet de communications et publications de MM. Hasson (d'Alexandrie), Prof. Aberastury et P. Balina (de Buenos-Ayres), de M. Chartres (de Marseille), de M. le médecin-major Robineau, le blanchiment des lésions sous l'influence de fortes doses du médicament, fréquemment injectées, est caractérisé par une vive réaction congestive au niveau des lésions avec hyperthermie, suivie de la fonte des léprômes de la cicatrisation des ulcères; de l'assèchement de la rhinite et de la négativation du Bordet-Wassermann. D'après M. Pomaret, il semble que les effets de l'éparséno sur les diverses manifestations de la lèpre soient dus à sa mollécule arsenicale très simple, soit qu'elle représente une forme d'arsenic euthérapeutique en quelque sorte élective pour le bacille de Hansen, soit que par suite les doses saturantes qu'il permet d'injecter en peu de temps, il favorise au plus haut point dans ces conditions les réactions normales de défense de l'organisme, ce que tendrait à prouver la forte réaction fébrile analogue à celle observée dans la régression spontanée des lésions d'une part, et sa rapide action sérologique que traduit le Bordet-Wassermann devenant négatif avant la cicatrisation des lésions d'autre part, ce qui n'est obtenu avec aucune des médications chaulmoogriques.

Sir Leonard Rogers montre le progrès dû à Heisèr, la substitution des injections d'huile à l'ingestion nauséabonde. Les sels de soude, l'huile de foie de morue, l'huile de soja, pourraient donner de bons résultats. Ces nouvelles préparations semblent stimuler la production des lipases qui dissoudraient l'enveloppe cireuse des bacilles et immuniseraient l'organisme.

Le professeur Paldrock (Esthonie) montre les effets de l'application de la neige carbonique dans la lèpre tubéreuse.

Le médecin inspecteur-général Gouzien, Président du conseil supérieur des colonies, apporte un travail documenté de MM. Noc et Janelly.

Nos médecins coloniaux ont appliqué les nouvelles méthodes, surtout celles à base d'huile de chaulmoogra ou de ses dérivés.

Il faudrait soigner non seulement la lèpre elle-même, mais toutes les maladies qui surviennent au cours de la lèpre. D'où nécessité de créer aux colonies des dispensaires et sanatoriums.

M. Noel dans 2 cas sur 7 a eu de bons résultats avec des sels de terre.

M. Bory (de Paris) qui a eu recours à des huiles de sésame leur préfère des injections de vaccin aux oosporos, ou nocardio-vaccin.

La Société de médecine et d'hygiène coloniale de Marseille s'est servie d'huile de chaulmoogra en injections, d'éparséno et même, Rigollet (de Cannes), d'injections hypodermiques de solution stychno-phospharsysinée.

Le rapport de la commission rappelle les améliorations observées à la suite de piqûres de serpents venimeux comme le cobra. Le venin des abeilles aurait des propriétés analogues à celui du cobra (Mme Phisalix), deux malades ont été traités par cette méthode.

M. Mitsuda (Japon), après avoir fait des injections intramusculaires d'huile stérilisée de chaulmoogra, a constaté une amélioration.

M. de Kaiser, parlant du traitement par le radium, admire la méthode Paldrock avec la neige carbonique.

Pour M. Malbis l'héliothérapie serait un adjuvant.

M. Jeanselme considère que les agents physiques dans des traitements de surface n'améliorent que l'esthétique du malade et n'empêchent pas l'évolution de la lèpre. En ce qui concerne le traitement par l'huile de chaulmoogra M. Jeanselme n'a jamais obtenu de bons résultats. Il faut continuer l'étude des éthers de chaulmoogra et des arsenicaux.

V. PROPHYLAXIE SOCIALE ET PRIVÉE

MM. Hudson, Pletcher, Dickson et Long, donnent des indications sur le système de ségrégation en vigueur dans leurs régions (Barbade, Malaisie, Trinitad, Afrique du Sud).

M. Van Campenout expose les mesures prises au Congo Belge et la nécessité de revenir à l'isolement par chefferies, de développer l'assistance médicale et surtout de trouver un remède efficace.

M. Marchoux expose le mode de contagion de la lèpre, maladie contagieuse dont les germes évoluent comme ceux de la tuberculose, puisqu'un bacille bien placé suffit à la transmettre.

Le lépreux latent est plus dangereux que le lépreux avéré et certains anciens foyers sont toujours en activité comme le prouvent quelques cas de lèpre erratique.

La lèpre exige pour se perpétuer une promiscuité étroite, le rapprochement sexuel est le mode de contagion le plus à redouter et le plus difficile à éviter quand il s'agit de lépreux latents.

Quand il s'agit de lépreux manifestes, les précautions de propreté banale donnent une garantie suffisante.

M. le docteur Mathis considère l'internement forcé comme une mesure draconienne. Au Cambodge, la léproserie de Troeuf ne sert qu'à masquer l'absence de toute prophylaxie. L'isolement général d'office est impossible, faute de dépistage efficace et de ressources nécessaires. Seuls devraient être internés les vagabonds. Quant aux autres lépreux, il faut les traiter aux formations sanitaires, sauf les lépreux atteints de lésions ouvertes, ne pouvant être soignés convenablement chez eux, qui doivent être internés.

M. le docteur Robineau donne des détails sur la lutte contre les lépreux du Cameroun qui comprend le ramassage, la ségrégation et le traitement.

M. le colonel James déclare que, pour la Grande-Bretagne, la déclaration obligatoire et la ségrégation sont inutiles, la lèpre étant considérée comme maladie importée.

M. Rabello expose la nouvelle législation antilépreuse du Brésil, M. Shirow, la législation en Lettonie, et M. Iwanow, l'état de la lutte en Russie depuis 1917; l'enregistrement des lépreux a été repris. Il existe 7 léproseries avec 300 malades et il en reste 700 environ hors des asiles. Une législation spéciale comprenant l'isolement obligatoire vient d'être promulguée. Quand les conditions de l'existence en Russie permettront de l'appliquer d'heureux résultats pourront être obtenus.

M. Mitsuda donne lecture d'une note sur la lutte entreprise au Japon où un village de lépreux a été organisé.

VI. LÉGISLATION

M. Anderson, secrétaire général de la mission aux lépreux, rappelle l'œuvre de cette mission qui s'occupe de 8.000 malades. Il est partisan de la méthode de ségrégation librement consentie et de la *création d'un comité permanent* qui entreprendrait une lutte intensive dans le monde entier contre la lèpre.

M. le docteur Choksy, expliquant ce qui se passe dans l'Inde, démontre que la législation de ce pays n'atteint que les pauvres et les vagabonds; il propose des mesures qui concernent spécialement ce pays.

M. Marchoux fait ensuite un exposé de ce que devrait être la législation moderne de la lèpre. Pour lui, le système de séquestration dans des léproseries est un vestige de la civilisation du moyen âge. Il faut aux lépreux des hôpitaux, des sanatoria, des dispensaires; aucune législation ne peut leur interdire de se marier entre eux; mais leurs enfants doivent être protégés et isolés des parents puisque l'hérédité est exceptionnelle.

La réglementation à adopter est celle de l'isolement domiciliaire qui a fait ses preuves en Norvège; mais les modalités de la lutte doivent varier de pays à pays. Il est inutile de parler de dispensaires et d'infirmières visiteuses dans les régions à population clairsemée, nomade et primitive.

Comme base de la législation, il faut la déclaration obligatoire, le dépistage des malades, l'isolement à domicile de ceux dont la situation le permet, et pour les indigènes le séjour dans des établissements convenables. Il faut surtout assurer aux malades un traitement efficace, des consolations et même des distractions.

M. le docteur Abbott, après avoir rappelé l'œuvre des missions organisées contre la lèpre, remercie les gouvernements représentés à cette Conférence de l'aide qu'ils apportent à oes missions.

M. Miliau demande qu'une distinction soit faite au point de vue des mesures à prendre entre les lèpres ouvertes, très dangereuses, et les lèpres fermées.

VII. RÉSOLUTIONS

Au cours de sa dernière séance du mardi 31 juillet, la Conférence internationale de la lèpre s'est occupée de l'entente internationale qui doit intervenir pour réprimer l'importation de la lèpre. Elle a voté à l'unanimité les résolutions suivantes :

La troisième Conférence internationale scientifique de la lèpre maintient les principes d'organisation de la lutte contre la lèpre admises par les conférences précédentes et adopte les résolutions suivantes :

1º Les prescriptions législatives concernant la lutte contre la lèpre doivent différer suivant les pays auxquels elles s'appliquent; mais dans tous les cas il faut interdire l'entrée des lépreux étrangers;

2º Dans les pays où la lèpre est peu répandue, l'isolement dans un hôpital ou à domicile, si celui-ci y est possible, est recommandé tel qu'il est pratiqué en Norvège.

3º Dans les foyers d'endémie lépreuse, l'isolement est nécessaire.

A. Cet isolement doit être humanitaire et laisser le lépreux à proximité de sa famille, si cette mesure est compatible avec un traitement efficace.

B. S'il s'agit d'indigents, de nomades ou de vagabonds, et d'une façon générale de personnes qui ne peuvent être isolées à domicile, l'isolement sera pratiqué et le traitement le plus efficace sera appliqué dans un hôpital, un sanatorium ou une colonie agricole suivant les cas et les pays.

C. Il est recommandable de séparer de leurs parents les enfants de lépreux dès leur naissance et de les maintenir en observation.

4º Les membres de la famille du lépreux doivent être soumis à des examens périodiques.

5º Il faut faire savoir aux populations que la lèpre est une maladie contagieuse.

6º Il y a à interdire aux lépreux les métiers qui les exposent à propager les germes de leur infection. Mais, en ce cas, la société a le devoir de considérer que cette interdiction lui impose l'obligation d'assister le malade et les personnes dont il est le soutien.

M. Marchoux rappelle les vœux émis par la précédente Conférence internationale.

Au point de vue de la transmission de la lèpre par les insectes suceurs et piqueurs, il semble prouvé par les expériences que les mouches seules peuvent être des agents de transmission ; la lèpre du rat a été étudiée et donne des horizons nouveaux sur le mode de transmissibilité de la lèpre chez l'homme.

Des travaux se poursuivent dans le monde entier pour trouver un remède efficace contre la lèpre.

VIII. VŒUX ÉMIS

La troisième Conférence, à la suite des communications qu'elle a entendues, émet les vœux suivants :

1º Que des recherches chimiques, histologiques et bactériologiques soient poursuivies pour élucider la nature de la lèpre tuberculoïde.

2º Que les recherches soient poursuivies sur la corrélation entre la lèpre humaine et la lèpre murine.

3º Qu'un remède spécifique de la lèpre soit recherché.

4º Que la Société des nations se charge de reprendre la publication du périodique *Lepra* (*Archives internationales de la lèpre*).

5º Que la Société des nations constitue un bureau international d'informations et de renseignements sur la lèpre.

6º Que la Société des nations se charge d'établir la statistique des cas de lèpre existant dans le monde entier.

M. le professeur Jeanselme clôture la Conférence en félicitant les congressistes de leur assiduité. Il remercie particulièrement le bureau, M. Marchoux, secrétaire général, et ses collaborateurs, MM. Blum et Fatou.

M. Lie et le colonel James se font les interprètes de la Conférence pour remercier le président et le bureau.

Dr PAUL BLUM,
Ancien interne lauréat des hôpitaux,
Secrétaire de la Conférence.

ACTUALITÉS

L'OSTÉOCHONDRITE DISSÉQUANTE DU GENOU

Par M. Lance.

L'origine des corps étrangers articulaires a été depuis de longues années, l'objet de travaux multiples, sans que la question soit encore complètement élucidée. Cependant, grâce à la radiographie, et aux interventions précoces que les constatations radiographiques ont permises, on a pu, dans ces dernières années, individualiser un type bien net, formant une variété considérée, jusqu'ici, comme rare, de ces corps articulaires et désignée sous le nom d'ostéochondrite disséquante. Cette affection vient d'être l'objet de deux revues générales étendues, par J. Moreau (de Bruxelles) et de A. H. Freiberg (de Cincinnati), dans lesquelles nous puisons la description qui va suivre.

Nous ne développerons pas l'historique des différentes variétés de corps étrangers articulaires, on le trouvera longuement exposé dans le travail de J. Moreau, et celui de A. Pollidori. Disons seulement que la production de corps étrangers, par la séquestration d'un fragment des extrémités articulaires, puis son détachement et sa chute dans l'articulation a été prouvée, en 1885, par les examens microscopiques et les expériences sur l'animal par Poulet et Vaillard. C'est à cette affection que König, en 1887, donne le nom d'ostéite disséquante qui lui est resté.

En quoi consiste-t-elle ?

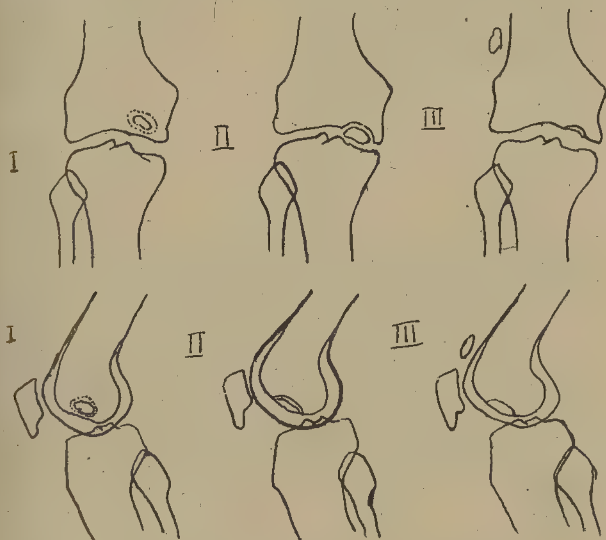
En pleine santé, à la suite d'un traumatisme plus ou moins net ou sans aucun traumatisme, un adulte est pris de douleurs vagues, mal localisées, dans un genou. Certains mouvements, pas toujours les mêmes, sont douloureux ou il a de la peine à les accomplir.

L'examen montre peu de chose : parfois un peu d'épanchement, quelques craquements. On se prépare à parler d'arthrite, de rhumatisme, mais si on a l'idée de faire plier à fond le genou et d'explorer la face axiale du condyle interne, le plus en arrière possible, vers le point d'insertion antérieur du ligament croisé postérieur, on constate que la pression y révèle un point douloureux net et bien localisé. Ce serait un signe pathognomonique (Axhausen).

Si on fait une radiographie de face et de profil, elle révèle, dans cette portion interne du condyle interne, une zone claire, une sorte de petite cupule qui contient une tache foncée. C'est la portion d'os séquestré, tantôt encore entièrement compris dans la masse osseuse du condyle, tantôt affleurant l'interligne, ou le dépassant légèrement, faisant déjà saillie dans l'articulation.

Si l'on fait une arthrotomie, à l'endroit précis indiqué par la radiographie et la douleur, on trouvera, dans les premiers stades de la maladie, un léger changement de couleur du cartilage, une tache bleuâtre, au-dessous de laquelle, l'os est raréfié,

nécrosé; même tout à fait au début, le cartilage peut avoir son aspect normal (Hellström). A une période plus avancée, on découvre un fragment osseux encastré dans sa loge osseuse, à laquelle il peut être adhérent, ou, au contraire, complètement détaché et mobile. Ce fragment osseux se présente sous forme d'une petite lentille de 20 à 25 millimètres de longueur, recouverte de cartilage du côté articulaire, tandis que la face d'implantation est fibreuse ou couverte de granulations.



Les trois stades d'évolution de l'ostéochondrite disséquante (schémas d'après les figures d'Hellström). — I. Fragment enchassé dans sa niche; — II. Fragment en voie d'élimination; — III. Corps étranger libre-loge déshabitée.

Tel est le premier stade de formation du corps étranger dans sa forme habituelle. Parfois, elle ne détermine aucun signe fonctionnel et la découverte de la lésion a été fortuite, au cours d'une autopsie ou sur une épreuve radiographique. Au contraire, dans d'autres cas, la douleur est très vive, l'épanchement articulaire abondant.

Le second stade est la libération du corps étranger et sa chute dans l'articulation. Cette libération ne semble pas fatale. Kappis et Moreau ont publié des cas où ils ont assisté à la régression spontanée de l'affection sans formation de corps étranger articulaire. Souvent cette libération est tardive et se fait par poussées séparées par des périodes de rémission pouvant durer des années.

C'est, habituellement, très lentement, au bout de plusieurs années, que le fragment osseux, d'abord pédiculé, tombe dans l'articulation et devient corps étranger.

On assiste alors aux phénomènes bien connus de la « souris articulaire », avec des crises de coincements du genou en flexion, crises séparées par des intervalles irréguliers de calme.

Une observation de Hellström rapportée par Moreau, montre que les phénomènes de coincement articulaire peuvent se produire, alors que ni la radiographie, ni l'arthrotomie ne montrent de corps étranger articulaire; on ne trouva qu'une simple différence de coloration du cartilage et cependant l'ablation de la portion d'os nécrosé fit disparaître les symptômes de coincements.

L'explication de ce fait paraît difficile.

Le corps articulaire devenu libre se modifie dans sa forme, sa structure. Il s'arrondit et se revêt de cartilage sur tout son pourtour. On a beaucoup discuté pour savoir si, complètement libre, le pédicule rompu, le corps étranger pouvait grossir. La chose ne semble plus douteuse dans certains cas (Freiberg, Meyerding, Kappis) et Freiberg rapporte l'observation d'un corps étranger repéré à la radiographie, et qui, un an après, retrouvé en un endroit éloigné de l'articulation, était de volume quatre fois plus grand.

Le corps étranger est le plus souvent unique. Quelquefois, il peut être multiple, non parce qu'il se fragmente secondairement, mais parce que le foyer de nécrose fournit successivement deux ou trois corps étrangers.

C'est ainsi que Freiberg enlève un corps étranger dans un genou, plus d'un an après une récidive se produit et la radiographie montre deux corps étrangers nouveaux. Freiberg pense qu'ils existaient, non détachés du foyer de nécrose lors de la première intervention, car, une fois ce foyer bien débarrassé du tissu nécrosé, il ne se produisit pas de récidive. La conclusion est que, même en cas d'ablation d'un corps libre, il faut toujours aller à la recherche du foyer d'origine et voir s'il ne présente pas d'autres fragments osseux en voie d'élimination.

Que devient la niche osseuse après l'ablation du corps étranger? Elle ne semble pas se combler. Freiberg a pu voir trois malades plus d'un an après l'opération : la loge, bien que présentant des bords émoussés, se voyait encore à la radiographie.

Telle est la forme habituelle de l'affection. Mais, parfois, le foyer n'est pas unique. Assez souvent, les deux genoux sont pris l'un après l'autre. Parfois il peut y avoir d'autres foyers que celui du condyle interne : on en a signalé sur le condyle externe, la rotule.

Enfin, bien qu'exceptionnellement, d'autres articulations que le genou peuvent être atteints (coude, tête humérale, tête du IIe métacarpien). Freiberg rapporte un cas indiscutable d'ostéochondrite disséquante du condyle huméral.

Il est inutile de faire remarquer que le diagnostic est des plus complexes.

Au début, s'il y a eu un traumatisme invoqué, il y aura à éliminer l'entorse du genou, les fractures parcellaires intraarticulaires, les lésions des ménisques. S'il n'y a pas eu de traumatisme, on pensera à toutes les arthrites chroniques possibles du genou. En cas d'hydarthrose, le diagnostic n'est pas plus simple. Le point capital est de penser à la possibilité d'une arthrite dissécante. Il faut alors procéder à la recherche systématique du point douloureux osseux et, si on le trouve, vérifier par la radiographie. Celle-ci réclame deux très bonnes épreuves, et il faut les examiner avec soin, car, la lésion n'est pas de celles qui sautent aux yeux, au premier examen d'un cliché.

Ces difficultés du diagnostic, dans le premier stade de la maladie, explique peut-être la rareté des observations. L'affection est, sans doute, plus fréquente qu'on ne le suppose, puisque le même chirurgien Hellström en a vu quatre cas, Freiberg cinq cas, en quelques années, et elle joue peut-être un rôle prépondérant dans la formation des corps étrangers articulaires.

A la période de souris articulaire, avec crises de coincement articulaire, le diagnostic est plus simple. Il faudra éliminer les arrachements des ménisques. On recherchera, avec soin, par des radiographies

faites sous diverses incidences, le corps étranger articulaire. Celui-ci reconnu, on se rappellera les quatre grandes causes possibles de l'affection : fragments provenant de fractures parcellaires (cause exceptionnelle), ostéophytes dans l'arthrite déformante, ostéochondrite disséquante, et ostéochondromatose.

Dans ce dernier cas, les corps étrangers dérivent de la synoviale hypertrophiée. Ses replis deviennent exubérants, et cartilagineux à leur extrémité. Il s'en détache des corps arrondis ostéocartilagineux qui sont, en général, multiples et parfois si nombreux, que la synoviale entière en est bourrée, comme un sac rempli de billes (voir Henderson, *The amer. Journ. of orth. Surg.*, mai 1917, vol. XV, et déc. 1918, vol. XVI).

Quelle est l'origine de l'ostéite disséquante ?

On a longtemps cru qu'il s'agissait d'une lésion purement traumatique. Il est certain qu'il existe des fractures parcellaires du fémur ou du tibia avec projection intraarticulaire des petits fragments. On a pu en produire expérimentalement sur l'animal (Cornil et Coudray, Bœcher, Casalicchio) ou sur le cadavre humain (Poncet, etc.). On en cite quelques observations anciennes (Gendrin, Malherbes, Begin) et récemment Lambotte (*Soc. belge d'orth.*, 18 nov. 1922, *Arch. franco-belges de chir.*, janv. 1923, p. 91) en rapporte un cas cas certain. Ce sont des cas exceptionnels.

Ici, cette origine est invraisemblable et Freiberg énumère d'excellentes raisons pour repousser cette pathogénie. Dans beaucoup de cas, le traumatisme n'a pas existé ou a été insignifiant. Le point d'élection de la lésion est remarquablement protégé par sa situation. Le cou-de-pied, le poignet si souvent lésés par des traumatismes ne sont jamais atteints par la maladie. La lésion est souvent double, symétrique. Enfin, dans des cas rapportés par Ludloff, Hellström, Freiberg dans lesquels la radiographie a permis un diagnostic précoce, l'ouverture du genou a montré le revêtement cartilagineux intact ou à peine lésé, et le fragment d'os malade non séparé du reste du condyle.

Les lésions macroscopiques et microscopiques font penser à une nécrose osseuse. Quel est son origine ? S'agit-il d'une lésion inflammatoire, infectieuse ? Dans un cas observé par Lucas-Championnière et examiné par Cornil et Coudray, la conclusion a été qu'il s'agissait de tuberculose. Sauf ce cas, toutes les recherches ont été absolument négatives.

S'agit-il d'une contusion violente de l'os amenant une nécrose partielle et formation ultérieure d'un séquestre, on pourrait le penser, lorsque l'infection succède à un choc violent du genou, par exemple, sur le bord d'une table (Freiberg), d'une barre de cuivre (Moreau). Mais, König avait déjà montré que le trauma était parfois insignifiaut ou inexistant.

Ludloff (1908) qui a étudié la circulation du genou montre que dans l'épiphyse du fémur, les artérioles sont souvent terminales. Il en est ainsi pour l' « arteria genu media » qui irrigue le ligament croisé postérieur et le condyle interne du fémur. Son oblitération infectieuse ou traumatique entraîne la formation d'un infarctus osseux. Malheureusement, cette description ne s'applique qu'à l'enfant. Or, l'ostéochondrite disséquante ne se voit que chez l'adulte.

Tout récemment, Henderson, puis Freiberg ont remarqué que chez les malades atteints d'ostéochondrite disséquante, on trouve assez souvent (pas toujours) un développement anormal du tubercule antérieur du tibia. Or, le genou étant fléchi et le tibia tourné en dehors, ce tubercule vient frapper le condyle fémoral au point habituel de la lésion. Ils supposent que pour que celle-ci se produise, il faut la concomitance de trois facteurs : 1° Une longue épine du tibia ; 2° une torsion de la jambe en dehors, le genou étant fléchi ; 3° l'existence dans le condyle d'une artériole terminale.

C'est ce qui expliquerait la rareté de l'affection.

Mais cette théorie n'explique pas les lésions bilatérales, multiples. Il faut avouer que nous ne connaissons pas encore la cause véritable de l'ostéochondrite disséquante.

Heureusement, nous sommes beaucoup plus fixés sur le traitement.

Si quelques rares cas ont guéri par l'expectative, la règle est la formation de corps étrangers, quelquefois multiples. Tombés dans l'articulation, ils peuvent devenir d'une recherche difficile, nécessitant une large arthrotomie transrotulienne verticale, aussi la plupart des auteurs conseillent-ils d'intervenir, dès que le diagnostic radiographique est fait, au moment où le séquestre est encore enclavé dans le condyle ou attaché par un pédicule. L'intervention est alors fort simple : le genou tenu en flexion, une petite incision de la synoviale permet d'aborder le foyer, de l'explorer et d'enlever la zone nécrosée entière, évitant ainsi toute rechute.

Les malades opérés ainsi et suivis pendant plusieurs années n'ont, en effet, jamais montré de récidive.

M. LANCE.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES. — A. POLLIDORI. Sur les corps mobiles articulaires. *La Chirurgia degli organi di movimento*, avril 1922, vol. VI, fasc. 2, p. 187.

HELLSTRÖM. *Acta chirurgica scandinavica*, nov. 1922, vol. LV, fasc. 2, p. 190.

MELVIN S. HENDERSON. Lésions chroniques non inflammatoires du genou, *Arch. de chir.*, janv. 1923, vol. VI, n° 1, p. 118.

A. H. FREIBERG. L'ostéochondrite disséquante, *The Journ. of Bone and Jonit Surg.*, janv. 1923, vol. V, n° 1, p. 3.

J. MOREAU. L'ostéochondrite dissécante du genou, *Arch. franco-belges de chir.*, fév. 1923, XXVI, n° 2, p. 131.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 AOUT 1923)

Vaccination préventive contre la conjonctivite aiguë à bacilles de Weeks. Son importance dans la lutte antitrachomateuse. — MM. Charles NICOLLE, E. CONSEIL et A. CUÉNOD. Depuis les travaux classiques de Morax, l'étude de la conjonctivite aiguë à bacilles de Weeks a été plutôt délaissée ; cette indifférence tient à la bénignité habituelle de la maladie en Europe et à la difficulté de conserver dans les laboratoires un agent pathogène dont la vitalité est de très courte durée et qui n'est pathogène pour aucun animal de laboratoire.

Dans les pays où sévit le trachome, la conjonctivite aiguë s'associe fréquemment au trachome et contribue à l'aggraver en créant des complications oculaires redoutables ; aussi MM. Nicolle, Conseil et Cuénod ont-ils cherché à vacciner l'homme contre le bacille de Weeks.

Ils ont d'abord résolu la question de la conservation de ce microbe en le cultivant sur gélose additionnée de 1/100 d'amidon ou de fécule de pomme de terre à laquelle ils ajoutent un quart de sang défibriné (lapin ou homme). Un vaccin

préparé avec ces cultures permet de vacciner préventivement l'homme par voie sous-cutanée. Cette méthode de vaccination contre la conjonctivite aiguë peut rendre de réels services dans la lutte antitrachomateuse.

Réactions irrégulières au filtrat de bouillon de culture chez les chèvres infectées de micrococcus melitensis. — M. Et. BURNET a constaté que les chèvres infectées par le micrococcus melitensis ne réagissent pas comme l'homme à l'inoculation d'une faible quantité de filtrat (melitine), ce qui aurait fourni un moyen très pratique de reconnaître les chèvres infectées et d'écarter leur lait de la consommation.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉVRISMES POPLITÉS

DÉFINITION. — On voit survenir au niveau des vaisseaux qui traversent le creux poplité des tumeurs anévrismales qui peuvent être : anévrismes artériels, cas le plus habituel, et anévrisme artério veineux quelquefois. C'est une des régions de l'organisme où les anévrismes sont assez fréquents.

ÉTIOLOGIE. — On peut opposer schématiquement les deux variétés. Les anévrismes artériels étant presque toujours pathologiques (c'est-à-dire sans rapport avec un traumatisme), les anévrismes artério-veineux étant, au contraire, presque toujours traumatiques.

Anévrismes non traumatiques. — CAUSES PRÉDISPOSANTES. — *Age.* — Adultes plus souvent que sujets âgés, par opposition à d'autres anévrismes artériels qui surviennent plutôt chez le vieillard.

Sexe. — Hommes beaucoup plus souvent.

Professions. — Qui nécessitent une station assise prolongée (tailleur, cordonnier).

CAUSES DÉTERMINANTES. — *a.* Tenant à la paroi vasculaire : à peu près constante. Cependant, athérome relativement rare (sujets trop jeunes); mais habituellement : alcoolisme, surtout syphils provoquant mésartérite, qui sera retrouvée dans la majorité des cas.

b. Extrinsèque : on a proposé beaucoup de théories pour expliquer la localisation. Raccourcissement de l'artère par flexion prolongée, distension brutale de l'artère dans le passage de la flexion à l'extension. Aucune n'est satisfaisante.

Exceptionnellement : Exostose, abcès s'ouvrant dans les vaisseaux.

Anévrismes traumatiques. — *a.* Les vaisseaux sont très profonds et ne peuvent être atteints que par leur face antérieure en cas de lésion osseuse des condyles. Possibilité d'anévrismes artériels dans ces cas, mais très rares.

b. Par leur face postérieure, au cours d'une plaie pénétrante : arme blanche, couteau ..., ou projectile, en général, de petit calibre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Anévrisme artériel.** — Assez souvent bilatéral.

1° SIÈGE. — Toujours sur le gros tronc, jamais sur les collatérales. Peut se développer dans le segment supérieur de l'artère : anévrisme fémoro-poplité, ou dans le segment inférieur, dans la région ou l'artère donne ses branches : anévrisme tibio-poplité.

2° POCHE ANÉVRISMALE. — *Forme.* — Fusiforme ou sacciforme, quelquefois anévrisme disséquant.

Dimension. — Variable, s'accroît peu à peu; peut atteindre et dépasser le poing.

Contenant. — Ou la paroi artérielle est refoulée (cas habituel), ou exceptionnellement, si consécutif à traumatisme, la membrane conjonctive qui entourait l'hématome, s'organise progressivement et se recouvre d'un endothélium à sa face profonde jusqu'à simuler une paroi artérielle normale.

Contenu. — Sang liquide avec caillots les uns frais, les autres organisés, pouvant obturer une grande partie de la poche anévrismale.

Développement. — L'accroissement est limité :

— en avant par l'os et l'articulation (peut, cependant, user l'os, la capsule et les ligaments articulaires).

— en haut et en bas par les anneaux aponévrotiques au delà desquels l'anévrisme se prolonge rarement.

— latéralement par les muscles qu'il peut refouler.

— en arrière par la face libre du creux poplité. De ce côté, l'aponévrose et la peau forment une barrière peu résistante.

La compression des organes, traversant le creux, est fréquente : Veines et nerfs.

Evolution anatomique. — L'accroissement est progressif et sans arrêt. Possibilité d'obturation spontanée par caillots qui s'organisent (exceptionnellement). Dans la règle, évolue vers la rupture.

3° ETAT DES VAISSEAUX. — Dilatation des vaisseaux de suppléance, très variable suivant leur élasticité : cette dilatation manquera s'il y a sclérose artérielle généralisée, et si les sujets sont âgés.

Anévrisme artério-veineux. — 1° SIÈGE. — Quelconque. Si les troncs sont, le plus souvent, atteints, on peut trouver aussi des anévrismes artério-veineux en un point quelconque du creux.

2° POCHE ANÉVRISMALE. — N'existe pas fatalement, peut manquer.

Anévrisme sans sac, assez fréquent.

a. *S'il y a sac*, il peut être un intermédiaire aux deux vaisseaux, ou artériels, ou veineux, ou enfin sac double.

Forme. — Variable, irrégulière.

Dimension. — Reste toujours petit.

Contenant. — Paroi conjonctive. Endothélium incomplet.

Contenu. — Sang liquide, jamais de caillots.

Développement. — Pas de tendance à l'accroissement.

Evolution anatomique. — Se modifie peu.

b. *S'il n'y a pas de sac* : communication simple ou canal court intermédiaire.

3° ETAT DES VAISSEAUX. — Artère dilatée au-dessus, atrésiée, paroi amincie au-dessous. Veines dilatées au-dessous, parois épaissies (veines artérialisées)

SYMPTOMES. — **I. Anévrismes artériels.** — DÉBUT. — Lent, insidieux par troubles fonctionnels vagues longtemps inaperçus : gêne aux mouvements du genou, œdème léger de la jambe et du pied.

Troubles sensitifs : fourmillements, élancements. Examen, en général, négatif à cette période.

ETAT. — *Signes fonctionnels.* — Les mêmes, mais augmentés.

Examen. — a. *Signes locaux.* — *Inspection.* — Tuméfaction, peut être quelquefois visible quand elle est grosse.

Palpation. — La tumeur sera, en général, facilement perçue, ses limites ne seront cependant pas faciles à préciser. Masse molle fluctuante, réductible. La peau est mobile au début, peut adhérer complètement plus tard. Les battements rythmés au pouls seront, le plus souvent, très nets. Ils peuvent manquer si la poche est oblitérée par des caillots.

Expansion, c'est-à-dire, gonflement en masse de la tumeur pendant le remplissage systolique. Les doigts appliqués contre elle, sont soulevés en masse et écartés les uns des autres.

Percussion. — Elle est mate bien entendu.

Auscultation. — Battement systolique, souffle systolique, rude et facile à percevoir. Quelquefois il y a deux souffles.

b. *Signes à distance.* — *Examen du pouls.* — Le pouls en aval (pédieuse) est modifié : dans le temps : il est retardé; dans ses caractères : il est, en général, diminué.

Mesure de la pression artérielle au-dessous : diminuée, indice oscillométrique faible.

Modification des signes par compression : la compression sus-jacente fait cesser les phénomènes (battements, expansion, souffle). La compression au-dessous (manœuvre dangereuse) les augmente.

Des ganglions peuvent être trouvés dans la région inguinale.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés pour l'année scolaire 1923-1924 :

Clinique médicale (Cochin) : MM. Raulot-Lapointe, chef du laboratoire de radiologie; Joltrain, chef du laboratoire de bactériologie; May, chef adjoint.

Clinique médicale (Saint-Antoine) : MM. Grigaut, chef des travaux de chimie; Brel, chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie; Ronneaux, chef des travaux d'électrologie et radiologie.

Clinique obstétricale (Tarnier) : MM. Clogne, chef de laboratoire; Cartier, chef adjoint.

Clinique obstétricale (Beaudelocque) : MM. Powilewicz et Petetin, chefs de laboratoire.

Clinique obstétricale (Pitié) : M. Minvielle, chef de laboratoire.

Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. Welter, chef des travaux d'ophtalmologie; Lehmann, chef de laboratoire d'électricité et de photographie; Schaeffer, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; Aubel, chef du laboratoire de chimie; Dumas, chef du laboratoire de psychologie.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) : MM. Sézary, chef du laboratoire de physiologie pathologique (délégué); Bloch, chef du laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie.

Clinique thérapeutique (Pitié) : MM. Bordet et Géraudel, chefs de laboratoire.

Hygiène et clinique de la première enfance (Enfants-Assistés) : M. Dorlencourt, chef de laboratoire.

Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) : M. Reilly, chef de laboratoire.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie : M. Cléret, chef de laboratoire.

Stomatologie : M. Chompret, chef de travaux.

Anatomie médico-chirurgicale : MM. Grégoire, agrégé, sous-directeur des exercices de médecine opératoire; Bloch, chef de laboratoire.

Pathologie chirurgicale : MM. Wolfromm, chef de laboratoire; Moulonguet, chef adjoint.

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) : M. Moutier, chef de laboratoire.

Clinique propédeutique (Charité) [fondation de la Ville de Paris] : MM. Durand, chef de laboratoire; Cottenot, chef du laboratoire d'électroradiologie.

— M. Roger, professeur de pathologie expérimentale et comparée, est nommé doyen, pour trois ans, à partir du 12 juillet 1923.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Giraud, agrégé, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de médecine légale (chaire vacante).

— LYON. — M. Teissier, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire, à dater du 1er novembre 1923.

— NANCY. — M. Richon, agrégé libre, chargé de cours, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de pathologie interne et clinique médicale propédeutique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1924, des cours de clinique annexe :

MM. les docteurs Gourdet, clinique des maladies des voies urinaires; Sébilleau, clinique des maladies infectieuses.

MÉRITE AGRICOLE. — Sont nommés :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Fourgous, médecin principal de la marine à Ferryville; Heckenroth, médecin-major des troupes coloniales à Dakar.

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ASSURANCES SOCIALES. — La médaille d'honneur des assurances sociales est attribuée à :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Bompaire (de Millau), Boudin (de Paris), Brouillet (de Dormes), Gaillard (de Millau).

Médaille de bronze. — M. le docteur Faucher (de Fourchambault).

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées aux personnes dont les noms suivent pour services rendus à la mutualité :

Médaille d'or. — M. le docteur J.-V. Delaunay (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Coutray de Pradel (de Paris), G. Massabuau (de Montpellier), Victor Pauchet (de Paris), Vallée (d'Anzin), Serin et Silve (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Arnandon, Brossard, d'Ompuis, Heller, Huchot, Laufer, Magnin, Offret, Perrin, Raisonnier, Roullier (de Paris), Bellicaud (de Rouen), Coutances (de Montferrand), Deborter (de Lille), Malaussène (de Nice), Mary (du Bourget), Piet (de Denain), Uzan (de Tunis), Vaysettes (de Marseille).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Allard (de Grenoble), Audouin (de Royan), Bosviel, Deschamps et Monjauze (de Paris), Lasaygues (de Toulouse).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Sauvineau (de Versailles).

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — L'Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. La session de 1923 commencera le 4 octobre et sera terminée le 15 décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 18 au 22 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante : Pathologie exotique. Professeurs : MM. Dopter, Joyeux, L. Martin. — Parasitologie. Professeur : M. Brumpt. — Bactériologie. Professeur : M. Roger. — Hygiène et épidémiologie exotiques. Professeurs : MM. Marchoux, Teissier, Tanon. — Maladies cutanées. Professeur : M. Jeanselme. — Chirurgie des pays chauds. Professeur : M. Lecène. — Ophtalmologie. Professeur : M. de Lapersonne. — Règlements sanitaires. Professeur : M. L. Bernard.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. L'Institut possède trente microscopes à immersion, dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves. L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention médecine ; 3° les docteurs étrangers pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : Un droit d'immatriculation, 60 francs. Un droit de bibliothèque, 10 francs. Droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie), 350 francs. Deux examens gratuits. La dispense d'une partie des droits de laboratoire peut être accordée, à titre exceptionnel, par M. le Doyen, à des docteurs ou à des étudiants français qui devront adresser une demande justificative au secrétaire général de l'Institut de médecine coloniale.

Conditions d'admission. — Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 15 septembre, tous les jours, de midi à 3 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

NOTE DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de médecine, par G.-H. Roger, Fernand Widal, P.-J. Teissier. Fascicule XV : *Affections des glandes salivaires, du pancréas et du péritoine* ; 1 vol. de 564 pages avec 133 figures et 2 planches en couleurs. Prix, relié : 40 fr. — E. Parmentier et E. Chabrol. Pathologie des glandes salivaires. Du pancréas ; — Paul Londe. Affections aiguës du péritoine ; — Macaigne. Affections chroniques du péritoine ; — F. Dévé. Kystes hydatiques du péritoine. — Paris, Masson et Cie.

Traité complet de thérapeutique oculaire générale et spéciale, suivi d'un index memento alphabétique récapitulant toutes les indications thérapeutiques et toutes les médications nouvelles, par le docteur A. Darier, ancien président de la Société d'ophtalmologie de Paris, oculiste du ministère de l'Intérieur, membre de plusieurs sociétés savantes, etc. 1 volume in-8 de 740 pages. 2e édition. — Prix : 30 francs. — Paris 1923, Jouve.

Instruments et modes personnels de séméiologie et de thérapeutique otologiques, par le docteur Molinié. Brochure, 90 pages avec figures. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les pronostics du praticien en clientèle, par Ch. Fiessinger. (*Comment guérir?* Bibliothèque des Praticiens publiée sous la direction du docteur Ch. Fiessinger.) In-8, 1923. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le cancer, par le docteur Thomas. 1 volume, 211 pages avec figures. — Prix, relié : 9 fr. 50. — Paris, Quillet, 278, boulevard Saint-Germain.

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Vidal et Dareau. Edition 1923, aide-mémoire portatif, format 145 × 80, comprenant : 1° table par indications thérapeutiques des spécialités figurant au Dictionnaire : facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné ; 2° dictionnaire donnant tous les renseignements essentiels (composition, formule, posologie, etc.) qui permettent la prescription d'une spécialité sans erreur ; 3° nomenclature purement nominale de toutes les spécialités pharmaceutiques médicales avec nom et adresse du fabricant. — Paris, Office de vulgarisation pharmaceutique, 5, rue de Tracy.

L'adaptation de l'évolution, par Et. Rabaud. 1 volume. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Chiron, 40, rue de Seine.

Transillumination du sinus sphénoïdal. Technique nouvelle, par le docteur Louis Samengo. — **Le thermo-injecteur**, par le docteur Louis Samengo. 2 brochures in-8. *La Semana medica.* — Buenos-Aires 1923, Imprimerie de Obras et de E. Spinelli, 2254-cordoba.

REVUE GÉNÉRALE

APPENDICITE, COLOTYPHLITES ET PÉRITYPHLITE

Par le docteur A.-C. GUILLAUME.

Après avoir, pendant plusieurs années, régné en maître sur la pathologie abdominale, le dogme de l'appendicite est aujourd'hui sérieusement attaqué; l'appendicite chronique, sous l'importance et la violence des attaques, se démembre, elle ne sera bientôt plus que l'ombre d'elle-même; quant à l'appendicite aiguë, elle est aussi l'objet de critiques qui diminuent l'importance qu'on lui accordait auparavant.

Rien n'est plus intéressant dans une science que la marche même de cette science, disait Laënnec; rien n'est aussi plus nécessaire à l'exacte compréhension d'un problème, que la connaissance de ses phases évolutives, et ceci est vrai, non seulement de l'ensemble d'une science, mais encore de chacun de ses problèmes particuliers.

En étudiant rétrospectivement le déroulement des travaux et des théories, en retrouvant les hésitations par lesquelles sont passés ceux qui ont apporté leur pierre à l'édifice de la doctrine, on mesure mieux les imperfections de celle-ci, ses erreurs, ses exagérations, comme ses oublis.

L'historique d'un problème n'a donc pas seulement un intérêt de simple curiosité, il présente également un intérêt pratique de premier ordre : *il montre les défauts des théories admises.*

Une critique de l'actuelle doctrine de l'appendicite est donc inséparable d'une étude rétrospective de son développement.

Et puisque le dogme de l'appendicite est attaqué aujourd'hui, il semble donc opportun, avant que d'entreprendre la discussion des faits cliniques, de faire dès maintenant l'étude de son histoire.

Si, lisant les Traités anciens, les Traités qui sont antérieurs à la première moitié du XIXe siècle, on cherche une description de l'appendicite, on ne trouve rien qui réponde directement à ce terme nosologique, la notion d'appendicite n'existait en effet pas alors, et la connaissance des altérations appendiculaires se perdait au milieu des descriptions relatives aux inflammations du péritoine et de l'intestin.

En faisant connaître la fréquence et l'importance des lésions de l'appendice, les médecins du XIXe siècle ont réparé une grave omission pathologique.

Ayant alors péché par défaut, on se fourvoie à présent par excès; aujourd'hui que l'on étudie par les méthodes radiologiques d'observation les troubles et les lésions de l'intestin comme ceux des viscères voisins, et qu'en matière d'appendicite on possède l'expérience qui résulte d'un très grand nombre d'observations, on s'aperçoit que la part faite à l'appendicite dans la pathologie de l'abdomen est trop belle et qu'un tel diagnostic est loin d'être toujours satisfaisant; on tend donc à retrancher du domaine de l'appendicite nombre de faits pathologiques que l'on aurait, voici quelques années, sans hésitation aucune, classé parmi les états appendiculaires.

C'est par l'histoire de ces variations de la doctrine en matière d'appendicite, que nous allons tout d'abord commencer cette étude, nous la continuerons par un exposé et une discussion des faits cliniques qui démontrent qu'à côté de l'appendicite, et aux dépens de sa conception moderne, il y a lieu de faire une place aux affections propres du côlon droit, aux *colotyphlites droites.*

I

HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT DE LA NOTION D'APPENDICITE

Les mots n'ont de valeur que par le sens qui leur est attribué; il est donc particulièrement utile de préciser ici l'exacte valeur des termes employés.

Quelques précisions sur les termes employés. — L'inflammation du cæcum, et d'une façon plus générale les lésions de ce segment du gros intestin, ont depuis longtemps, été désignés sous le nom de TYPHLITE (Albers), l'appendice vermiforme du cæcum étant alors considéré comme faisant partie intégrante de cet organe, on groupait ses lésions avec celles du cæcum et on les désignait globalement sous le nom de *typhlite*; si besoin était de préciser quelque peu la topographie des lésions on ajoutait alors : *typhlite avec ulcération, gangrène, ou perforation de l'appendice.*

La lecture des textes anciens démontre que tel était bien alors le sens du mot typhlite, *on ne séparait pas l'appendice du cæcum* (1).

Jusqu'au dernier quart du XIXe siècle, où le terme APPENDICITE (R. Fitz) est introduit dans le vocabulaire médical, ces dénominations sont donc les seules employées.

Jusqu'au premier quart du XIXe siècle, les lésions de voisinage du cæcum et de l'appendice n'avaient pas reçu de dénomination spéciale, on se contentait alors de dire qu'il y avait, associés à ces lésions, une péritonite locale ou générale, une inflammation, un abcès ou un phlegmon du tissu cellulaire avoisinant. Dans le deuxième quart du XIXe siècle, des termes nouveaux sont introduits dans le vocabulaire médical pour désigner ces lésions secondaires des typhlites : on propose le terme de PÉRITYPHLITE (Puchelt) pour nommer la péritonite développée au voisinage du cæcum et en rapport avec les lésions de cet organe, on propose, de même, le terme de PARATYPHLITE (Grisolle) pour désigner l'inflammation du tissu cellulaire développé dans les mêmes conditions.

En somme, les termes que nous retrouverons sans cesse dans cette étude des lésions du cæcum et de son appendice sont les suivants : *typhlite, pérityphlite, paratyphlite*, enfin, le dernier en date, *appendicite.* Ajoutons que certains auteurs avaient proposé, voici bientôt un siècle, et pour préciser la localisation exclusive au cæcum de certaines lésions, d'employer le mot CÆCITE (Piorry); il y avait ainsi, parmi les états de typhlite : des cæcites et des lésions de l'appendice du cæcum.

A l'exception du mot appendicite qui a été conservé, les autres termes sont passablement tombés en désuétude.

---

(1) Meding (1842), puis à son exemple Luton (1884) « embrassent dans une seule et même description deux affections dont les relations réciproques sont si intimes, et en les désignant pour cela par le terme collectif de TYPHLOPÉRITYPHLITE », et dans ce groupe les auteurs classaient à la fois les accidents attribués à des lésions du cæcum et ceux qui relevaient des lésions de l'appendice vermiforme du cæcum.

On ne parle plus guère, en effet, aujourd'hui, de *typhlite* ou de *pérityphlite*, quant aux termes *paratyphlite* et *cæcite*, ils sont à présent totalement inconnus de la majorité des médecins.

Le sens attribué à ces mots s'était d'ailleurs modifié voici une trentaine d'années, le mot de typhlite avait pris à cette époque une signification moins extensive, et sous-entendait la lésion du cæcum à l'exclusion des lésions de l'appendice, typhlite s'était donc identifié au mot cæcite.

L'importance doctrinale attribuée aux lésions du cæcum dans la genèse des accidents typhlo-pérityphliques ayant rapidement diminué dans les dernières années du XIXe siècle, le terme de pérityphlite, qui avait été conservé plus longtemps que les autres, est lui-même tombé en désuétude, il a été remplacé par le mot *péri-appendicite*.

On se sert aujourd'hui, pour désigner les lésions qui n'intéressent que l'intestin, à l'exclusion de l'appendice vermiforme du cæcum, du terme de *colite droite* ou de celui de *colotyphlite*, groupant ainsi ensemble des lésions, inséparables l'une de l'autre, du cæcum et du côlon ascendant.

Le mot appendicite est-il un bon terme nosologique? — En 1889, l'Américain Reginald Fitz propose de dénommer APPENDICITE les *lésions de l'appendice iléo-cæcal*; en 1889 Mac Burney, en 1892 Talamon, font usage de ce mot; à la suite de ces deux auteurs le terme d'appendicite entre dans la pratique du langage médical.

Le mot appendicite était-il particulièrement bien choisi?

Le moins que l'on puisse dire de lui c'est qu'il n'est pas orthodoxe. Krafft (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1893, n° 12) écrit : « Il y a cinq ans (1888) je résumais au professeur von Volkmann les grandes lignes de ma dissertation sur la pérityphlite, et je glissais ce mot, nouveau alors, d'appendicite; Volkmann sursauta sur son fauteuil. Oh! non, non, pas ce mot là; appendix est latin, la terminaison ite est grecque, ça ne va pas, il faut chercher autre chose. Il escalada une petite échelle et descendit un dictionnaire grec du plus haut rayon de sa bibliothèque. *Prophysite* n'est pas bien joli, c'est vrai, alors dites *pérityphlite appendiculaire*, et j'ajouterai pour définir mieux encore l'affection nouvelle *stercorale perforatrice*. »

Nombreux ont été ceux qui, d'ailleurs, ont voulu réagir contre le terme appendicite.

En 1900, Virchow disait à Sonnenbourg : « Appendicite est un mauvais mot que tout anatomiste instruit attribuera à un appendice épiploïque et qui ne fera pas penser au processus vermiforme. Le mot de pérityphlite me semble suffisant. »

Nothnagel préconisa l'emploi du mot *Skolikoïdite*, Küster celui du mot *Epityphlite* (épityphlon-appendice).

Toutes ces critiques adressées au terme appendicite sont en effet légitimes car, au point de vue étymologique, le mot appendicite prête à contestation : il n'est pas de formation homogène. Faut-il pour cette seule raison le remplacer par un autre? Ce que l'on peut dire à coup sûr c'est qu'il est, pour le moins, trop tard aujourd'hui pour revenir en arrière et substituer à ce mot un autre qui ferait figure d'inconnu. La fortune même du mot appendicite interdit toute tentative de réforme qui n'aurait d'autre raison d'être que le souci de l'orthodoxie grammaticale.

Pour ces raisons, il n'y a rien à changer au terme appendicite, car tout un chacun en comprend aujourd'hui l'exacte valeur.

Etude historique des troubles qui ont pour siège la fosse iliaque droite. — Les péritonites généralisées ou localisées à la fosse iliaque droite, les phlegmons du tissu cellulaire contenu dans cette région, sont connus depuis l'antiquité.

En 105 après J.-C., Aretée, puis Celse (qui donne une idée assez exacte des connaissances médicales de l'antiquité), parlent déjà des inflammations péricæcales; ils savent que ces lésions peuvent être consécutives à des altérations de l'intestin.

Esculanus de Padoue (au XVe siècle) incisant un abcès stercoral droit trouve un calcul intestinal.

Une étude historique de ces problèmes de la pathologie ne peut donc porter sur la connaissance même de l'existence de ces lésions, elle doit porter, au contraire, sur l'évolution des idées quant au mécanisme de production de ces états et leurs rapports avec les états inflammatoires ou irritatifs de l'intestin iléo-cæcal et de l'appendice vermiforme du cæcum.

Pour les nombreuses générations de médecins qui, pendant près de vingt siècles, se sont occupés de ces lésions, le problème se limite en effet à démêler la part qui, dans les lésions de pérityphlites et les accidents caractérisés par le syndrome typhlo-pérityphlique, revient aux altérations de l'appendice vermiforme du cæcum et celle qui doit être attribuée aux lésions et troubles fonctionnels du cæcum.

Cette question peu débattue jusque vers la fin du XVIIIe siècle, a été à l'ordre du jour des problèmes médicaux qui ont retenu l'attention des médecins du XIXe siècle, leur lent et patient labeur a considérablement démêlé l'écheveau embrouillé de ce problème pathologique et nous a fourni l'essentiel des connaissances nécessaires pour juger de cette question.

Au XVIIIe siècle, Morgagni et Boerhave attribuent l'*inflammation du gros intestin* à la *rétention* et à la *déshydratation fécale*.

Morgagni, qui connaît l'existence des lésions de l'appendice, les considère comme inoffensives, et cette manière de voir était fondée sur l'expérimentation; ayant plusieurs fois, chez des animaux, réséqué l'appendice sans provoquer de troubles graves, il concluait à l'*indifférence pathologique des lésions appendiculaires*.

Haller, Baillié, au XVIIIe siècle, notent dans leurs recherches anatomiques l'*existence des calculs de l'appendice*; ils n'attachent d'ailleurs aucune importance particulière à ces faits, les classant simplement comme des curiosités anatomiques.

Les premières observations d'appendicite. — En 1735 Fabricius Haldann publiait une observation qui peut à la rigueur passer pour celle d'un *abcès appendiculaire ouvert dans la vessie*.

En 1759 Mestivier *incise un abcès de la fosse iliaque droite;* le malade ayant succombé, l'*autopsie montra l'existence d'une lésion de l'appendice et la présence d'une épingle dans ce diverticule de l'intestin*.

C'est la première observation indéniable d'appendicite.

En 1766, Lamotte signale un cas de *concrétion fécale dans l'appendice.*

En 1767, Salques publie l'observation d'un cas d'*expulsion de l'appendice par l'anus* (1).

En 1808, Jadellot apporte l'observation d'une *inflammation de l'appendice* liée à la *présence d'un helminthe lombricoïde*, et Weglerer (1813), signale un cas d'*appendicite stercorale* avec perforation et présence de calculs stercoraux; en fait, Weglerer est très prudent dans ses conclusions et, malgré la constatation dans la cavité appendiculaire de quatre petits calculs, ce médecin n'infère pas de leur présence à la détermination de l'inflammation de l'appendice, il pense seulement que ces corps étrangers ont aggravé les lésions inflammatoires.

On trouve aussi dans la *Gazette de santé* de 1817, une observation dans laquelle on voit qu'une *noix de cacao engagée dans la lumière appendiculaire*, avait déterminé des accidents mortels.

En 1824, Louyer Villermay publie l'observation d'une *péritonite mortelle due à une perforation de l'appendice*. Devant l'Académie Royale il discute deux observations analogues. « Chez l'un comme chez l'autre malade — dit-il, — il n'y a pas eu d'agonie, mais au contraire, peu avant la mort, une amélioration apparente, avec calme trompeur. »

La connaissance anatomique et clinique de ces lésions de l'appendice et des accidents qu'elles déterminent se précise donc, mais le nombre des cas connus est encore infime, quand, en 1827, Mélier publie un travail qui est capital dans l'histoire de l'appendicite.

Mélier apporte en effet *plusieurs observations d'inflammation de l'appendice iléo-cæcal* due — dit-il — *à la stase fécale* qui détermine l'*inflammation suivie d'engouement, de gangrène et de déchirure*. De l'analyse des six observations, dont quatre sont personnelles (trois cas de perforation de l'appendice avec péritonite généralisée, un cas d'appendicite à rechute), Mélier tire une série de conclusions d'ensemble du plus haut intérêt et qui montrent que cet auteur a eu la claire vision de l'importance des lésions de l'appendice.

Mélier écrivait en effet : *On n'a jusqu'à maintenant pas porté suffisamment d'attention à l'appendice vermiculaire... Et s'il était possible d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades au moyen d'une opération; on arrivera peut-être un jour à ce résultat* » (2).

Cette conception parfaitement nette et presque prophétique du problème de l'appendicite n'eut pas le sort qu'elle méritait et malgré de telles précisions le travail de Mélier passa à peu près inaperçu de ses contemporains qui, pour la plupart, ne s'en occupèrent que pour lui dénier toute espèce de valeur; Mélier, précurseur de génie, se vit ainsi, par le manque de sagacité de médecins d'alors, frustrer du mérite de sa patiente observation.

Dupuytren, véritable chef de file de l'école chirurgicale de ce temps, tout en rendant hommage à la valeur de son élève Mélier et à l'intérêt du travail de celui-ci, n'est nullement tenté de reconnaître aux lésions de l'appendice une importance comparable à celle que Mélier leur attribue dans la genèse du phlegmon de la fosse iliaque droite; l'inflammation de l'appendice, pour Dupuytren, continue à se confondre avec les lésions cæcales.

Le phlegmon de la fosse iliaque droite et la typhlite stercorale. — C'est à l'étude du *phlegmon de la fosse iliaque droite* que Menière (1828) consacre deux mémoires importants; il adopte les idées de Dupuytren et, mirage de l'opinion qui sacrifie volontiers l'originalité géniale aux affirmations des gens en place, s'élève contre les conclusions de Mélier qu'il juge mal fondées et contraires à la logique.

C'est aux mêmes *tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite* que Husson et Dance (1827 et 1828) consacrent un mémoire, mais, comme Louyer Villermay, et contrairement à l'opinion de Dupuytren et de Ménière, ces auteurs *font aux lésions de l'appendice une importante part dans la genèse de ces états phlegmoneux iliaques droits*.

Quelques années plus tard, Petrequin étudie les *dangers de la perforation intestinale en plein péritoine*.

Comme on le voit, et bien que le travail de Mélier n'ait pas reçu des médecins d'alors toute l'attention qu'il méritait sans aucun conteste, la question n'en est pas moins posée, dans le monde scientifique, du rôle possible des lésions appendiculaires dans la genèse des altérations et des troubles qui ont pour siège la fosse iliaque droite.

De 1830 à 1840 toute une série de travaux, reflet pour la plus grande part des conceptions de Dupuytren, visent, en effet, à préciser la connaissance clinique et pathogénique de ces états.

Analysons-les rapidement en procédant par ordre chronologique.

Puchelt (1829) propose le terme de *pérityphlite* pour désigner les états d'*inflammation péricæcale*, et fait une étude clinique de cette affection, revisant les descriptions antérieures.

Dupuytren et ses élèves attribuent les troubles inflammatoires de la fosse iliaque droite à la stase des masses fécales dans le cæcum.

Merling (1836) fait jouer un rôle important aux concrétions et aux corps étrangers, et affirme l'étroite interdépendance du cæcum et de l'appendice.

Burne (1837 et 1839) trouve, en pratiquant des autopsies, des *inflammations avec ulcération du cæcum sans qu'il y ait d'abcès péricæcal*; il conclut que, dans la majorité des cas, la cause de la pérityphlite est une inflammation de l'appendice avec ulcération et perforation.

Grisolle (1839) attribue la pérityphlite au processus de perforation de l'appendice, soit spontanément, soit par gangrène, par corps étranger, ou matières durcies, processus qui aboutit, tantôt aux abcès gangréneux, tantôt aux abcès phlegmoneux.

Albers de Bonn (1837) décrit une affection du cæcum, *inflammation limitée de ce viscère*, qu'il désigne sous le nom de TYPHLITE; il distingue la *typhlite stercorale avec exsudat séro-sanglant de la pérityphlite avec exsudat purulent*. Au point de vue étiologique, Albers admet que la pérityphlite peut survenir primitivement comme conséquence de fautes de régimes et du refroidissement.

Vers 1840, la position du problème était donc la suivante :

On admettait l'existence de lésions propres du

(1) Il s'agissait peut-être d'un cas d'invagination intestinale.

(2) Ces commentaires de Mélier accompagnaient l'histoire d'une observation d'appendice perforé contenant une concrétion fécale. Le malade était mort en dix-huit heures, à la suite d'un lavement donné dans une phase de calme trompeur qui avait fait croire à la guérison. En outre, Mélier signalait l'histoire d'un cas d'abcès à répétition de la fosse iliaque droite incisé par Dupuytren et qui finit quatre ans plus tard, en déterminant une péritonite généralisée. L'appendice était perforé.

cæcum (typhlite) et celle de lésions péricæcales (pérityphlite); les mémoires de Ménière, Husson, Dance, Grisolle, Albers, avaient apporté des précisions sur la nature et les caractères cliniques de ces lésions de pérityphlite.

Parmi ces *tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite*, ces *abcès péricæcaux*, les auteurs distinguaient ceux qui se développent dans le péritoine qu'ils nomment *pérityphlite*, et ceux qui se développent dans le tissu cellulaire voisin du cæcum qu'ils nomment *paratyphlite* (1).

Au point de vue de la pathogénie de ces états de pérityphlite, l'opinion était partagée.

D'un côté la plus grande partie des médecins, avec à leur tête Dupuytren, Ménière, Albers, faisaient dépendre la pérityphlite et la paratyphlite de l'existence de lésions cæcales et, comme causes déterminantes de ces lésions de typhlite, ils incriminaient la *stase stercorale*. D'un autre côté, quelques esprits hardis, violemment combattus d'ailleurs, admettaient que les lésions de l'appendice pouvaient être à même de déterminer les affections pérityphliques.

C'est, au fond, cette opposition de doctrine qui va persister jusqu'au dernier quart du XIXe siècle, et Mathieu pouvait, à juste titre, écrire en 1901 :

« La théorie stercorale de la typhlite et de la pérityphlite satisfit les médecins, jusqu'il y a vingt ans environ; quand on relevait une perforation de l'appendice, ce qui arrivait forcément au cours d'un certain nombre d'autopsies, on la considérait comme la conséquence de la typhlite, comme une complication de ses formes graves. La typhlite était regardée comme la conséquence de la constipation et de l'accumulation des matières fécales dans le cæcum. Cette accumulation devenait la cause d'une inflammation de la muqueuse qui se communiquait au tissu cellulaire en dehors et, plus rarement, au péritoine en dedans. Il en résultait une pérityphlite qui pouvait aboutir à la production d'un abcès souspéritonéal de la fosse iliaque. »

La pérityphlite est-elle d'origine appendiculaire ou d'origine cæcale? — Pendant toute cette période, qui s'étend de 1840 à 1880, la discussion porte donc uniquement sur les causes et le mécanisme de production de la pérityphlite.

En 1841, Malespine publie un mémoire sur les lésions de l'appendice et sur les accidents qui en sont la conséquence. Il se range à l'opinion de Mélier et combat celle de Dupuytren.

Renvers insiste sur l'existence de lésions propres au cæcum et apporte des observations d'inflammations et d'ulcérations cæcales pures qu'il attribue à la pression de coprolithes ayant la grosseur d'un œuf de pigeon et qui étaient enclavés dans une poche diverticulaire cæcale, et dans un cas même s'étaient développés autour d'un calcul biliaire du volume d'une noisette.

Rokitanski (1842), n'abandonne pas l'idée de la stase stercorale, Volz (1846) attribue une grosse part aux concrétions fécales de l'appendice dans le processus de perforation et préconise le traitement par l'opium des accidents liés à la perforation cæco appendiculaire.

(1) A cette époque on croyait que le cæcum était partiellement rétro-péritonéal. Bardeleben (1849) confirmé par Trèves (vers la fin du XIXe siècle) a montré que le cæcum est intrapéritonéal; Trèves a insisté sur la réaction péritonéale et non cellulaire consécutive aux lésions du cæcum et de l'appendice.

Bamberger, en 1855, fait une série d'études cliniques sur le traitement de la pérityphlite. Revenant aux idées de Rokitansky, Bossard décrit une pérityphlite gauche, et fait jouer un rôle important à la stase fécale.

Von Volkmann attribue une part importante à la tuberculose et aux ulcérations typhiques dans la genèse de la typhlite et de la pérityphlite.

Hancock (1848) ouvre un abcès iliaque droit d'où s'échappent des concrétions fécales.

Dans son traité des maladies du tube digestif (On diseases of the alimentary canal. Londres, 1857). Habersohn écrit : « L'ulcération et la perforation de l'intestin sont beaucoup plus fréquemment trouvées associées avec une maladie de l'*appendice* qu'avec des ulcérations du cæcum lui-même; ceci, cependant, est parfois le cas... Ces cas sont, cependant rares; l'ulcération de l'appendice cæcal, beaucoup plus fréquemment, conduit à des adhérences du péritoine, des abcès stercoraux ou à la péritonite généralisée. »

En 1858, en Amérique, Georges Lewis souligne l'importance de l'appendicite dans une étude très précise.

En 1859, Leudet fait une étude des ulcérations de l'appendice iléo-cæcal. « La perforation de l'appendice est, dit-il, de toutes les solutions d'une partie isolée de l'intestin, celle que l'on observe peut-être le plus fréquemment. »

En 1867, Parker apporte quatre observations analogues à celles publiées en 1848 par Hancock.

En 1879, Biermer déclare que la pérityphlite est toujours la conséquence d'une perforation de l'appendice due à une concrétion stercorale.

En 1879 et en 1880, respectivement, With et Matterstock, étudient les conditions de production des abcès.

En 1879, au Congrès de Copenhague, With présente en effet un travail sur la péritonite appendiculaire, avec 30 observations à l'appui. Il attribuait à des appendicites adhésives guéries, ce qu'on considérait jusque-là comme des typhlites terminées par résolution. Une telle conception fut considérée alors comme révolutionnaire. Matterstock (1880) groupe 146 cas de suppuration péricæcale et démontre que dans 132 cas il y avait eu perforation de l'appendice; il insiste en outre sur l'importance des concrétions stercorales.

En 1882 (Soc. anat.), Talamon, dans un cas d'appendicite, montre l'influence de l'infection microbienne, insiste sur le rôle des concrétions et formule le principe du vase clos.

Nous verrons que Dieulafoy, quelques années plus tard, s'est fait l'ardent défenseur de cette conception pathogénique des accidents de l'appendicite.

En somme, tandis que fidèle à l'opinion de Dupuytren et d'Albers, Béhier, Munchmeyer, Grisolle, et beaucoup d'autres, défendent l'idée de typhlite, un grand nombre de chercheurs insistent sur l'importance des lésions appendiculaire dans la genèse des accidents et soutiennent la conception de la prédominance de l'importance pathologique de l'appendice.

Parmi ces derniers signalons les noms de Bodart, de Favre, de Merling, de Leudet, de Duplay, pour n'en citer que quelques-uns.

Petit à petit, mais péniblement, la notion d'appendicite, malgré les résistances doctrinales, se dégage du chaos des faits observés.

Pendant toute cette période (de 1830 à 1876), nom-

breux en effet sont les travaux dans lesquels il est fait état des lésions de l'appendice (ulcération, perforation, gangrène). Signalons notamment les travaux suivants :

De 1830 à 1840 : Merling, Burne, Bodey, Iliff, Petrequin, Posthuma, Esche, Frank, Southam. De 1840 à 1850 : Broca, Briquet, Malespine, Stockes, Hancock, Stumpf, Volz, Bodart, Becquerel, Bonnet, Bürger, Legrand, Tardieu, Tavignot. De 1850 à 1860 : Favre, Forget, Bühl, Leudet, Barth, Cless, Barlow, Powel, Habersohn, Parrot, Réber, Schnürer. De 1860 à 1870 : Aufrecht, Barthez, Bartholow, Behm, Bossard, Büchner, Crouzet, Eisenschutz, Farquahrson, Hall, Hallette, Kellner, Langdon-Dawn, Larret-Lamalignie, Le Dantec, Moers, Peacock, Philip, Vidal, Willard-Parker. De 1870 à 1876 : Audouard, Chenet, Earle, Fouilloux, Gourley, Lancereaux, Hergott, Legrain, Reignier, Weber, Williams.

Parmi ces travaux certains sont de simples observations, unique ou multiples, d'autres des travaux de plus grande importance. Parmi ces derniers il y a lieu de signaler les travaux d'ensemble de Merling (1836) sur l'*anatomie pathologique des lésions appendiculaires;* de Bodard (1844), sur les *perforations du cæcum et de l'appendice;* ceux de Bodey (1830), de Forget (1853), de Volz (1844), de Leudet (1859), de Kellner (1861), de Favre (1851), Behm (1869), Bossard (1869), Burne (1837 à 1839), Cless (1857), Crouzet (1866), Earle (1876), Eisenschutz (1866), Forget (1853), Gourley (1875), Habersohn (1857), Hallette (1867), Kellner (1861), Larret-Lamalignie (1862), Peacock (1868), Philip (1860), Posthuma (1837), Reber (1859), Schnürer (1854), Southam (1839), sur le même sujet. Le travail de Malespine (1841) sur les *accidents dus aux lésions de l'appendice*; ceux de Bartholow (1866), Bürger (1842), Esche (1837), Hergott (1872), Ledantec (1865), Legrain (1875), Moers (1868), Weber (1871), sur le même sujet (articles de revue ou de traité, thèses, monographies).

Les nombreuses publications qui sont écrites en France, en Suisse, en Allemagne, en Angleterre ou en Amérique, montrent bien que les lésions de l'appendice retiennent l'attention générale, et que, chaque jour, leur importance va s'affirmant davantage aux yeux des médecins.

De tous ces travaux, dont aucun ne déclanche le grand mouvement d'intérêt et de vogue en faveur de l'appendicite auquel on assistera quelques années plus tard, on peut dire qu'ils sont le lent, patient, mais obscur travail de fondation, qui pose les assises sur lequel va ensuite s'élever rapidement l'édifice de l'appendicite.

Pendant cette même période (1840 à 1880) sont effectués des travaux anatomiques, repris ultérieurement, qui précisent les rapports du cæcum et de l'appendice avec le tissu cellulaire et le péritoine. Bardeleben (1849), puis Krause, Henle, Luschka (1861) montrent que l'ancienne conception anatomique d'un cæcum entouré en grande partie de tissu cellulaire, est erronée; bien au contraire, le cæcum est complètement entouré de péritoine. Ce sont ces conclusions qui seront confirmées ultérieurement par Trèves (1885-1887), Tuffier (1887), Maurin (1890), Ferguson (1891). Comme on le voit ce point d'anatomie a son importance dans l'explication des rapports des lésions du cæcum et de l'appendice, avec les *pérityphlites* (lésions du péritoine), et les *paratyphlites* (lésions du tissu cellulaire), en expliquant le pourquoi de la prédominance de la première de ces deux lésions.

Résumons donc l'état du problème tel qu'il se présente vers 1880, à l'aube du grand mouvement de diffusion de la notion d'appendicite.

Blachey (1870) écrit :

« Les lésions du cæcum ont été beaucoup moins étudiées que celles de l'appendice vermiculaire. C'est au chapitre des typhlites, des pérityphlites qu'il faut chercher dans les auteurs la description des accidents que peuvent déterminer les lésions du cæcum et surtout celles de l'appendice. Le résultat commun de ces diverses lésions est, en effet, l'inflammation du péritoine qui tapisse la fosse iliaque ou du tissu cellulaire si abondant dans cette région.

« Si l'on envisage d'une manière générale les perforations du tube intestinal, on voit que c'est dans l'appendice iléo-cæcal que ces lésions se rencontrent le plus souvent. »

Parlant ensuite des pérityphlites, Blachez dit encore :

« Ces lésions peuvent, sans aucun doute, se manifester, à la suite de l'inflammation simple du tissu cellulaire abondant qui entoure le cæcum. Il est en outre possible que les phlegmasies qui se développent dans cet organe puissent, par simple voie de contiguité, se propager au péritoine ou au tissu cellulaire; mais il est incontestable, que les accidents multiples qui ont été décrits sous le nom de typhlites ou de pérityphlites reconnaissent habituellement pour cause la perforation de l'appendice iléo-cæcal. »

Le rôle des corps étrangers (à l'exception des calculs stercoraux) considéré longtemps comme déterminant a, dans cette même période évolutive du problème, été mise en doute par Favre (1851) qui donne toute l'importance aux calculs stercoraux; Habersohn (1857), puis Leudet (1859), mettent en doute l'influence des corps étrangers quelle que soit leur nature (stercoraux ou non); Blachez (1870) fait intervenir les troubles de l'irrigation de l'appendice et attribue la gangrène à l'oblitération des vaisseaux.

Pour ce qui est du traitement de ces états, Blachez résumant les opinions en cours, donne les indications suivantes :

La perforation est surtout à considérer. Il faut s'efforcer : 1° de la prévenir; 2° si elle se produit en atténuer les conséquences.

Pour prévenir la perforation dans les cas d'engouement du cæcum, Blachez conseille de vider l'intestin en agissant *prudemment* à l'aide de laxatifs doux, répétés, à doses faibles et continues (huile de ricin, purgatifs salins, eaux minérales purgatives, lavements émollients et huileux).

Si la région cæcale devient plus douloureuse, si quelque envie de vomir se manifeste, mettre l'intestin au repos.

Si la perforation s'est produite, diète absolue, opium à doses élevées, repos complet, émissions sanguines (sangsues) sur la région douloureuse et cataplasmes émollients, puis ensuite application de glace.

Si la tumeur s'enflamme et marche vers l'extérieur on donnera issue à son contenu dès que la fluctuation se fera sentir. Les caustiques auront la préférence sur l'instrument tranchant.

Mais Blachez ne se fait pas d'illusion sur l'efficacité de ce traitement de la perforation; après avoir rapporté l'opinion de Stokes qui en a paraît-il retiré les meilleurs effets, une guérison de Chomel et une

de Volz, Blachez dit que, par la méthode antiphlogistique, Bamberger a obtenu un succès sur 38 cas, et que le traitement par l'opium n'a donné *aucun* succès sur 8 cas.

Blachez ajoute : « Cette lugubre statistique ne saurait cependant décourager le médecin; d'autres ont été plus heureux et nous avons vu, en effet, que les lésions consécutives aux perforations du cæcum ou de l'appendice peuvent se limiter. C'est à ce but que devront tendre tous les efforts. »

En résumé, la notion d'appendicite, son importance dominante sinon exclusive dans la genèse de la pérityphlite, est un fait qui, s'il ne triomphe pas encore, est arrivé, bon gré, mal gré, à se répandre et à acquérir droit de cité dans les conceptions médicales. Ce qui cependant n'a fait aucun progrès marquant, c'est la thérapeutique de ces états. A qui la faute? Moins aux conceptions doctrinales sur le mécanisme de ces lésions qu'à l'absence de progrès en matière opératoire; par crainte de l'opération qui apparaît comme une éventualité de gravité supérieure au mal, on reste, tout en déplorant l'impuissance des moyens médicaux de traitement, dans une expectative douloureusement angoissée.

Les progrès effectués dans l'art de la chirurgie (antisepsie, asepsie), de la chirurgie abdominale notamment, en ouvrant des horizons nouveaux à la thérapeutique, vont en quelques années modifier du tout au tout le problème de l'appendicite.

La notion d'appendicite triomphe et se répand. — Nous voici au troisième quart du XIXe siècle, la question de l'appendicite prend alors un tour nouveau; comme le dit Mathieu (en 1901) : « Il y a vingt ans commença une série de publications qui vint renverser de fond en comble cet édifice en apparence si solide; elles démontrèrent que l'appendicite et la péri-appendicite due souvent à une perforation, étaient la cause des accidents dans l'immense majorité des cas, sinon même dans leur généralité. On en vint même à dire que la typhlite devait être rayée des cadres nosologiques et être remplacée par l'appendicite. »

Jusqu'en 1880, quelles que fussent les conceptions, le traitement de l'appendicite et de la pérityphlite était nous l'avons vu avant tout l'expectative. Volz, en 1846, avait préconisé l'opium pour traiter ces états. On incisait, il est vrai, les abcès de la région iliaque, le plus souvent d'ailleurs par incision médiane; parfois aussi on ponctionnait ces abcès.

A partir de 1880 les tentatives d'ablation de l'appendice se multiplient, soit par laparotomie au cours de la péritonite, soit avant que celle-ci se révèle par des signes évidents. Schmidt (de Moscou), Lawson Tait (1881), Burchard [de New-York] (1884), Mahomed (de Londres) et Kummel pratiquent ces interventions.

En 1884, Fenwick, et quelques mois plus tard Kronlein, pratiquent l'appendicectomie.

En 1885, Lymond pratique une intervention analogue.

Alors qu'en Europe on hésite et tâtonne, le pas décisif dans le problème de l'appendicite et de son traitement opératoire est fait en Amérique.

En 1886, Reginald Fitz (de Boston) publie en effet un mémoire qui fixe l'attention des médecins, car, réunissant 257 observations de lésions perforantes de l'appendice [il désigne l'affection sous le nom d'*appendicite*], Fitz montre l'importance pratique de ces états, et déclare qu'ils commandent l'acte opératoire.

Fitz conclut, en outre, à la nécessité de l'intervention chirurgicale précoce; deux ans plus tard, Fitz confirme et accentue ses conclusions.

Parmi les chirurgiens américains qui insistèrent avec Réginald Fitz sur la nécessité d'opérer, il faut citer Bull, Lewis Smith, Murray, Weir.

Dès cette époque, la notion d'appendicite se répand et triomphe dans les pays anglo-saxons.

En 1889 Mac Burney propose à nouveau le terme d'*appendicite* et apporte huit observations d'ablation à chaud de l'appendice iléo-cæcal.

Les opérations se multiplient dans les pays anglo-saxons, et les conclusions des opérateurs tendent à démontrer que lorsqu'on intervient pour des symptômes attribués à une typhlite *c'est toujours l'appendice qu'on trouve primitivement lésé.*

Malgré les travaux américains, malgré les travaux français anciens de Mestivier, de Mélier, de Husson, on tarde en France à reconnaître à l'appendice son rôle pathologique évident. L'influence de Dupuytren continue à faire effet. Comme le disent Bérard et Vignard :

« En France, la tradition interrompue fut lente à se renouer : tel est le prestige des formules, que l'on continua à publier jusqu'à la thèse de Maurin (1890), comme contributions à la pérityphlite, des observations dans lesquelles il n'est question que d'appendicite. A Lyon les thèses de Pravaz en 1888, et de Richeron en 1892 sur la pérityphlite, en sont la preuve; elles nous montrent qu'une notion n'est définitivement acquise, que lorsqu'on s'est décidé à la revêtir d'un vocable nouveau et approprié. »

R. Fitz, puis Mac Burney ayant montré les dangers de l'appendicite et la nécessité de son traitement chirurgical, ayant plaidé vigoureusement pour l'opération à chaud, trouvent un écho en Europe dans la thèse de Krafft (1888), et deux interventions sont pratiquées la même année (1888) dans le service de Von Volkmann.

Après l'opération à chaud, l'appendicectomie à froid est à son tour pratiquée. Trèves en 1887 resèque à froid, après deux crises, un appendice; en 1890 Kummell publie 2 observations d'appendicectomie.

A Paris, la première opération d'opération à froid de l'appendice est pratiquée, semble-t-il, par E. Schwartz en 1891, puis à quelques temps de là (1891), par Routier, enfin (1892), par Jalaguier.

En 1893, deux chirurgiens lyonnais, Poncet et Jaboulay insistent à leur tour sur la nécessité d'intervenir précocement dans les cas d'appendicite aiguë.

Depuis lors les opérations d'appendicectomie se sont si rapidement multipliées que c'est par centaines que se comptent chaque année les appendicectomies pratiquée aujourd'hui dans chacune des grandes villes du monde.

En fait, deux noms sont avant tout attachés, en France, à la dissémination de la notion d'appendicite et à sa vulgarisation dans le monde médical : ce sont les noms de Talamon et de Dieulafoy.

Il est curieux de remarquer à ce propos, et pour une affection principalement chirurgicale, que ce sont des médecins et non des chirurgiens qui, chez nous, ont fait le plus pour répandre et faire accepter la notion d'appendicite.

En 1892, Talamon après plusieurs études partielles, publie une longue étude sur l'appendicite;

ce volume, véritable traité, montre toute l'importance de cette affection.

Quelques années plus tard, Dieulafoy prend parti en faveur de la notion d'appendicite, il mène la lutte, non sans une violente opposition, pour faire connaître cette affection. D'autres publications contemporaines ou postérieures à celles de Dieulafoy font époque dans l'histoire de l'appendicite.

Parmi celles-ci, signalons celles de Monod et Vanverts (1897), Legueu (1897), les travaux de Letulle, Walther, Broca, Auvray, Jalaguier, Guinard, Bérard et Vignard, en France; ceux de Sonnenburg (1894), Sprengel, Aschoff (1908) en Allemagne; ceux de Ryers on Fowler (1900), de Kelly et Hurdon (1905), en Amérique; ceux de Lockwood (1906), en Angleterre.

Citer tous les travaux qui, pendant cette période traitent de l'appendicite, nous entraînerait trop loin; contentons-nous d'esquisser rapidement l'histoire du développement de quelques-uns des points particuliers du problème de l'appendicite (anatomie pathologique, théories pathogéniques, etc.), pendant ces dernières années du XIXe siècle qui voient le triomphe éclatant de l'appendicite. *(A suivre.)*

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE MONTPELLIER (1922-1923)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

M. Albert MARIA. **De la sécrétion mammaire au cours d'infections gynécologiques sans gravité** (27 fév. 1923, n° 27). — Sans insister sur l'importance médico-légale de la question, l'auteur s'attache à la pathogénie de ces faits. Il pense qu'aucune des théories invoquées n'a de valeur générale, mais que, sous réserve de nouvelles acquisitions, on peut admettre deux phases dans le mécanisme de la lactation. Dans la première, dite cinétogène ou de préparation glandulaire, interviennent des produits endocriniens spécifiques, probablement ovariens. La seconde, crisogène ou sécrétoire, relève peut-être d'hormones mais peut aussi dépendre d'actions mécaniques, soit externes (succion, brûlures), soit internes (traumatisme opératoire).

M. Pierre FLEURY. **Contribution à l'étude des occipito iliaques gauches postérieures** (14 mars 1923, n° 33). — Variétés rares de la présentation du sommet, les O. I. G. P., si elles se terminent spontanément chez les multipares, font, chez les primipares, le plus souvent partie de la dystocie. Chez elles, la rotation vers le sacrum est assez fréquente. Après avoir patienté le plus longtemps possible, l'accoucheur, s'il doit appliquer le forceps, ne tentera la rotation que sur le plancher périnéal, et saura, le cas échéant, accepter le dégagement en occipito sacrée. La morbidité maternelle ne comporte guère que des effractions périnéales.

M. Eugène MARGAILLAN. **Les troubles oculaires d'origine ovarienne** (25 juillet 1923, n° 75). — Tantôt simplement fonctionnels (blépharospasmes et parésies oculaires), tantôt d'ordre anatomique, de la cornée aux membranes profondes, ces accidents paraissent relever des relations qui existent entre l'appareil sympathique et la sécrétion interne de l'ovaire. L'insuffisance ovarienne joue donc son rôle dans ces états oculaires considérés comme des manifestations de la dyssympathicotonie.

M. Henri DOME. **Contribution à l'étude des ascites dans les fibromes utérins** (25 juil. 1923. n° 79). — Concomitante au fibrome dans le dixième des cas, l'ascite relève, non pas de la tumeur elle-même, mais de l'irritation mécanique de la séreuse, toujours associée à une infection microbienne atténuée. Même quand la tumeur est enlevée, si la condition infectieuse est réalisée, une ascite pourra évoluer. Les grandes ascites sont une indication pressante à l'ablation du fibrome. Si l'ascite évolue après hystérectomie, la colpotomie postérieure est l'intervention de choix.

M. Claude GIRARD. **Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la puerpéralité** (28 juil. 1923. n° 81). — L'aggravation fréquente de la tuberculose pulmonaire par la puerpéralité est en rapport avec l'anergie tuberculinique de la gestation; l'âge de la malade, la multiparité et la forme clinique de la tuberculose ostéo-articulaire semblent peu influencées. Mais les grossesses répétées font apparaître la tuberculose chez les prédisposées. L'avortement thérapeutique provoqué ne doit pas être systématiquement proscrit. Mais il n'est pas de formule mathématique répondant à tous les cas. Il n'est que des décisions d'espèce. L'allaitement est à déconseiller, même chez de simples prédisposées. L'hérédité de graine existe, mais elle est exceptionnelle, et il est impossible d'en déterminer la fréquence.

M. Emile SCHULZ. **Comment, dans les salpingites, se ferme l'orifice abdominal de la trompe** (28 juil. 1923, n° 85). — Au mécanisme invoqué par les classiques, l'auteur oppose comme plus exact et plus précis le processus invoqué par les professeurs Forgue et Grynfellt. Tantôt la fermeture autonome du pavillon résulte de l'accolement des axes conjonctifs des franges dénudées de leur épithélium, suivi de la rétraction cicatricielle de ces moignons conjonctifs, tantôt l'enveloppement du pavillon, non investi, par des membranes plus ou moins épaisses, succède à l'enfouissement des franges au sein de néo-membranes ou d'adhérences avec les organes voisins. Les deux processus peuvent d'ailleurs se combiner pour donner naissance à des types complexes.

PAUL DELMAS.

LIVRES NOUVEAUX

Traitements physiothérapiques des séquelles des blessures et des accidents du travail (1), par les docteurs GUILLEMINOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; DAUSSET et DUREY, assistants de physiothérapie à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Préface par le professeur A. GILBERT, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, membre de l'Académie de médecine.

La collection que dirigent MM. les docteurs Mouchet, Terrien, Villaret continue sa publication régulièrement.

Le volume qui vient de paraître diffère un peu des précédents en ce sens qu'au lieu d'être spécialisé à un organe il est consacré aux applications des traitements physiothérapiques aux différentes séquelles des blessures et des accidents du travail. Il comprend trois parties :

Electrologie et radiologie dans les séquelles des blessures et des accidents du travail, par le docteur GUILLEMINOT : électrodiagnostic, électrothérapie, radiodiagnostic, radiothérapie et radiumthérapie.

Kinésithérapie et rééducation fonctionnelle dans le traitement des séquelles des blessures et des accidents du travail, par le docteur DUREY.

Indications et technique de la thermothérapie, de l'hydrothérapie, de l'héliothérapie dans les séquelles des blessures et des accidents, par le docteur Henri DAUSSET. L. G.

Chirurgie de la tête et du cou (2) [6e édition], par Ch. LENORMANT et P. BROCQ.

Il ne s'agit pas d'une nouvelle édition simplement refondue du Précis bien connu qui a fourni une longue carrière sous la signature du docteur Lenormant. C'est, en réalité, un livre entièrement nouveau.

(1) In-16 de 400 pages avec 62 figures dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de 338 pages avec 245 figures. — Prix : broché, 10 francs; cartonné toile, 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

De l'ancienne édition n'ont été conservés que les chapitres de chirurgie restés classiques. Les chapitres, qui traitent de la *chirurgie du crâne, de l'apophyse mastoïde et de l'oreille moyenne, des sinus de la face, des voies d'abord de la partie profonde des fosses nasales et du naso-pharynx, des nerfs de la face, du bec-de-lièvre et des divisions congénitales du palais, des amputations de la langue, des fistules du canal de Sténon, du larynx, du corps thyroïde,* ont été complètement transformés.

Les auteurs ont, en outre, ajouté de nouveaux chapitres, en particulier *les cranioplasties, la résection partielle du maxillaire supérieur, le traitement des pseudarthroses du maxillaire inférieur, la technique de l'extraction de la dent de sagesse du maxillaire inférieur, les rhinoplasties, les chéiloplasties, les voies d'abord larges des gros vaisseaux du cou, l'exérèse des grosses tumeurs du cou.*

Des aperçus anatomiques précèdent l'exposé des opérations de telle sorte que le lecteur peut se passer de faire appel à un traité d'anatomie.

L'illustration, enfin, a été presque entièrement refaite; une partie des figures a été empruntée intégralement ou après simplification aux auteurs dont sont préconisés les procédés; les autres sont originales et ont été exécutées sur des sujets de médecine opératoire ou d'après des opérations sur le vivant.

L. G.

Le Bacille de la diphtérie (1), par le docteur Max Christiansen.

Les recherches exécutées à l'Institut sérothérapique de l'Etat Danois et à l'hôpital de Blegdam (clinique pour les maladies infectieuses de l'Université de Copenhague) par M. Christiansen ont eu pour but d'élucider les relations qui peuvent exister entre les bacilles pseudo-diphtériques, les bacilles de la diphtérie non virulents et les bacilles de la diphtérie virulents.

Dans ce but, l'auteur a étudié la morphologie, la virulence, la production de toxines, la fermentation des hydrates de carbone et les réactions sérologiques d'une série de souches bacillaires, et examiné la question si controversée des « bacilles courts » et des bacilles non pathogènes pour le cobaye; il conclut que la fixation du complément et surtout l'absorption de l'anticorps fixant le complément permettent d'établir une classification des divers types de bacilles diphtériques.

L. S.

Le Supplément 1923 à la 2e édition du *Formulaire Astier* (2).

La médecine marche à pas de géant. Il y a un an qu'a paru la deuxième édition du *Formulaire Astier*, auquel le public médical a fait un si flatteur accueil, et voilà qu'il est déjà besoin de le mettre à jour.

Combien de médications qui, tout récemment encore, en étaient à la période d'essais, et qui, depuis, ont conquis leurs grandes entrées en thérapeutique! Combien de traitements se sont, d'emblée, imposés à l'attention du praticien, toujours si justement soucieux d'accroître ses connaissances dans l'art de soulager et de guérir! Parmi les premières, citons l'ouabaïne, la quinidine, substances qui promettent de merveilleux résultats à qui sait les bien prescrire; le benzoate de benzyle, si utile comme hypotenseur; le phényl-éthyl-malonylurée, qui est actuellement considéré par tous comme un spécifique de l'épilepsie; le chlorure de calcium, aux curieux effets diurétiques, etc. Au premier rang des seconds, passent les préparations bismuthiques employées comme antisyphilitiques. Et, parmi les médications anciennes, que de recherches nouvelles ont modifié, étendu, complété nos connaissances à leur sujet, qu'il s'agisse de l'émétique, si remarquable dans le traitement de nombre d'affections tropicales, des arsenobenzènes, de l'adrénaline. Si nous quittons la pharmacopée proprement dite, que de changements dans les autres domaines de la thérapeutique, qu'il s'agisse de la radiothérapie profonde, des vaccinothérapies, des sérothérapies, de la protéinothérapie, etc.

Fidèles au plan qui leur a valu tant d'approbations, les éditeurs ont cherché surtout à faire pratique. Respectant l'ordre de la deuxième édition du *Formulaire*, ils ont, aux divers chapitres, intercalé tout ce qui pouvait avoir quelque intérêt pour le médecin. Sans doute auront-ils été incomplets. Ils n'ont, en effet, voulu parler que des médications d'efficacité certaine et qu'il est partout facile de se procurer ou d'administrer. Une table des matières extrêmement complète permet en quelques secondes de repérer le renseignement voulu et de se documenter sur lui.

Ainsi conçu, cet opuscule, peu volumineux, viendra compléter son aîné et rendre service à tous ceux de nos confrères qu'anime la légitime ambition de se tenir au courant et de faire profiter leurs malades des derniers progrès de la science.

L. G.

Chirurgie vasculaire conservatrice (1), par le docteur P. Moure.

Ce livre constitue un exposé très complet de ce qu'est aujourd'hui la chirurgie conservatrice des vaisseaux et de ce qu'on peut en attendre.

Cette chirurgie n'est pas entrée rapidement dans la pratique usuelle : longtemps elle semblait rester l'apanage de quelques opérateurs spécialisés dans son application. Les récentes guerres ont familiarisé les chirurgiens avec les opérations vasculaires, leurs difficultés et leurs dangers, et s'il ne semble pas encore que les opérations conservatrices doivent supplanter toujours et partout les méthodes classiques, il est bien des cas où elles présentent d'immenses avantages.

Mais, pour donner les résultats qu'on en peut attendre, cette chirurgie ne doit pas s'improviser. Avant de l'entreprendre, il en faut connaître l'instrumentation et la technique, et, détail particulier à cette chirurgie, il est indispensable de l'avoir étudiée expérimentalement.

Les lecteurs trouveront dans ce petit livre, qui n'a pas d'analogue, une mise au point très complète (indications, limites, résultats, avantages) écrite par un chirurgien qui s'est occupé de la question des sutures et des greffes vasculaires, d'abord au laboratoire, puis à la salle d'opérations, depuis plus de treize ans.

L. G.

Les Hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement (2), par F. Françon, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Aix-les-Bains, et J. Hutinel, interne des hôpitaux de Paris. Préface de M. le professeur Chauffard.

La rapidité et la fréquence des communications entre les races les plus éloignées, entre les climats les plus différents, ont singulièrement élargi les cadres de la clinique journalière et l'on pourrait presque dire que, de même qu'il n'y a plus de distances, il n'existe plus de maladies exotiques. L'amibiase est un des exemples les plus frappants de cette diffusion, de cet acclimatement parmi nous d'une maladie longtemps considérée comme étrangère à notre pays. Déjà, avant 1914, le fait avait été prévu et annoncé; mais la guerre, avec le formidable mélange de races qu'elle a suscité, a brûlé les étapes et considérablement augmenté la fréquence des cas autochtones.

« On peut dire, avec MM. F. Françon et J. Hutinel, qu'il existe un péril amibien », écrit le professeur Chauffard dans la préface qu'il a bien voulu faire pour cet ouvrage « mais heureusement à côté du mal, il y a le remède, nous le devons aux expériences de Vedder, aux observations cliniques de L. Roggers, c'est l'admirable médication par le chlorhydrate d'émétine.

Mais là aussi, il faut être averti, savoir manier le médicament, connaître la nécessité des cures successives. Dès lors,

(1) In-8 de 208 pages avec figures dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, G. Doin.

(2) Prix du Formulaire avec son supplément : 33 francs. — Paris, Vigot frères.

(1) Un vol. de 144 p. avec 110 fig. dans le texte. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de VIII-132 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, imprimerie Gauthier-Villars et Cie.

le pronostic de la dysenterie amibienne, et surtout de sa plus redoutable complication, l'hépatite amibienne, se trouve changé du tout au tout. Un dysentérique bien soigné a toutes les chances de ne pas avoir d'abcès du foie, ou s'il est atteint d'hépatite et soigné à temps d'échapper à l'intervention opératoire et de guérir complètement par le seul traitement médical.

Voilà les notions nouvelles, encore trop peu connues, et dont il y a le plus grand intérêt à assurer la diffusion médicale. Le livre de F. Françon et de J. Hutinel vient donc à son heure et il se présente à nous appuyé à la fois sur l'expérimentation clinique que les années de guerre ont longuement donnée aux auteurs, sur leurs recherches personnelles, et aussi sur la documentation la plus riche et la plus scrupuleusement exacte. J'ose dire que F. Françon et J. Hutinel nous donnent ainsi vraiment une monographie modèle et je suis convaincu que leur livre trouvera auprès du grand public médical le meilleur accueil. Il le mérite, et ce sera pour le plus grand bien de nos malades atteints d'hépatite amibienne. »

L. G.

Entretiens dermatologiques à l'Ecole Laillier [hôpital Saint-Louis] (1), par R. SABOURAUD.

Ce volume contient une série de leçons cliniques réunies en trois groupes : le premier est consacré aux affections du cuir chevelu (hygiène du cuir chevelu dans l'enfance et l'adolescence; — les alopécies post-fébriles; — les méfaits des alcalis dans le traitement des chutes des cheveux, etc.), le deuxième aux affections proprement dermatologiques (les streptococcies épidermiques; — comment diagnostiquer la gale quand on n'est pas dermatologiste; — pratique de la vaccination antifuronculeuse, etc.); enfin, dans le troisième, M. Sabouraud a réuni un certain nombre d'observations que lui a suggéré sa pratique vénéréologique (sur les suppositoires mercuriels; — la syphilis héréditaire qu'on ignore, etc.).

Ces leçons claires et simplement écrites seront fort utiles aux praticiens et permettront, selon le vœu de l'auteur, à ceux-là même qui n'ont qu'une instruction dermatologique rudimentaire, « de ne pas se trouver au-dessous de leur tâche quand un patient se présente à eux atteint d'une dermatose banale ».

L. G.

La Pratique du pneumothorax thérapeutique (2), par F. DUMAREST et Ch MURARD, 2e édition revue et augmentée par F. Dumarest et P. Brette.

La méthode de Forlanini a pris dans ces dernières années une place importante dans la thérapeutique et les progrès considérables réalisés dans sa pratique justifient pleinement la seconde édition de ce livre qui ne datait cependant que de 1919.

L'ouvrage de M. Dumarest constitue une étude d'ensemble du pneumothorax artificiel, fournissant tout à la fois des indications complètes sur les appareils, la technique, les accidents possibles, la conduite de la cure, les complications pleurales, les résultats éloignés, enfin, sur les indications et contre-indications générales que cette méthode rencontre dans la clientèle et à l'hôpital.

Se plaçant toujours à un point de vue pratique, MM. Dumarest et Brette ont apporté à cette deuxième édition des modifications et des adjonctions qui réflètent et résument leur expérience de la question, notamment en ce qui concerne la physiologie pathologique du pneumothorax; les complications pleurales et leur traitement; les indications du pneumothorax en dehors de la tuberculose, dans la gangrène pulmonaire; enfin, la valeur comparée de la thoracoplastie extrapleurale et du pneumothorax.

L'ouvrage se termine par une importante statistique personnelle et par un index bibliographique très complet.

L. G.

(1) In-8 avec 25 figures. — Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 avec 12 planches hors texte. — Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

Crénothérapie et climatothérapie (1), par M. R. VEILLET.

Dans la préface qu'il a écrite pour présenter au public médical l'ouvrage du docteur Veillet, M. le professeur Carnot dit : « Tout médecin doit connaître les indications thérapeutiques de chaque station pour y diriger les malades susceptiples d'en bénéficier. » Mais, dans l'état actuel des choses, le médecin praticien est parfois fort embarrassé pour conseiller à un malade une station plutôt qu'une autre. Le but de l'auteur, en écrivant ce livre, a été de donner à ses confrères la possibilité de trouver vite les indications qui pourraient leur manquer à ce sujet.

Les deux premières parties comprennent les notions générales sur les cures créno et climatothérapiques, puis l'étude des eaux minérales et des climats, étude dirigée dans un but pratique sans développements exagérés. Dans la troisième partie, l'auteur passe en revue les principales stations. Enfin, la quatrième partie qui a pour titre : « Quelle station hydrominérale ou climatérique choisir, étant donnés une affection morbide et un malade bien déterminé », est en quelque sorte la synthèse de l'ouvrage qui permettra au médecin de savoir de suite où il doit envoyer un malade.

Les étudiants de cinquième année qui préparent leur examen de thérapeutique y trouveront l'essentiel des connaissances que les programmes exigent d'eux en crénothérapie et en climatothérapie et son volume réduit leur permettra d'en embrasser facilement le contenu.

L. G.

Les Origines de l'homme actuel (2), par Léon MAC-AULIFFE.

Sous une forme concrète et précise, l'auteur a rassemblé en quelques pages tout ce qu'un homme cultivé doit savoir aujourd'hui sur nos origines. Il ne nous est plus permis d'ignorer les documents apportés à ce point de vue par la paléontologie humaine et qui sont les titres, les preuves de notre lointain passé donnés par la science moderne.

Toutes les pièces caractéristiques de notre évolution cranienne sont reproduites dans cet opuscule en des planches dues au service photographique de l'Identité judiciaire, d'après les pièces ou moulages du muséum; c'est dire leur perfection. Enfin, l'auteur donne pour la première fois les raisons scientifiques de la fixation de certaines races « non évoluées » et apporte ainsi une importante contribution au problème de la dégénération.

L. G.

Guide pratique aux « Villes d'eaux, Stations climatiques, Plages maritimes françaises » (3).

Ce livre, de sérieuse documentation, est un ouvrage essentiellement pratique, destiné aux médecins qui désirent se renseigner et veulent éclairer les clients sur le choix d'une station thermale, climatique ou marine. Chacune des 550 stations de France, Corse, Algérie, Tunisie, est décrite d'après un même plan méthodique : itinéraire, voies d'accès, distances, situation, population, altitude, valeur du climat ou des plages, nature des eaux, indications et contre-indications thérapeutiques, installations thermales, agréments de séjour et renseignements pratiques pour le séjour, noms des médecins, noms et prix des hôtels. Ce travail est divisé en cinq parties : 1° les stations hydro-minérales; 2° les stations climatiques; 3° les plages marines; 4° le dictionnaire des indications qui permet de trouver facilement la station à choisir; 5° la liste des principaux hôtels des grandes stations.

Ce livre est indispensable aux praticiens qui devraient tous le posséder, sur leur table de travail, comme le *Formulaire des stations françaises*.

L. G.

(1) Un vol. in-8 écu de VIII-248 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) Grand in-8 de 55 pages avec 14 planches et un index alphabétique. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, Legrand.

(3) In-8, 1923, 532 pages, sur papier surglacé, 4e édition. Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Les mycoses et leurs parasites (avec quelques généralités sur les champignons inférieurs), par A. SARTORY, professeur à l'Université de Strasbourg, et Amour BAILLY, docteur en pharmacie. — Paris, Edition « Clinique et Laboratoire », 17, rue de Rome.

N° 69. — MARDI 28 & JEUDI 30 AOUT 1923. 96e ANNÉE. MARDI 28 & JEUDI 30 AOUT 1923. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours sera ouvert le lundi 15 octobre 1923, à 9 h. du matin, à l'Hôtel-Dieu, pour la nomination de 35 élèves externes en médecine et en chirurgie.

La liste d'inscription sera close le lundi 8 octobre 1923.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Un décret en date du 18 août 1923 porte que « les cadres du personnel de l'Université et des facultés de Paris rétribué sur le budget de l'Etat comprennent 23 agrégés de la Faculté de médecine chargés d'enseignement (au lieu de 22) ».

Cette modification comptera du 1er novembre 1923.

— Un deuxième décret, en date du 18 août 1923, porte que « les cadres du personnel des facultés des universités des départements rétribué sur le budget de l'Etat comprennent :

621 professeurs titulaires des facultés (au lieu de 620) ;

62 agrégés des facultés de médecine chargés d'enseignement (au lieu de 60). »

Ces modifications compteront du 1er novembre 1923.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Bigot est institué, pour une période de 9 ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— CLERMONT. — M. le docteur Paturet est institué, pour une période de 9 ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 4 août 1923 sont nommés dans les cadres du Service de santé des réserves :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe à titre définitif. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe à titre temporaire Leplat, Delpérier, Desanges, Bouchet, Bardin, Darbeau, Gouverneur, Gerber, Ceillier, Brunon, Pinalie, Bourdeaux, Jacob, Labarraque, Perrussel, Dautrelle, Chandebois, Pourchez, Leportier, Vazeux, Forgeron, Lotte, Bizot, Loiseau, Laulaigne, Fombeure, Chavaillon, Pineau, Ausset, Duchamp, Genillier, Demellier, Siraudeau, Loiseau, Briens, Gringoire, Riallaud, Hézard, Sizorn, Landais, Guillon, Bonnet, Guinaud, de Léobardy, Gruas, Mallet, Peyron, Ambard, Torelli, Julien, Pougault, Piéchaud, Darbeau, Pédarré, Dubos, Levrier, Gourdon, Brulé, Labadan, Marsault, Mangé, Lafforgue, Maneyrol.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe à titre temporaire Chenais, Adrian, Reverdy, Andral, Chagniot, Mothe, Feuillet. Chailley-Bert, Mercier, Le Coq, Hocquard, Haniquet, Guelfucci, Dambier, Briois, Vallery-Radot, Magnin, Frick, Leray, Fouquet, Bruant, Frémont, Estager, Laurent, Arfeux, Béguinot, Bousson, Dupré. Clouzeau, Millier, Maguin, Bourdeau, Fabre, Procureur, Dréneau, Gérard, Paret, Verger, Regaudie de Gioux, Barrieu, Dumoutet, Niepce, Batailh, Benoit, Pourtal, Paget, Orsoni, Rouit, Plas, Houël, Luccioni, Cazenave, Rouyère, Ducourrech de Raquine, Castets, Delom-Sorbé, Dabadie, Camboulives, Dussilol, Berthon, Blanchet, Gourrin, Rosset-Bressand, Abbas.

— Par le même décret sont promus :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe au titre définitif. — MM. les médecins aides-majors de 2e classe Lotte, Laurent, Delpérier, Guillon, Pineau, Brulé, Fombeure, Chavaillon, Gouverneur, Ambard, Lafforgue, Leray, Bonnet, Gruas, Demellier, Pougault, Siraudeau, Peyron, Gourdon, Leportier, Forgeron, Pinalie, Vazeux, Loiseau, Levrier, Laulaigne, Gerber, Hézard, Jacob, Bouchet, Desanges, Bizot, Bardin, Rialland, Verger, Genillier, Niepce, Piéchaud, Chandebois, Dubos, Mallet, Loiseau, Bourdeaux, Labadan, Labarraque.

LEGS EN FAVEUR DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET DE L'ACADÉMIE UE MÉDECINE. — Par décret en date du 23 août 1923, l'Académie des sciences et l'Académie de médecine sont autorisées à accepter les legs faits en leur faveur par S. A. S. Albert Ier, prince souverain de Monaco, d'une somme de 1 millon de francs pour chacune d'elles, dont le revenu devra

servir à la fondation d'un prix décerné tous les deux ans à un travail dont elles désigneront elles-mêmes la nature.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Louis Michel-Béchet, décédé à Avignon à l'âge de 66 ans. Nous prions ses fils, le docteur Henri Michel-Béchet et Régis Michel-Béchet, externe des hôpitaux de Paris, de trouver ici l'expression de nos bien vives condoléances; — et celle de M. le médecin inspecteur Strauss, directeur honoraire au ministère de la Guerre, décédé à Paris.

CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES DE LA FACULTÉ. (Professeur: M. Pierre Teissier.) — *Conférences sur quelques sujets d'actualité concernant la pathologie infectieuse.* — Une série de douze conférences avec démonstrations techniques s'ouvrira le lundi 22 octobre 1923, à l'hôpital Claude Bernard.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 à 16 heures.

Les conférences seront faites par MM. les docteurs P. Teissier, professeur; P. Gastinel, chef de clinique; J. Reilly, chef de laboratoire, de la clinique des maladies infectieuses.

Ce cours est entièrement gratuit. Le nombre des auditeurs est limité à 25.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 5, les mardis, jeudis et samedis, de midi à 15 heures.

Le registre d'inscription sera fermé le 15 octobre.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

UN DENTISTE PEUT-IL ÊTRE DÉCLARÉ EN FAILLITE?

La Cour d'appel de Besançon a eu à examiner cette question et, par son arrêt du 16 mars 1923, elle a répondu négativement. Le Code de commerce exige deux conditions indispensables pour qu'une personne puisse être déclarée en faillite; il faut, d'une part, qu'elle soit commerçante, et, d'autre part, qu'elle soit en état de cessation de paiements. Il faut donc avant tout prouver la qualité de commerçant de celui que l'on veut faire mettre en faillitte.

« Attendu que l'action de R..., dit la Cour, tend uniquement à faire déclarer L... en état de faillite avec les conséquences de droit; qu'il appartient à R..., demandeur, de prouver, conformément au droit commun, la qualité de commerçant de L..., mais qu'il ne rapporte pas cette justification;

Attendu, à la vérité, que L..., lorsqu'il a donné en nantissement son cabinet dentaire par acte des 14 septembre 1917 et 12 février 1920, conformément à la loi du 17 mars 1909 sur le nantissement des fonds de commerce a implicitement reconnu qu'il était commerçant;

Mais attendu que la faillite étant d'ordre public il ne peut dépendre de la volonté de personne de se soumettre à cette législation spéciale si l'on n'exerce pas effectivement le commerce; *qu'en cette matière l'aveu exprès ou tacite est dépourvu de toute efficacité*; qu'on ne doit tenir compte que des circonstances de fait établissant si celui dont on réclame la mise en faillite fait réellement sa profession habituelle de l'exercice d'actes de commerce;

Or, attendu que si L... n'était pas titulaire du diplôme français de chirurgien dentiste, il n'en exerçait pas moins cette profession qui faisait l'objet principal de son activité.

. . . .

Attendu qu'il importe peu que des mentions imprimées sur son papier à lettres aient, dans un but de réclame pour son cabinet dentaire, annoncé qu'il avait quatre succursales; qu'en admettant même qu'il spéculait habituellement sur le travail de deux ou trois aides ou employés, ce fait ne pouvait lui faire acquérir la qualité de commerçant puisqu'il ne constituait pas une entreprise de manufacture au sens de l'article 632 du Code de commerce;

Attendu qu'il n'est même pas allégué que L... ait jamais ouvert un magasin ou vendu des appareils à d'autres qu'aux clients de son cabinet dentaire;

Que la profession de dentiste n'est pas une profession commerciale. »

Les éléments de faits relevés par la Cour de Besançon pouvaient permettre l'hésitation. Mais les règles édictées par le Code de commerce sur la faillite sont d'ordre public; et une personne ne peut pas prendre la qualité de commerçant si cela lui convient. Cette qualité n'appartient qu'à celui qui fait, à titre habituel, des actes de commerce tels qu'ils sont déterminés par la loi commerciale; or, l'exercice de la profession de dentiste n'est pas compris parmi les actes de commerce dont il s'agit. Le fait d'avoir donné son cabinet dentaire en nantissement et d'avoir des lettres à en-tête est insuffisant pour conférer la qualité de commerçant au dentiste. Celui-ci ne peut donc être mis en faillite; il pourrait en être autrement s'il ouvrait un magasin ou vendait des appareils à toute personne; car alors il ferait acte de commerce.

Mais la Cour de Besançon a précisément indiqué dans son arrêt que cette circonstance de fait n'existait pas.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La tuberculose conjugale, contagion et mariage. Etude médico-sociale, par le docteur Paul Roussel. Brochure, 140 pages. — Prix : 10 fr. — Paris. A. Maloine et fils.

Le pouvoir antidiastasique du sérum sanguin. Immunité naturelle. Immunité acquise, par A. Falque. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Variations biochimiques du rapport nucléo-plasmatique au cours du développement embryonnaire, par Eliane Le Breton et Georges Schaefer. — Paris, Masson et Cie.

De l'insuffisance quantitative du sang. Essai de physiologie et de pathologie comparées, par Dupuy. 1 broch., 64 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les mycoses pulmonaires et leurs parasites (avec quelques généralités sur les champignons inférieurs), par A. Sartory, professeur à l'Université de Strasbourg, et Amour Bailly, docteur en pharmacie. — Paris, Edition « Clinique et Laboratoire », 17, rue de Rome.

RENSEIGNEMENTS

On demande second **INTERNE ASILE ALIÉNÉS** Châlons-sur-Marne. Nationalité française, 14 inscriptions minimum. Traitement, 2.400 à 2,800 fr. Docteur en médecine, 3.000 fr. — Envoyer candidature et certificat scolarité directeur médecin.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Service de correspondance automobile entre Frasne et Malbuisson. — Dans le but de faciliter l'accès au lac de Saint-Point (Jura), la Compagnie des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée vient de mettre en marche un service de correspondance voyageurs et bagages entre la gare de Frasne et Malbuisson.

Ce service, qui fonctionne deux fois par jour jusqu'au 10 septembre, est en correspondance directe avec les trains de et pour Paris :

Malbuisson, départ, 6 h. 15, 15 h. 30; Frasne, arrivée, 7 heures, 15 h. 15; Frasne, départ, 7 h. 15, 16 h. 30; Malbuisson, arrivée, 8 heures, 17 h. 15.

CONGRÈS DE DERMATOLOGIE

[Strasbourg, *25-28 juillet 1923* (1)]

SÉANCE D'OUVERTURE

Le IIe Congrès de médecins dermatologistes et syphiligraphes de langue française s'est ouverte le 25 juillet à Strasbourg, dans le grand amphithéâtre de la clinique médicale A, sous la présidence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène, assisté de M. le professeur Weiss, doyen de la Faculté de médecine, de M. le professeur Pautrier, président, et de M. le docteur Hugel, secrétaire général du bureau d'organisation du Congrès.

M. Strauss félicite les organisateurs de ce Congrès dont le succès s'annonce grand. Vingt-trois nations y sont représentées dont le ministre salue les délégués.

Le choix de Strasbourg où enseigna Pasteur, est particulièrement heureux pour une telle manifestation qui montre, qu'en matière scientifique, la France sait et peut faire autant et aussi bien que tous autres.

Hier le cancer, aujourd'hui la dermato-syphiligraphie, demain la lèpre, tels sont avec la tuberculose antérieurement traitée les sujets à portée sociale profonde, qui vont sortir de ces séances, précisés scientifiquement et plus riches d'applications pratiques. La lutte contre la syphilis est parmi toutes ces questions, l'une des plus importantes. L'augmentation de la natalité, la disparition de manifestations morbides s'étendant à tous nos organes dépendent étroitement de l'extinction de ce fléau. Des travaux du Congrès, par l'exposé de recherches et la confrontation des opinions, se définiront une thérapeutique meilleure et une prophylaxie plus complète.

Il faut savoir gré au professeur Pautrier et à ses collaborateurs du talent d'organisation avec lequel ils ont fait du IIe Congrès l'émule heureux de son aîné de Paris.

Au nom du gouvernement de la République, le ministre assure organisateurs et congressistes que les Pouvoirs publics, tiendront le plus grand compte de leurs directives et de leurs inspirations.

M. Hugel expose brièvement comment le Bureau d'organisation du Congrès a compris et mené à bien sa tâche.

M. Darier prend ensuite la parole et propose que le Bureau d'organisation du Congrès en devienne le Bureau définitif. Sa proposition est adoptée par acclamation et le Bureau du IIe Congrès est ainsi constitué :

Président : M. le professeur Paurier; secrétaire général : M. le docteur Hugel; secrétaire général adjoint : M. le docteur Roedeer; Trésorier : Mlle la doctoresse Eliascheff; secrétaires des séances : MM. Ferond (de Bruxelles), Ramel (de Zurich), Fernet (de Paris), Gaté (de Lyon), Paul Vigne (de Marseille), Camus (de Thionville), Georges Lévy (de Strasbourg), Zimmerlin (de Strasbourg).

M. le professeur Pautrier, remercie les membres du Congrès de l'honneur qu'ils viennent de faire à l'Ecole de Strasbourg en l'appelant à la présidence de leurs travaux. Il sait que sa jeunesse — bien que relative — ne le désignait pas pour une aussi haute fonction.

Avant tout, il demande qu'il lui soit permis de rendre hommage à son maître, présent au Congrès, M. le docteur Brocq, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, un des grands noms de la dermatologie française. C'est son enseignement qui revit à Strasbourg et on peut dire que la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Strasbourg est une filiale de l'Ecole de Saint-Louis.

M. Pautrier remercie les congressistes d'être venus si nombreux de tant de pays et d'avoir apporté au IIe Congrès une telle richesse d'opinions et de faits qui se condensent en huit rapports et plus de 80 communications.

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux Journaux et Revues qui n'appartiennent pas à l'Association.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1923.

I

La sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées.

A. Rapport de M. le docteur Paul Ravaut (de Paris).

L'auteur commence par passer en revue les principaux travaux d'où sont issues ces notions nouvelles. Il montre que grâce à la découverte de l'anaphylaxie par Richet, grâce aux travaux de Widal et ses élèves sur la colloïdoclasie, nous avons pu isoler de l'immense chapitre des intoxications, une série d'états morbides divers. Ils sont le résultat de perturbations tissulaires spéciales. Par leurs manifestations cliniques particulières, par les réactions humorales qui les accompagnent nous savons maintenant les dépister. Enfin ce qui intéresse surtout le médecin, c'est que jusqu'à présent nous n'avions à leur opposer qu'une thérapeutique surtout antitoxique, alors que nous pouvons agir maintenant par de tous autres moyens tendant à désensibiliser le malade.

La pathologie cutanée, en particulier, a largement bénéficié de ces acquisitions nouvelles.

Laissant de côté le mécanisme, encore très discuté, suivant lequel se produisent ces troubles, M. Ravaut s'efforce de rester sur le terrain pratique de la clinique et de la thérapeutique.

Dans un premier chapitre, il étudie ce qu'il faut entendre par phénomènes de sensibilisation et de désensibilisation et essaie de donner une définition de ces termes. Il montre les caractères cliniques de ces accidents; il insiste sur l'état spécial du terrain sur lequel ils se produisent, sur le rôle des maladies infectieuses, en particulier de la syphilis, surtout héréditaire, qui rendent l'organisme plus accessible aux diverses perturbations humorales. A ces notions cliniques et étiologiques, il ajoute l'énumération des principales réactions vasculo-sanguines qui sont la signature de ces accidents.

Dans un second chapitre, il étudie les principales méthodes de désensibilisation. Les unes, ont pour but, par des moyens très divers, de neutraliser ces propriétés nouvellement acquises de nos humeurs, et de ramener l'organisme à son état normal, mais c'est malheureusement un traitement surtout symptomatique dont les résultats sont souvent éphémères. Les autres s'adressent surtout au terrain et s'efforcent de le modifier par une thérapeutique spécifique : il insiste sur l'importance dans nombre de cas, du traitement antisyphilitique et sur la façon un peu spéciale dont il doit être conduit chez ces malades.

Dans un troisième chapitre, il groupe les différents faits intéressant les affections cutanées, épars dans les chapitres précédents et en déduit les applications pratiques. Il divise en plusieurs groupes celles qui peuvent rentrer dans ce cadre, et insiste sur les méthodes thérapeutiques qui leur sont applicables.

Il termine en montrant l'intérêt qu'il y a pour le dermatologiste à poursuivre cette étude, car, par des traitements purement internes, simples, sans danger, l'on peut obtenir souvent des résultats thérapeutiques sur des lésions parfois décourageantes par leur tenacité. Ces faits ne sont que les premiers jalons d'une nouvelle voie qui mérite d'être largement explorée.

B. Rapport de M. le professeur Spillmann (de Nancy).

Après avoir défini les états de sensibilisation et les phénomènes de désensibilisation, M. Spillmann montre qu'il est indispensable, pour pouvoir utilement employer la méthode désensibilisante en dermatologie, de savoir juger l'état de sensibilisation d'un organisme et de connaître les maladies de la peau pour lesquelles on peut invoquer l'intervention d'une substance sensibilisante. Ce rapport comprend quatre parties :

1° Dans quelles conditions peut-on dire d'une dermatose qu'elle est due à des phénomènes de sensibilisation? Ce premier chapitre comprend l'étude des critères de sensibilisation d'anaphylaxie passive, déclanchement de la crise par action de la substance sensibilisante, intradermo et cutiréactions, critère thérapeutique. M. Spillmann distingue, à cet égard, les états de sensibilisation anaphylactique et l'hypersensibi-

lité paraissant se confondre avec un état de déséquilibre colloïdal permanent.

2° Etude des dermatoses pour lesquelles on peut prouver ou supposer la sensibilisation. La sensibilisation paraît certaine ou vraisemblable à l'origine de certaines dermatoses : urticaires. eczémas, dermites artificielles, érythèmes divers, œdèmes, prurits, prurigos, etc.

Ce deuxième chapitre comprend la liste des substances sensibilisantes connues : albumines animales et végétales médicaments, substances dtverses, etc. Il semble résulter de cette étude qu'il y a lieu de distinguer les dermatoses de sensibilisation anaphylactique et les dermatoses survenant chez les malades dont la sensibilité cutanée est normalement exagérée.

3° Méthodes de désensibilisation susceptibles d'être employées en thérapeutique dermatologique. M. Spillmann étudie successivement la désensibilisation spécifique (désensibilisation progressive spécifique par injections intra-veineuses ou sous-cutanées, par ingestion, par cuti-réactions, par applications cutanées effectuées au moyen de l'antigène) la désensibilisation non spécifique (protéinothérapie, désensibilisation par les cristalloïdes, désensibilisation par choc brutal), les méthodes thérapeutiques pouvant être rapprochées des méthodes désensibilisantes (auto-hémo et auto-sérothérapie) et les méthodes thérapeutiques adjuvantes (modification de l'équilibre vago-sympathique, opothérapie, modification du terrain, rôle de l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance des organes d'élimination.

4° Peut-on tenter un essai pathogénique de l'action désensibilisante? Ce dernier chapitre met en lumière le rôle de la prédisposition cutanée individuelle; le déséquilibre humoral peut être provoquée par le déséquilibre neuro-végétatif ou par le disfonctionnement endocrinien. Si la désensibilisation spécifique ou non spécifique agit directement sur l'antigène pour le rendre inoffensif (thérapeutique étiologique) il semble qu'il y ait des cas où la thérapeutique désensibilisante a pour principal but de ramener un organisme hypersensible à un équilibre normal en diminuant son hypersensibilité (thérapeutique pathogénique). Quoi qu'il en soit, une thérapeutique désensibilisante rationnelle ne peut être instituée que par un examen clinique rigoureux et méthodiquement conduit.

Communications.

Auto-hémo et hétero-hémothérapie dans la furonculose. — MM. Nicolas, Gaté, Dupasquier, Lebeuf et Dumolard, continuant leurs recherches sur l'hémothérapie dans la furonculose, établissent que les résultats heureux se montrent non seulement avec l'auto-hémothérapie mais aussi avec l'homohémothérapie (injection du sang d'un sujet humain indemne de furonculose) et avec l'hétérohémothérapie (injection de sang de lapin ou de cobaye). Les auteurs concluent que : 1° l'autohémothérapie n'agit pas par vaccination, par sérothérapie ou hémothérapie vaccinante proprement dite; 2° l'autohémothérapie s'accompagne d'un choc hémoclasique crise vasculo-sanguine que l'on peut invoquer comme jouant un rôle dans l'action favorable de l'autohémothérapie; 3° la différence de résultats heureux dans la furonculose, nuls dans les autres pyodermites peut poser la question des variétés de staphylocoques.

Le métabolisme basal en dermatologie. — MM. Lortat-Jacob et Legrain. Les modifications du métabolisme basal permettant d'apprécier les altérations de la glande thyroïde et l'influence exacte du traitement opothérapique; l'étude des échanges respiratoires apporte des données des plus intéressantes au sujet de l'étiologie des dermatoses et de leur traitement.

Sans pouvoir apporter de conclusion définitive sur des malades en cours d'observation, les auteurs ont trouvé un métabolisme basal diminué (hypothyroïdie) dans les sclérodermies, heureusement modifié par le traitement et un métabolisme basal augmenté (hyperthyroïdie) dans l'acné et la séborrhée.

Résultats fournis par l'autohémothérapie et les injections de lait en dermatologie. — MM. Lortat-Jacob et Legrain ont effectué des recherches sur les réactions que peuvent provoquer ces modes de traitement et les résultats qu'ils peuvent donner.

Quant aux réactions, elles sont nulles avec l'autohémothérapie, surtout en ce qui concerne les réactions générales. On peut cependant noter des réactions au niveau des lésions. Avec le lait, au contraire, il se produit des réactions générales parfois très accusées. Avec l'autohémothérapie, les résultats thérapeutiques sont souvent insuffisants. Peu active dans les dermatoses prurigineuses, elle montre une certaine efficacité dans la furonculose vraie ; elle est sans action dans les folliculites et les pyodermites banales.

Les résultats des injections de lait sont généralement défavorables.

Equilibre vago-sympathique et action de la pilocarpine. — Avec M. Lévy-Solal, M. Tzanck a montré que sur des cobayes sensibilisés le chlorhydrate de pilocarpine est susceptible de supprimer les effets des injections déchaînantes. Un cas d'urticaire tenace, soignée dans le service du professeur agrégé Léri, a semblé jugulé par l'ingestion de 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine.

Sensibilisation et désensibilisation dans la syphilis. — M. Dujardin (de Bruxelles). Une sensibilisation spéciale de la peau apparaît au cours de la période tertiaire de la syphilis (allergie).

On peut la mettre en évidence à l'aide de produits soi-disant spécifiques (luétine, pallidine).

Cette allergie n'est pas seulement spécifique, elle s'étend à des substances protéiques ou microbiennes banales (lait, tuberculine).

Cette allergie ou sensibilisation non spécifique nous explique la violence de réaction des syphilitiques allergiques à des irritations cutanées locales (pyodermite par exemple).

La désensibilisation s'obtient par l'ingestion de l'iodure de potassium qui, en même temps qu'il agit sur les lésions tertiaires, efface l'hypersensibilité cutanée.

Les médications pures. — M. Lacapère (de Paris). Parmi les substances chimiques que nous employons en thérapeutique, quelques-unes sont utilisées en totalité, c'est le cas pour les arsenobenzènes dont toutes les parties constituantes concourent à l'effet curatif. D'autres composés salins, ce sont les plus nombreux, ne sont efficaces que par une partie de leurs composants et on peut sans modifier l'effet curatif substituer un sel à un autre sel de même groupe.

L'effet thérapeutique de ces divers composés de même groupe varie suivant la teneur du sel en substance active; elle varie aussi suivant la fixité du sel, fixité intrinsèque, d'une part, et, d'autre part, fixité extrinsèque constituée par la décomposition plus ou moins rapide du sel suivant l'alcalinité plus ou moins grande et la composition intime des tissus du sujet traité.

Pour obtenir les effets curatifs les meilleurs et la régularité maxima dans la thérapeutique, il y a avantage à administrer la substance thérapeutique en nature en réalisant ce qu'on peut appeler les *médications pures*.

Il est impossible cependant d'administrer ces substances sous la forme métallique ou métalloïdique qui nécessitent de la part de l'organisme diverses transformations avant qu'elles puissent être utilisées.

Il est au contraire tout à fait rationnel de donner les substances médicamenteuses sous la forme colloïdale. Par son analogie avec les humeurs de l'organisme qui en effet ne sont autre chose que des colloïdes, la forme colloïdale assure aux médicaments une utilisation immédiate.

La plupart des colloïdes déterminent malheureusement quand on les injecte des phénomènes fort pénibles connus sous le nom de choc colloïdoclasique. Ces accidents étant de plus en plus minimes à mesure que les grains colloïdaux sont plus tenus, l'auteur s'est adressé aux colloïdes préparés par M. Fouard sous le nom d'ionoïdes (ionoïde de bismuth, d'arsenic, d'argent, de cuivre, d'iode, etc.), les ionoïdes, grâce au faible volume de leurs grains, ne déterminent pas de choc colloïdoclasique et leur préparation leur assure, en outre, le maintien indéfini dans leur état colloïdal, alors que les autres colloïdes perdent leurs propriétés au bout d'un temps plus ou moins long. Ils peuvent être administrés en injections intraveineuses, en injections intramusculaires ou par la bouche.

L'auteur a constaté avec les ionoïdes les mêmes modifications leucocytaires absorbées après injection des autres colloïdes. Il rappelle les succès qu'il a obtenus dans l'eczéma avec l'ionoïde d'arsenic, dans la syphilis avec l'ionoïde de bismuth ; il considère l'ionoïde d'iode en ingestion comme un excellent succédané de l'iodure de potassium et considère que ce mode de préparation des colloïdes ouvre une voie nouvelle à la thérapeutique en permettant d'utiliser les avantages des colloïdes dans les cures de désensibilisation tout en évitant les pénibles phénomènes du choc colloïdoclasique.

Leucopathie et sensibilisation. — M. Emile Feuilié (de Paris) indique d'abord par quelles considérations chimiques il est amené à se ranger à la théorie toxique de l'anaphylaxie. Revenant sur la notion de leucopathie et sur la formation d'œdème par dégénérescence protéolipoïdique, il montre que des phénomènes attribués à l'anaphylaxie peuvent être seulement des paroxysmes leucopathiques. Mais, inversement, la leucolyse peut être à l'origine de la sensibilisation.

La syphilis est une cause de leucopathie provoquant une hypersensibilité.

Certains leucopathes peuvent s'anaphylactiser. Au point de vue de l'intervention du système nerveux il y a lieu de faire intervenir un cercle vicieux neuro-leucopathique.

Dans le traitement des dermatoses et en particulier de l'eczéma, on peut être amené à ajouter au traitement mercuriel, non seulement l'arrhénal et l'opothérapie, mais aussi l'autohémothérapie qni constitue une réserve d'albumose venant modifier la chimie humorale. Dans les cas aigus, on s'aidera d'injection intramusculaire d'électrargol comme s'il s'agissait d'une suppuration grave, d'une amygdalite phlegmonneuse, par exemple.

Discussion des rapports.

M. Jeanselme considère que si l'on peut rapporter aux phénomènes de sensibilisation, à l'hémoclasie, l'urticaire, le strophulus, l'eczéma, il ne faut point, comme l'a fait M. Ravaut, étendre davantage le champ de l'hémoclasie dans les affections cutanées car on tombe alors dans le domaine de l'hypothèse pure.

M. Brocq. La question n'est pas au point. Il n'y a d'établi que ce qui se rattache à l'anaphylaxie vraie. Il ne faut pas élargir prématurément ce domaine. La diathèse colloïdoclasique n'est qu'une hypothèse. Les résultats obtenus sont d'ailleurs inconstants. Il faut de plus noter que les dermatoses améliorées sont celles où l'action du système nerveux est prédominante.

M. Millian partage la manière de voir de MM. Jeanselme et Brocq. Seule l'anaphylaxie lui paraît établie. La colloïdoclasie, le choc, ne sont pas définis. Quant à ce qu'on dénomme aujourd'hui sensibilisation, ce n'est que l'idiosyncrasie. Il faut attribuer un rôle très important, d'une part au trouble sympathique et, d'autre part, au biotropisme dans l'explication de tous les phénomènes que l'on tente de rattacher à la colloïdoclasie.

M. Lortat-Jacob. Il n'y a lieu d'admettre l'anaphylaxie qne pour expliquer les phénomènes brusques. Le rôle du sympathique paraît important dans bien des cas et la douche froide agit aussi bien que la protéinothérapie dans le traitement de ces troubles.

II

Conduite du traitement d'une syphilis à la période pré-humorale.

A. Rapport du docteur Queyrat (de Paris).

Il est dans la période primaire de la syphilis deux phases bien distinctes : une première où le chancre est *auto-inoculable* et où la *séro-réaction est positive*, une seconde où le chancre *n'est plus auto-inoculable* et où la *séro-réaction est positive*.

La positivité de la séro-réaction ne semble pas commencer exactement au moment où se termine la phase d'auto-inoculabilité (douzième jour), mais seulement quelques jours après (de un à huit), c'est-à-dire du treizième au vingtième jour du chancre. La phase pendant laquelle le chancre évolue, sans qu'il y ait de séro-réaction positive, peut être dénommée *période pré-humorale* ; elle constitue une première étape pendant laquelle on a le maximum de chance pour stériliser définitivement l'organisme infecté par le tréponème, surtout *dans les dix premiers jours*, alors qu'il y a superposition de l'auto-inoculabilité du chancre et la négativité du sérum.

La conduite du traitement peut se résumer dans la formule suivante : *frapper vite, frapper fort, frapper assez longtemps* à l'aide de bons tréponémicides.

Actuellement, les médicaments les plus actifs contre le tréponème sont : tout d'abord les *arsenobenzènes* (et leur mode d'administration le plus efficace est la voie intraveineuse), en seconde ligne viennent les *préparations bismuthiques*, en troisième lieu les *mercuriaux*.

Il est bon d'appuyer la cure arsenicale par une cure surajoutée et indépendante (cure de renforcement), soit bismuthique, soit mercurielle (particulièrement l'huile grise argentique).

La guérison est de règle chez les syphilitiques énergiquement et méthodiquement traités à la période pré-humorale, surtout lorsque le traitement est institué pendant les dix premiers jours qui suivent l'apparition du chancre. Il faut un an de traitement que l'on fait suivre d'un an de surveillance (séro-réactions mensuelles) et que l'on termine par une tentative de réactivation avec, trois semaines après, une dernière séro-réaction par la méthode de Hecht et une ponction lombaire, l'une et l'autre devant donner des résultats absolument normaux.

Il y a intérêt à rechercher, par des prises de sang répétées tous les deux jours pendant le premier mois, le *crochet de positivité* (Tzanck). Son absence indique l'efficacité du traitement, son apparition implique une insuffisance thérapeutique et commande au médecin une surveillance plus grande et un traitement plus actif.

B. Rapport des docteurs Malvoz, secrétaire général de l'Œuvre du dispensaire antisyphilitique de Lyon, et H. Halkin, professeur de dermato-syphiligraphie à l'Université de Liége.

A la période pré-humorale de la syphilis, le traitement, s'il est bien conduit, peut « stériliser » le porteur et amener la guérison vraie de la maladie ; le diagnostic doit être précoce, mais il doit être précis et certain. Le traitement sera commencé immédiatement. Les arsenicaux du type de l'arsenobenzol et du novarsenobenzol, employés en injections intraveineuses, réalisant le mieux les conditions d'action rapide et énergique indispensables au succès.

Le traitement consistera en une série d'injections intraveineuses de novarsenic : doses maxima, 0g75 à 0g90; dose totale, 4g5 à 5 grammes.

Si possible, traitement conjugué par le mercure pendant la première cure.

Cure de sécurité de même intensité que la première.

Cures mercurielles au cours de la seconde moitié de la première année.

Eventuellement, troisième cure arsenicale; le contrôle sérologique se fera régulièrement au cours de la première année et, après réactivation, à la fin de cette période; le malade restera en observation pendant toute la deuxième année. Une ponction lombaire, avec examen complet du liquide céphalo-rachidien, est nécessaire au cours de la deuxième année.

Différentes circonstances peuvent modifier la ligne de conduite du traitement et diminuer les chances de succès. Le pourcentage de guérison est estimé par les auteurs français à environ 75 p. 100; des statistiques étrangères portent jusqu'à 90 et 100 p. 100.

Communications.

Réinfections syphilitiques. — M. Carle (de Lyon). Les réinfections sont bien plus fréquentes qu'on ne l'a cru autrefois. Sous l'influence du dogme de l'immunité, on a certainement étiquetté tertiaires un grand nombre d'accidents de réinfection comme le démontre la quantité toujours croissante des cas publiés depuis deux ans, certifiés par les examens de laboratoire.

Ces cas ont été surtout observés, tout d'abord chez les malades intensivement et précocement traités par les sels arsenicaux dans le but de montrer leur action curative.

Cette action du traitement est indéniable.

Mais un nombre déjà important d'observations démontre également la possibilité de ces réinfections chez les malades simplement traités au mercure, ou même médiocrement traités.

L'élément *temps* doit donc entrer en ligne de compte à côté de l'élément traitement.

Conclusion pratique et morale : il ne faut pas trop rassurer le malade et lui laisser entendre qu'il n'a rien à craindre d'une réinfection pour l'avenir.

Traitement précoce et traitement abortif concernant deux jeunes gens qui s'étaient exposés, à quinze jours d'intervalle, à la même source de contamination. Contrôle des résultats six ans après. — M. Paul MEYNET (de Nice). Il s'agit de deux frères qui, à quinze jours d'intervalle, eurent des rapports avec la même femme atteinte de syphilis secondaire très virulente.

Le premier contracta la syphilis qui fut rapidement stérilisée par un traitement intensif commencé quatre jours après l'apparition du chancre.

Aucun accident précoce ou tardif. Wassermann constamment négatif.

Le deuxième, en raison des circonstances, fut soumis à un traitement abortif douze jours après le coït. Aucun accident n'apparut et les réactions sérologiques furent toujours négatives.

La réaction au benjoin colloïdal dans le sérum sanguin et dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. E. BODIN et PATAY (de Rennes). En vérifiant les travaux publiés sur la réaction au benjoin colloïdal, nous avons obtenu des résultats intéressants au point de vue pratique et que voici :

1° Pour le liquide céphalo-rachidien, sur 50 sujets syphilitiques ou non, nous avons observé concordance parfaite entre la réaction au benjoin et la réaction de Wassermann dans 87 p. 100 des cas.

Lorsqu'il y a eu discordance, il s'agissait de cas douteux (tumeurs cérébrales, encéphalocèle) dans lesquelles l'hypothèse de syphilis ne pouvait être éliminée absolument. Ces faits confirment les recherches de Guillain, Laroche et Kudelski et montrent qu'avec le liquide céphalo-rachidien la réaction au benjoin colloïdal a une valeur certaine et qu'il y a intérêt à l'employer dans ce cas concurremment avec le Wassermann à titre de renseignement complémentaire.

2° Avec le sérum sanguin et suivant la technique d'Arnaud, nous avons vu sur 200 cas que la floculation ne se produit que dans des limites beaucoup moins étendues que ne l'indique cet auteur; que chez les syphilitiques la réaction au benjoin n'a concordé avec la réaction de Wassermann que dans 64 p. 100 des cas, et surtout chez des sujets indemnes de syphilis à l'examen clinique et avec Wassermann négatif; par la méthode au sérum non chauffé avec antigène cholestériné, le benjoin nous a donné 55 p. 100 de réactions positives, notamment chez les typhiques, les tuberculeux et les cancéreux.

De tels faits, conformes à ceux que Guillain, Laroche, Kudelsky et Torgowla ont signalé, confirment les conclusions d'Arnaud et montrent qu'avec le sérum sanguin la réaction au benjoin colloïdal, susceptible de donner de graves et fréquentes erreurs, est à rejeter complètement pour le diagnostic de la syphilis.

La piqûre non douloureuse dans les injections. — M. Antonio A. FERNANDEZ (de Buenos-Aires) conseille, pour faire des piqûres non douloureuses ou presque, d'employer pour les injections (endo-veineuses surtout) une aiguille de platine très fine qui permet de piquer à travers les sillons normaux de la peau en respectant les crêtes papillaires où se trouvent les terminaisons nerveuses de la peau. Ce procédé est dû au docteur Greco (de Buenos-Aires).

Discussion des rapports.

M. OLTRAMARE pense qu'il faut tenir compte du temps écoulé depuis la contamination plus que de l'âge du chancre. Il est d'avis, malgré cette réserve, qu'à la période préhumorale la syphilis peut être enrayée par le 606 ou 914, sans adjonction de traitement mercuriel, mais à condition de commencer par une dose suffisamment forte (0,30) d'augmenter graduellement, d'arriver le plus tôt possible à 0,75 (femmes) ou 0,90 (hommes), de ne pas trop espacer les injections, d'administrer au total de 4 à 5 grammes de 914. Le contrôle se fera par l'absence des accidents secondaires, la négativité de la séro-réaction pendant des mois et même des années, l'absence de réactivation, la négativité de la ponction lombaire.

M. JEANSELME. Il y a à peu près accord pour diviser la période primaire en pré et post-humorale. Il faut, en effet, s'en rapporter plutôt à la sérologie qu'à l'âge du chancre difficile à établir.

Comme médicaments, il faut préparer l'arsenic (606 ou 914 intraveineux); le 606 est le produit qui agit le plus fortement sur la séro-réaction, viennent ensuite les bismuths.

Le traitement d'assaut doit être complété par le traitement mercuriel et mené en l'absence de tout signe clinique ou sérologique. Il faut répéter encore deux fois la cure arseno-mercurielle et ne conclure à la guérison qu'après la ponction lombaire dont la date optima est la fin de la première année.

M. DIND. L'infection syphilitique est déjà générale même quand le Bordet-Wassermann n'est pas encore devenu positif et le but du médecin, c'est-à-dire la stérilisation du malade, est à poursuivre indépendamment du résultat séro-réactionnel. Ceci pour dire qu'il ne saurait y avoir de thérapeutique spéciale à la période dite pré-humorale.

D'une manière générale, les résultats d'un traitement antisyphilitique dépendent, non seulement de l'âge et des localisations de la maladie, mais de l'énergie avec laquelle il est conduit; la susceptibilité tâtée, il faut passer aux doses fortes.

Quant au pronostic, il faut rejeter l'opinion que les éruptions secondaires discrètes soient de bon augure. Pour l'administration du traitement elle doit être continue, le mode discontinu risquant plus de réactiver que de guérir.

M. HUDELO. Dans la période présérologique, il y a lieu de distinguer deux sous-périodes. Une très bonne, quant à la stérilisation durable, va du premier au dixième jour, une seconde médiocre va du dixième au quinzième, dix-huitième, vingtième jour. Le diagnostic ultraprécoce importe donc. Il s'appuie fortement sur la présence du tréponème et il faudra apporter à la recherche de celui-ci beaucoup de soin. Cette recherche est rendue beaucoup plus fructueuse par la méthode des scarifications faites à cheval sur la circonférence limite de l'érosion et sur la peau. On laisse saigner et dans la sérosité qui sourd ultérieurement on aura les plus grandes chances de rencontrer le parasite.

M. GOUBEAU préconise le traitement mixte, le traitement combiné qui, pour être valable, doit être, ou simultané, ou immédiatement successif. Il pense qu'il faut accorder une grande importance aux réactions fébriles. Si elles se produisent avant la période sérologique du chancre, il y a certitude que la maladie est déjà généralisée, plus tard elle montre que la maladie n'a pas perdu toute activité.

M. CARLE. Dans son rapport, M. Queyrat met en note que « même en dehors de la période pré-humorale on peut obtenir des résultats aussi favorables sans qu'ils soient aussi constants ». Il est dans ce cas nécessaire de prolonger le traitement au delà d'une année.

Dans le cas fréquent où le traitement sera fait par un praticien non spécialisé, il sera bon d'employer un traitement conjugué car il y aurait à redouter, en préconisant un traitement uniquement arsenical, que celui-ci ne soit rapidement abandonné par excès de prudence, par manque d'habitude et que les accidents syphilitiques ne réapparaissent bientôt.

SÉANCES DU 26 JUILLET

Anatomie pathologique des nævo-carcinomes.

I

Rapport de M. le professeur P. MASSON (de Strasbourg).

Le mot *nævo-carcinome* désigne les tumeurs malignes, le plus souvent mélaniques, à point de départ nævique. Ce terme est d'ailleurs à rejeter parce que les néoplasmes qui le portent n'ont pas toujours une structure épithéliale, mais sarcomateuse. Il vaut mieux lui substituer celui, plus vague et plus large, de *nævo-cancer*.

Sans être constante dans les nævo-cancers, la mélanogénèse est cependant assez fréquente pour pouvoir être considérée comme un de leurs caractères importants, et permet de les ranger parmi les mélanomes.

Pour bien comprendre les nævo-cancers, il importe de préciser la structure et l'origine des nævi qui leur servent de berceau, et ceux-ci ne sauraient être interprétés sans une connaissance histophysiologique de la pigmentation cutanée.

La mélanine cutanée prend naissance dans l'épiderme, sauf au niveau de la tache mongolique où les cellules mésenchymateuses sont capables de la former. C'est dans l'assise basilaire, et plus particulièrement dans les cellules rameuses d'origine épithéliale — les cellules de Langerhans — qu'elle se forme, par oxydation d'un chromogène.

Seules méritent le nom de *mélanoblastes* les cellules capables de produire le pigment.

Les cellules de Langerhans peuvent transmettre aux cellules épidermiques des substances qu'elles empruntent aux syncytium des cellules fixes dermiques ; le chromogène est de celles-là. Elles peuvent transmettre aux cellules dermiques des substances formées par elles, par exemple la mélanine. Elles sont donc *amboceptrices* puisqu'elles peuvent emprunter au mésenchyme des substances qu'elles distribuent aux cellules épidermiques et vice versa. Le pigment qu'elles transmettent aux cellules dermiques n'est pas formé par celles-ci qui le reçoivent à la façon d'un corps étranger, en sont tatouées, le résorbent, mais ne le fabriquent pas. Les cellules tatouées dermiques ne sont pas des mélanoblastes, mais des mélanophores. Le fait pour des cellules conjonctives d'être tatouées de mélanine est caractéristique de la *mélanose*.

Les *nævi* dont naissent les nævo-cancers sont les nævi cellulaires, ordinairement pigmentés. Qu'ils soient de simples taches planes ou des nævi tubéreux, leurs constituants sont de même essence et doivent être rattachés à la souche des mélanoblastes.

Mais tandis que, dans les taches simples, les mélanoblastes en surnombre restent inclus dans l'épiderme où ils ont pris naissance, dans les nævi tubéreux ou nævi hyperplasiques, ils prolifèrent, pénètrent dans le derme où ils subissent des transformations à mesure qu'ils s'éloignent de la surface. Dans les nævi les plus complexes, ces éléments se trouvent disposés par les étages. Dans les étages superficiels, les uns sont épithélioïdes, les autres rameux (langerhansiens). Dans l'étage moyen il n'existe que des cellules épithélioïdes, ordinairement groupées en cordons d'aspect endocrinien. Dans l'étage profond, les cellules s'isolent dans une trame collagène et acquièrent des caractères schwanniens, myoïdes et même conjonctifs.

Les *nævo-cancers* reproduisent les uns ou les autres de ces aspects en les sélectionnant d'une façon plus ou moins stricte.

Suivant la structure dominante, on peut les classer comme suit :

Nævo-épithéliomes. — Tumeurs à structure épithéliale franche répondant aux éléments de l'étage superficiel des nævi avec les variétés suivantes :

Nævo-épithéliomes dimorphes où sont représentés les deux états, épithélial et langerhansien, des cellules næviques. Ces tumeurs sont toujours pigmentées.

Nævo-épithéliomes monomorphes où l'on ne trouve qu'une seule des formes associées dans la variété précédente et qui se divisent en *nævo-épithéliomes langerhansiens* toujours pigmentés à cellules rameuses ou fusiformes ; et *nævo-épithéliomes endocriniens ou achromiques* dont les cellules sphériques se groupent en cordons incolores et des tructures endocriniennes.

Nævo-sarcomes. — Tumeurs dont les cellules arrondies, rameuses ou fusiformes, ont la propriété de donner lieu à la production de collagène et se comportent ainsi à la façon des cellules conjonctives. Rarement les cellules ont des caractères de fibres musculaires lisses (nævo-myosarcomes).

Ces divers types morphologiques ne constituent pas des espèces distinctes et peuvent être associés de façons diverses dans un même néoplasme.

Le stroma des nævo-cancers est presque toujours tatoué, mélanotique.

Les nævocancers se généralisent d'abord par voie lymphatique, puis par voie sanguine. En dehors des accidents qu'ils déterminent par leur localisation et celle de leurs métastases, il faut mentionner la mélanose extensive produite par la mélanine libérée par les cellules cancéreuses. Le tatouage progressif des cellules conjonctives et des cellules réticulo-endothéliales amène la prolifération de celles-ci et contribue dans une mesure plus ou moins large à compromettre les fonctions viscérales.

Il peut donner lieu à des *tumeurs hyperplasiques mélaniques* qu'il ne faut pas confondre avec les *mélanomes proprement dits.* Les nævo-cancers sont des mélanomes caractérisés surtout par les circonstances étiologiques de leur apparition. Par leur constitution, ils sont semblables à ceux qui naissent hors de la peau. Il convient donc de les ranger, avec ceux-ci, dans un groupe unique.

Ribbert croyait pouvoir expliquer l'unicité des mélanomes par la nature mésoblastique de leur point de départ.

Des recherches nouvelles permettent de penser que les éléments næviques, comme ceux des mélanomes sont de provenance diverses et cependant tous d'essence nerveuse. Ils répondraient aux manifestations hyperplasiques ou néoplasiques de système nerveux parcellaires. Ceux-ci seraient d'origines multiples, locaux et autochtones. Secondairement rattachés au système cérébrospinal ils formeraient avec lui un tout dans lequel leur individualité initiale disparaîtrait à l'état normal, par une convergence morphologique liée à la similitude de leurs fonctions. L'unicité morphologique des mélanomes ne seraient donc pas liée à leur origine unique, mais aux fonctions homologues de leurs éléments initiaux.

Si ces vues se confirment la classification des tumeurs mélaniques devra être complètement reprise, et la terminologie toute provisoire, adoptée dans ce rapport, modifiée.

II

Rapport de M. le professeur Bruno Bloch (de Zurich).

Les anciennes méthodes de l'histologie morphologique ne pouvant apporter la solution définitive au problème de l'origine et du développement des tumeurs næviques, du fait de la polymorphie extrême de leurs cellules une explication rationnelle doit s'appuyer sur la connaissance de la genèse et de la fonction des cellules næviques.

Les tumeurs nævogènes malignes prennent leur point de départ dans les nævi bénins. Les recherches de Unna, Darier et d'autres auteurs encore ont pu prouver le passage direct des cellules épidermiques en cellules næviques. Ce passage s'accompagne d'une transformation profonde, au double point de vue, morphologique et fonctionnel.

Si nous examinons les deux fonctions importantes de l'épiderme qui sont, d'une part, la production de la kératine et la formation du pigment d'autre part, nous voyons que la première fonction disparaît au cours de la métaplasie nævique. La seconde au contraire augmente d'intensité, au début surtout de cette même métaplasie ainsi que dans la dégénérescence maligne des nævi. Pour certains auteurs d'ailleurs, les cellules ectodermiques qui ont subi la métaplasie nævique acquiéraient de nouvelles fonctions telles que la formation de substances collagènes (desmoplasie).

La fonction la plus constante des cellules næviques, tout comme des tumeurs qui en dérivent est la pigmentogénèse. Celle-ci nous permet d'établir une *classification génétique des tumeurs næviques.* Dans la peau normale, seules les cellules d'origine ectodermiques contiennent le ferment spécifique chargé d'élaborer le pigment, c'est-à-dire le dopa-oxydase. Les cellules pigmentées que l'on trouve normalement dans le chorion ne sont pas des mélanoblastes, mais des éléments de nature conjonctive qui ont phagocyté le pigment. Une dopa-réaction positive et la propriété d'élaborer le pigment démontrent l'origine ectodermique des cellules næviques et des tumeurs qui en dérivent. Celles-ci sont donc des *mélanocarcinomes*, dont nous distinguons les variétés suivantes :

a. *Les nævo-carcinomes vrais*, provenant des cellules ayant subi la métaplasie nævique ;

b. *Les mélano-épithéliomes simples*, issus de la couche basale de l'épiderme, sans subir au préalable la métaplasie nævoïde tout en conservant la capacité d'élaborer le pigment (lentigo malin des vieillards, Hutchinson, Dubreuil).

Outre les mélanoblases d'origine ectodermiques nous ren-

controns chez les animaux d'autres mélanoblases d'*origine mésodermique* Situés dans les couches profondes du derme ils donnent une dopa-réaction positive. Ils n'ont rien de commun avec les chromatophores habituels du derme dont ils ne se distinguent au double point de vue morphologique et fonctionnel.

Nous retrouvons chez l'homme ces mélanoblastes d'origine mésenchymateuses dans l'affection connue sous le nom de tache mongolique ainsi que dans le nævus bleu (Jadasshon).

Les tumeurs dérivées de ces mélanoblastes d'origine mésodermique doivent être considérés comme de véritables *mélano-sarcomes.*

Selon Darier la dyskératose de Bowen, la maladie de Paget et le nævus forment un groupe naturel d'état précancéreux de l'épiderme (segrégation et métaplasie des cellules, tendance à la formation des cancers spéciaux). La cause de la dégénérescence maligne de la cellule nævique est encore obscure,

Il est possible que le pigment joue un rôle dans cette dégénérescence, mais ce rôle est loin d'être démontré.

Communications.

Le carcinome « sébacé ». — M. Louis Savatard (de Manchester). Ces tumeurs se voient d'habitude au niveau de la peau mais peuvent se rencontrer ailleurs.

Elles sont soit uniques, soit multiples et souvent associées à d'autres variétés de carcinomes cutanés.

Au point de vue clinique elles ressemblent plutôt à un carcinome à cellules cornées qu'à un carcinome baso-cellulaire.

Elles peuvent être ulcérées ou non, elles peuvent être massives, indurées et fixées au plan profond ou bien de consistance ferme mais non indurée faire saillie au-dessus de la peau et être mobiles avec la peau.

Ces tumeurs grandissent bien plus lentement que les carcinomes cornés et sensiblement plus vite que les carcinomes baso-cellulaires. Les ganglions lymphatiques ne sont pas pris.

Au point de vue histologique, nous constations qu'elles partent sous forme de corps en bourgeons des couches profondes du *rete mucosum*. Les cellules qui les forment sont grandes, souvent vacuolisées, dépourvues de filaments, ont de grands noyaux et nucléoles, présentent souvent des mitoses. Elles ressemblent d'une façon frappante aux cellules sébacées. Au fur et à mesure que la tumeur envahit les couches profondes elle prend un aspect se rapprochant plus de celui d'une glande, bien que l'on ne trouve jamais de lumière vraie. Les masses alvéolaires, entourées par un tissu fibreux serré. Ou bien elles peuvent, apparemment, partir des glandes sébacées quand la partie supérieure du chorion est libre de néoformations.

Ces cas sont-ils donc tous de la même nature? Devons-nous les décrire comme carcinomes sébacés, sébacéiformes ou alvéolaires de la peau?

Maladie pseudo-nævique généralisée à type dystrophique, papillaire et pigmentaire, acanthosis nigricans anormal. — MM. Pautrier et Georges Levy. Présentation de malade et étude biologique.

Maladie de Recklinghausen anormale en évolution maligne. — MM. Simon et Georges Levy.

La pigmentation de la muqueuse buccale interprétée par la dopa-réaction. — M. Ramel (de Zurich).

Mycosis fongoïde localisé serpigineux. — M. L. Danel (de Lille). Femme quarante-quatre ans, début en avril 1922, par une lésion escharoïde, saillante (2 francs) siègeant au niveau de l'épaule gauche, extrémité externe de l'acromion.

Cette lésion guérit au centre pour s'étendre en deux saillies réniformes très syphiloïdes d'aspect (mai 1922) : traitements antisyphilitiques divers par le médecin traitant; néo-intraveineux, biiodure d'hydrargyre intrafessier; KI; quinobismuth, calomel, sans résultats.

La lésion continue de s'étendre; elle rampe vers la nuque et le cou, dessinant cinq grandes arcades. C'est un bourrelet saillant qui se déplace excentriquement et ne tarde pas à se creuser en formant une ulcération à croûte noirâtre. Quand cette croûte se détache laissant une surface bourgeonnante, la lésion est déjà affaissée en ce point et le bourrelet d'extension s'est déjà transporté plus loin. Centre d'apparence légèrement cicatriciel. Rayon : 15 centimètres environ (octobre 1922). En avant quelques éléments olivâtres dans la région sous-claviculaire. En dehors des arcs serpigineux, zone rouge, squameuse, etc., prurigineuse, à limites diffuses, pas de lésions viscérales, petite adénopathie axillaire dure. Pas d'adénopathie ds la nuque.

Biopsie : acanthose, infiltration dermique abondante de cellules ressemblant à de gros lymphocytes, avec mitoses, paraissant englobées dans un fin réseau. Lésions artérielles très importantes, avec fibrose et rétrécissement concentrique extrême de la cavité vasculaire. Wassermann et Hecht négatifs. Anémie légère (3.600.000), leucocytose normale (8.200 environ sans inversion de la formule).

Guérison par la radiothérapie, à fortes doses (15 H) sur chaque segment de cercle et sans réaction notable des téguments mycosiques. Actuellement cette guérison persiste.

Traitement des épithéliomas cutanés superficiels par le râclage et la radiothérapie. — MM. Brocq et Belot apportent le résultat de leur pratique dans le traitement des épithéliomas cutanés; elle s'étale sur 23 cas et se rapporte à 5.500 cas avec un pourcentage de guérison de 80 à 85 p. 100. La méthode à laquelle ils donnent la préférence consiste en des râclages préalables suivis d'une application radiothérapique. Celle-ci doit être unique c'est-à-dire se faire en une fois, en opposition à la méthode des doses faibles et répétées qui doit être abandonnée. L'épithélioma spinocellulaire de la peau peut guérir par le même procédé; dans certains cas, il est préférable de ne pas râcler et donner d'emblée en huit à dix jours la dose utile et nécessaire. Chaque cas d'épithélioma nécessite une technique appropriée dont les éléments se trouvent dans la forme classique et la variété histologique.

M. Gilchrist fait passer une série de projections : dégénérescence maligne généralisée des vaisseaux sanguins cutanés et des glandes sudoripares.

Les voies d'introduction des médicaments dans la thérapeutique anti-syphilitique.

I

Rapport de M. G. Milian (de Paris).

La prééminence d'une voie d'administration des médicaments antisyphilitiques diffère suivant le médicament.

Pour les *arsenobenzols*, la voie de choix est la voie veineuse qui seule, dans l'état actuel de la pharmacologie, permet d'administrer les doses massives qui permettent d'ambitionner la stérilisation de la maladie, bien qu'à dose égale la voie sous-cutanée possède la même activité. Chez le nourrisson seulement, la voie sous-cutanée permet d'administrer la dose massive.

La voie veineuse donne un peu plus souvent des crises nitridoïdes que la voie sous-cutanée, mais celles-ci sont immédiates et éclatent sous la surveillance du médecin et peuvent dès lors être facilement jugulées. Il est faux de dire que la voie sous-cutanée ou intramusculaire soit exempte de dangers.

La voie sous-cutanée donne des crises nitridoïdes retardées, qui se déroulent hors de la surveillance du médecin et sont, de ce fait très dangereuses et peuvent ainsi devenir mortelles.

L'apoplexie séreuse et l'érythrodermie exfoliante, qui sont les complications les plus graves de la médication arsenobenzolique, sont plus fréquentes par la voie sous-cutanée ou musculaire que par la voie veineuse. L'administration des arsenobenzols par la bouche ou par la voie rachidienne n'est pas recommandable pour le traitement de la syphilis.

Pour le *mercure*, la voie intramusculaire est la plus recommandable avec l'emploi des sels insolubles (calomel, huile grise) qui permettent des doses les plus massives possibles et la prolongation du traitement, sans qu'ils deviennent trop onéreux ou trop absorbants pour le malade. La voie veineuse n'est praticable qu'avec très peu de sels mercuriels, la plupart provoquant des thromboses. Elle devient spécialement indiquée dans certains cas, lorsqu'on cherche à provoquer la diurèse par exemple, ainsi qu'on l'obtient avec le cyanure de mercure (néphrite, cirrhose syphilitique, érythrodermie exfoliante arsenicale des syphilitiques). Les traitements par la bouche ou par la peau (frictions) sont des moyens de sup-

pléance, qui peuvent rendre quelque service quand les autres méthodes sont impossibles. Les voies rectale, préputiale, vaginale, sont incommodes et peu actives. La voie rachidienne est infidèle et dangereuse.

Pour le *bismuth*, la voie musculaire est actuellement la seule recommandable, la voie veineuse étant à peu près impraticable du fait de la forte toxicité des sels solubles administrés par cette voie.

Pour les *médicaments iodés*, l'iodure de potassium surtout, la voie buccale est la seule qui permette les doses nécessaires de 3 à 6 grammes par jour.

II

Rapport de M. le docteur E. BODIN (de Rennes).

On peut apprécier la valeur respective des diverses voies d'introduction des médicaments dans le traitement de la syphilis en les examinant par rapport aux conditions suivantes : absorption, élimination et persistance des médicaments dans l'organisme; technique d'application et avantages des diverses voies; inconvénients et dangers de ces mêmes méthodes, et enfin leurs effets sur les accidents et l'évolution de la maladie. Dans l'état actuel de nos connaissances, cette étude conduit aux conclusions que voici :

1° Les voies d'introduction digestive, respiratoire et cutanée ne réalisent pas les conditions de précision exigibles pour un traitement actif, tel que celui qui convient dans l'infection par le tréponème. Elles sont à rejeter en tant que méthodes générales et rationnelles de traitement;

2° Dans la syphilis des centres nerveux, la voie intrarachidienne doit être abandonnée actuellement en raison du peu de résultats qu'elle donne et des déboires auxquels elle expose;

3° Les méthodes par injection sont précises et toutes susceptibles d'assurer l'action parasiticide qui est le but essentiel. Toutefois il convient de distinguer :

A. Les injections intraveineuses, donnant le maximum de rapidité et d'intensité mais dont les effets sont relativement peu prolongés. Ainsi que toute méthode très active, celle-ci comporte certains risques, qui se réduisent, avec une technique correcte et grâce aux progrès récents, à des accidents très rares en égard au nombre de malades traités.

B. Les injections sous-cutanées et intramusculaires qui, d'une manière générale, ont une action rapide et moins intense mais plus longue que celle des injections intraveineuses, comme ces dernières et contrairement à l'opinion courante, les injections sous-cutanées et intramusculaires exposent aux accidents d'intolérance, qui sont seulement répartis dans le temps d'une manière différente. Elles offrent en outre, avec certaines substances insolubles ou à résorption lente le danger de l'accumulation des doses avec solubilisation ultérieure très variable.

On peut donc considérer actuellement la voie veineuse comme la méthode de choix pour le traitement rationnel de la syphilis; ceci d'une manière très générale, indépendamment des cas particuliers dans lesquels le médecin doit savoir se plier aux circonstances et sous réserve de nouvelles découvertes en chimiothérapie.

Communications.

Apoplexie séreuse survenue quelques heures après injection de 6 centigrammes de sulfarsénol, par voie sous-cutanée. — M. G. PETGES (de Bordeaux) a déjà signalé au précédent Congrès les inconvénients de la voie sous-cutanée, préconisée comme inoffensive en arsenothérapie. Il rapporte un cas d'apoplexie séreuse survenu quelques heures après une injection sous-cutanée de sulfarsénol. Le coma, persista, accompagné d'anurie, pendant quarante-six heures; sous l'influence du traitement et surtout d'une ponction lombaire la malade revint à elle et la guérison survint après une semaine.

Valeur des voies d'introduction des médicaments dans le traitement de la syphilis. — M. Nicolas GRECO (de Buenos-Aires) fait remarquer que depuis quelques années il a affirmé la nécessité, pour avoir une cure efficace de la syphilis, de varier la forme médicamenteuse mercurielle et la voie d'administration du mercure, croyant indispensable d'y associer la voie endoveineuse comme traitement curatif ou préventif des lésions interstitielles de la syphilis et surtout des lésions nerveuses et vasculaires.

De l'activité spirillicide comparée des divers groupes médicaments antisyphilitiques. Détermination expérimentale de cette activité. — M. POMARET, préconise comme test expérimental pour l'étude en série de l'activité spirillicide des médicaments antisyphiliques, l'infection spirillaire de la poule par *spirochoeta Gallinarum*, suivant une technique simple, précise et rapide.

Statistiques sur les valeurs comparées de l'arsenic intraveineux et du bismuth intramusculaire. — MM. André LÉRI, TZANCK et PÉRON.

Action de la bismuthothérapie sur l'évolution de la réaction de Wassermann. — MM. Clément SIMON, BALEBEAU et BRALEZ.

Injections intraveineuses de bismuth. — M. PAUTRIER.

M. VIGNES (de Marseille) a obtenu de bons résultats avec la médication bismuthée.

L'efficacité du bismuth chez les arseno-résistants. A propos d'une nouvelle préparation de bismuth colloïdal. — MM. LOUSTE, THIBAUT et G. BARBIER.

Syphilis hépatique à gros foie lisse. — MM. P. MEYNET et F. SEVIN (de Nice) rapportent une observation intéressante par la forme anormale de la syphilis hépatique, simulant une cirrhose hypertrophique biliaire et par l'efficacité surprenante et très rapide des injections intramusculaires d'hydroxyde de bismuth.

SÉANCES DU 27 JUILLET

Le lichen plan est-il contagieux et inoculable? — M. L. BORY (de Paris) rapporte un certain nombre d'observations où la nature parasitaire du lichen plan lui apparaît évidente, ce qui confirme l'impression générale actuelle sur l'origine de cette maladie. On peut dans certains cas, dont il cite une observation particulièrement schématique, suivre l'inoculation du parasite inconnu et son acheminement en plusieurs assauts à travers le réseau lymphatique des téguments; M. L. Bory rapporte, après bien d'autres auteurs, un cas de contagion probable de lichen plan transmis d'une mère à son jeune enfant; enfin, il a dans presque tous les cas pu noter l'intervention première, comme agent d'inoculation, d'insectes piqueurs (moustiques surtout) qui expliquent que ce soit surtout au retour des champs ou de la mer après les vacances que s'observent très souvent les premières manifestations du lichen plan.

M. RABELLO fait deux communications sur les origines de la **leishmaniose cutanée** au Brésil et sur les formes cliniques de cette affection.

M. PAUTRIER étudie les **rapports du para psoriasis adénoïde et des atrophies cutanées** (présentation de malades).

L'érythrose pigmentée péribuccale. — M. BROCQ désigne sous ce nom une assez curieuse dermatose dont il a observé les premiers cas il y a environ vingt-cinq ans, et qui est objectivement caractérisée :

1° Par sa localisation aux régions inférieures de la face, elle apparaît d'abord aux parties latérales du menton, puis peu à peu elle gagne les pourtours de la bouche et parfois les sillons naso-géniens;

2° Par sa coloration café au lait plus ou moins accentuée, variant du jaune brunâtre à peine perceptible au brun assez foncé;

3° Par sa variabilité comme teinte suivant les jours et même suivant les heures de la journée;

4° Par l'atténuation considérable de la coloration par la vitropression.

Les parakératoses psoriasiformes. Leurs relations avec les pyodermites et les mycoses. — M. BROCQ. Le syndrome objectif parakératose psoriasiforme est caractérisé cliniquement par la lésion élémentaire suivante :

Rougeur plus ou moins vive du derme qui est recouvert de squames peu épaisses, peu ou point stratifiées, plus ou moins adhérentes; circonscrite assez nettement en taches ou plaques plus ou moins régulières de contours; au grattage méthodique pas de pellicule décollable, mais purpura traumatique, parfois quelques hémorragies punctiformes et vésicules histologiques.

L'auteur en rappelle succinctement les grandes variétés.

Puis il étudie les rapports avec les épidermodermites à staphylocoques et à streptocoques et avec diverses mycoses. Il analyse des faits cliniques assez difficiles à interpréter au premier abord et en discute la nature en s'appuyant sur des principes de pathologie générale cutanée.

Le prurit circonscrit avec lichénification (lichen simplex chronique) **sur parakératose psoriosiforme.** — M. BROCQ rappelle succinctement ses recherches sur les lichénifications primitives et sur les lichénifications secondaires, sur la possibilité de diagnostiquer par le grattage méthodique les lichénifications du lichen plan à l'état pur, c'est-à-dire non lichénifié.

Il fait remarquer que lorsque les prurits circonscrits ou lichen simplex chroniques se compliquent de parakératoses psoriasiformes, leurs caractères objectifs sont un peu modifiés : leur teinte est plus rougeâtre et l'infiltration des tissus est peut-être un peu plus uniforme, moins pseudo-papuleuse que dans les cas purs. Les localisations électives de ces formes mixtes sont le cuir chevelu vers la nuque et en arrière des oreilles, et la région cubitale de l'avant-bras un peu au-dessus de l'olécrâne.

Le zinc dans le traitement de la syphilis. — M. Nicolas V. GRECO (de Buenos-Aires). Les expériences de l'auteur lui ont donné l'impression générale que les composés de zinc ont une action sur la syphilis, mais à un degré moindre que les médications actives déjà connues.

Ils pourraient cependant servir de médication auxiliaire et être avantageusement employés dans la syphilis tertiaire (gommeuse, interstitielle, nerveuse). Ils pourraient être également utiles comme médication dissimulée de la syphilis.

Un cas rare de syphilis héréditaire osseuse. — M. STEINMEITZ (de Genève).

Le prurit dans la syphilis. — M. Nicolas V. GRECO (de Buenos-Aires) croit que le prurit est un symptôme important de syphilis parfois révélateur sur lequel on n'a pas encore suffisamment appelé l'attention des cliniciens.

Un cas d'ictère novarsenical mortel. — MM. PAUTRIER et Georges LÉVY.

Etude clinique et histologique de cinq cas de lymphogranulomatose de Hodgkin. — MM. HUDELO, CAILLIAU, MOUZON et OURY. Les cinq cas étudiés présentent tous un symptôme commun, l'adénopathie; ils diffèrent, soit par l'absence d'un des symptômes principaux de l'affection (prurit, éosinophilie, fièvre), soit par les lésions histologiques. La clinique et les recherches histologiques nous autorisent à dire que :

La lymphogranulomatose ne correspond pas à un type clinique bien défini et univoque. Hyperplasie inflammatoire pour les uns, elle correspond à une néoplasie maligne pour d'autres et elle est confondue parfois avec les leucémies.

Il est nécessaire de distinguer la lymphogranulomatose des affections néoplasiques malignes du tissu hématopoïétique (lymphosarcome de Kundrat-Paltauf, granulomatose maligne de Benda, lymphadénome métatypique de Besançon-Labbé, etc.). Ces néoplasmes malins qui s'accompagnent de lésions inflammatoires sont susceptibles de donner des métastases destructives et se comportent comme de véritables cancers.

Il est nécessaire de distinguer la lymphogranulomatose des leucémies qui s'accompagnent de signes hématologiques spéciaux des métastases non destructives et offrent une atypie cellulaire moindre.

La lymphogranulomatose telle que nous la concevons ne donne pas de métastase; si elle entraîne souvent la mort ce n'est pas par le processus habituel du cancer; mais il n'est pas impossible qu'une lymphogranulomatose aboutisse à une tumeur maligne; ce n'est plus alors une lymphogranulomatose pas plus que le cancer de l'estomac n'est la gastrite hyperplasique. Les cas décrits avec métastases sont, soit des lymphosarcomes méconnus, soit des transformations néoplasiques de la maladie de Hodgkin.

Réduite à ce cadre, la lymphogranulomatose évolue en plusieurs phases : 1° lésions d'hyperplasie inflammatoire et régression embryonnaire des tissus ganglionnaires; 2° lésions dystrophiques et apparition d'éléments pouvant simuler les lésions néoplasiques malignes; 3° lésions de sclérose le plus souvent hypertrophique.

Conditions de réceptivité dans l'inoculation expérimentale du virus herpétique. — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL et J. REILLY ont antérieurement montré que l'herpès était auto et hétéro-inoculable. Ils précisent les conditions expérimentales de la réceptivité chez l'homme et insistent sur les points suivants :

1° Pour réaliser l'inoculation de l'herpès, il faut s'adresser à une souche d'origine humaine; les souches animales ne donnent qu'exceptionnellement des résultats positifs. Ce fait témoigne que le passage par l'organisme du lapin modifie les aptitudes humaines du virus;

2° Les lésions peuvent être produites sur tous les points du corps, et elles sont auto-inoculables en série; mais elles s'épuisent progressivement, tandis que le sujet reste encore réceptif à une inoculation d'une souche étrangère;

3° Les individus qui se prêtent le mieux aux inoculations expérimentales sont ceux qui sont spontanément sujets à l'herpès; il y a même parallélisme entre les lésions naturelles et provoquées. La production d'herpès peut être réalisée chez les malades atteints de certaines infections accompagnées d'herpès, telles la pneumonie, la méningite cérébro-spinale. Inversement, elle échoue presque toujours chez ceux atteints de maladies au cours desquelles l'herpès ne s'observe jamais.

Il semble donc que l'apparition de l'herpès dans les infections ne peut être seulement rapportée à l'exaltation momentanée du virus agissant comme virus de sortie, mais aussi à l'état réceptif ou réfractaire de l'organisme temporairement acquis du fait de l'état infectieux concomitant;

4° L'inoculation expérimentale ne détermine aucune immunité locale, et les auteurs n'ont pas retrouvé le virus à l'état latent dans les régions précédemment inoculées;

5° On peut observer chez un sujet soumis à des inoculations en série par un virus hétérogène l'alternance de périodes de réceptivité et de phases réfractaires. Ces faits expérimentaux se rapprochent des poussées périodiques de l'herpès spontané;

6° Les auteurs rapportent une tentative de vaccination anti-herpétique par l'emploi d'un cerveau de lapin mort d'encéphalite et des recherches sur les modifications humorales susceptibles d'expliquer l'état réceptif ou réfractaire vis-à-vis du virus herpétique;

7° Pour terminer, les auteurs comparent l'herpès expérimental humain et l'herpès expérimental animal. Une même souche de virus qui, chez l'homme, détermine seulement une lésion du tégument, entraîne constamment chez le lapin des phénomènes nerveux aboutissant presque toujours à la mort par encéphalite. La double affinité dermotrope et neurotrope est le caractère le plus frappant de l'herpès expérimental du lapin. Il importe que le problème de l'herpès soit étudié dans le cadre de la pathologie humaine.

Contribution à l'étude du parapsoríasis en gouttes. — MM. CORIZA et BEJARANO.

Réactions biologiques et essais de vaccinothérapie dans le favus. — MM. MONTPELLIER et BOUTIN (d'Alger). — La fréquence et la gravité relative du favus en Algérie ont facilité les recherches que les auteurs ont poursuivi depuis plus de six mois en interrogeant successivement, par la déviation du complément, la cuti et l'intradermoréaction, la recherche des précipitines, l'organisme de sujets faviques avant, pendant et après une vaccinothérapie à la « favine ». De ces diverses recherches, ils peuvent conclure :

1° D'une manière générale, absence d'anticorps, décelables par la méthode de déviation du complément (technique au sérum chauffé — sur 15 faviques — 15 réactions négatives). Toutefois dans certains cas de favus du cuir chevelu et du corps, ils ont pu mettre en évidence la présence d'anticorps, au moyen de la technique au sérum non chauffé (sur 15 faviques, 5 cas positifs);

2° Après vaccination et d'une manière générale, des anticorps apparaissent dans le sang des faviques (sur 14 cas : 6 B.-W. positifs, 12 h. R, positifs;

3° L'effet thérapeutique, sur les lésions mycosiques en cours fut nul.

M. PAYENNEVILLE (de Rouen) étudie **deux cas de dermatite polymorphe douloureuse**, l'un à type bulbeux, l'autre à type herpétiforme d'origine récente, dans lesquels l'injection de novarsénobenzol, puis l'autohémothérapie appliquées séparément ne semblaient pas donner de modifications notables

alors que leur association a au contraire donné un très bon résultat. L'éoninophilie a diminué progrossivement marchant de pair avec l'amélioration clinique. L'une de ces malades a quitté l'hôpital complètement guérie et elle n'a pas eu de poussée nouvelle depuis plus de six mois; l'autre n'a été qu'améliorée. Il faudrait plus de cas pour conclure.

Syphilis et cancer. Les séro-réactions (Bordet-Wassermann, Hallion-Bauer et Hecht), chez les cancéreux. — MM. Goubeau et de Pradel apportent une statistique de 100 cas de cancers divers, dans lesquels ont été systématiquement pratiquées les trois réactions ci-dessus mentionnées.

Le pourcentage de réactions positives, 17,5 p. 100, s'est montré notablement 4 fois plus élevé chez les cancéreux que chez les individus sains non suspects de syphilis pour lesquels le pourcentage est de 4,58 p. 100. A noter que chez ces 100 sujets cancéreux, la syphilis ne semblait pas devoir être incriminée à priori.

Chez les cancéreux notoirement syphilitiques, les réactions positives sont d'autant plus fréquentes et plus accusées que le cancer succède de plus près à la syphilis, que celle-ci est plus active et plus récente et que le malade est plus jeune.

Un cas d'éléphantiasis nostras. — M. Hugel a observé chez un berger des environs de Haguenau qui n'a jamais quitté son pays, un état éléphantiasique de la jambe droite. L'examen histologique d'un fragment de la peau de la jambe fait par Mlle Eliascheff ne donne aucun éclaircissement au sujet de l'étiologie du cas.

ALEXANDRE MORIN.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉVRISMES POPLITÉS [1]

Evolution. — La tumeur s'accroît, les signes de compression deviennent plus marqués. Les accidents apparaîtront plus ou moins rapidement.

Complications. — a. *Compression veineuse.* — Réseau veineux très développé, pouvant donner des varices qui attirent l'attention du malade à l'exclusion de tout autre symptôme.

Œdème mou, léger, vespéral au début, pouvant s'exagérer et donner au membre un véritable état éléphantiasique. La phlébite peut apparaître avec toutes ses caractéristiques.

b. *Compression nerveuse.* — Les nerfs peuvent être comprimés directement par la tumeur. Mais plus souvent, ils sont enserrés dans la gangue inflammatoire qui se développe autour du sac.

Troubles de la sensibilité. — Fourmillement. Plus rarement anesthésie. Territoire du saphéno-péronnier, du musculo-cutané quelquefois.

Troubles moteurs. — Parésie.

Troubles trophiques. — Au premier degré : pâleur, refroidissement des extrémités. Ulcération pouvant se développer, ressemblant tout à fait à un ulcère variqueux.

c. *Complications articulaires.* — Développement d'une hydrarthrose plus ou moins abondante à l'intérieur du genou.

d. *Embolie* dans le segment du membre sous-jacent.

e. *Gangrène*, soit par embolie, soit par ischémie progressive (en particulier par compression de la veine qui va empêcher la circulation de retour). Peut être généralisée à tout le segment du membre ou localisée en plaque.

Terminaison. — La rupture est la terminaison habituelle (sauf quelques cas exceptionnels de guérison spontanée et aussi quelques cas de gangrène, antérieurs à la rupture).

La rupture peut se faire :

— à la peau : adhérence, puis la peau s'amincit, rougit, s'ulcère. Hémorragie formidable qui tuera en quelques instants.

— dans le tissu cellulaire : gros hématome, qui sera souvent suivi de gangrène à marche rapide.

— dans la veine : constituant alors un anévrisme artério-veineux (mécanisme rare).

— dans l'articulation du genou : hémarthrose à début brutal, gonflement énorme du genou. L'amputation sera nécessaire le plus souvent.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 67, p. 1082.

Formes cliniques. — Anévrisme à poche remplie de caillots simulant une tumeur solide.

Pronostic. — Varie avec le volume et l'âge du sujet; varie aussi avec le siège ; les anévrismes tibio-péroniers intéressant la naissance des collatérales sont beaucoup plus graves que les anévrismes fémoro-poplités. Toujours très sérieux.

II. Anévrismes artério-veineux. — Début. — Après traumatisme. Date d'apparition : de quelques jours à plus de deux ans.

Etat. — *Signes fonctionnels* intenses.

Douleurs vives, extension du genou très génée.

Troubles trophiques précoces : œdème, ulcérations, sont ici des symptômes et non des complications.

Signes physiques. — Peu ou pas de tumeur. Pas de battements. Pas d'expansion Thrill continu à renforcement systolique. Souffle léger, continu à renforcement systolique. Veine dilatée, animée de battements (pouls veineux). Tension veineuse quintuplée : les veines sont artérialisées.

Evolution. — Peu de caillots, pas de guérison.

Les troubles trophiques augmentent au point de rendre l'existence impossible au malade.

Marche beaucoup plus lente que dans l'anévrisme artériel.

Complications. — On a signalé récemment, de l'asystolie par anévrisme, guérissant après le traitement de celui-ci.

Pronostic. — Moins grave au point de vue vital, mais très sérieux au point de vue fonctionnel.

DIAGNOSTIC. — **Positif.** — Il faut s'aider de la radio. La ponction exploratrice, quelquefois pratiquée par erreur, est peu dangereuse si elle est faite avec une aiguille fine.

Diagnostic différentiel. — Facilement on élimine : l'*abcès froid*, l'*adénite*.

— le *kyste poplité* (se développe surtout sur les bourses communes du jumeau interne et du demi-membraneux). Peut ressembler à un anévrisme et être soulevé par les battements de la poplité.

Mais il n'est pas réductible, n'a pas d'expansion, pas de souffle.

— le *sarcome* aussi pourra simuler l'anévrisme : surtout le sarcome tétangiectasique. Le souffle existe, mais léger, les adénopathies surviennent, les ulcérations rapides.

Diagnostic de la variété. — Facile, en général, de distinguer l'anévrisme artériel de l'anévrisme artério-veineux.

Diagnostic du siège. — Pour en déduire le pronostic. Meilleur si l'anévrisme artériel est haut que si l'anévrisme artériel est bas. Mais bien difficile par les symptômes : se fera à l'intervention.

Diagnostic de la circulation du membre. — Utile de le savoir pour choisir l'intervention.

Si le choc du pouls pédieux est plein et dur, si l'artère est dure et peu élastique, s'il y a expansion marquée et souffle rude, il faudra craindre qu'il y ait peu de collatérales de suppléance.

Pendant l'intervention, on pourra encore s'assurer de la reprise de la circulation après l'hémostase temporaire. Si, à ce moment, on voit les extrémités rester colorées, le sang refluer dans le sac anévrismal par le bout périphérique, c'est un excellent pronostic, on peut faire l'extirpation sans danger de gangrène.

TRAITEMENT. — Dans l'anévrisme artériel, la ligature donne de mauvais résultats. On peut encore faire l'anévrismorraphie ou si c'est possible l'extirpation, qui est l'opération idéale (si la circulation le permet).

L'anévrisme artério-veineux est difficile à traiter.

1° L'extirpation est, en général, impossible.

2° Exceptionnellement, on pourra lier le canal de communication entre l'artère et la veine.

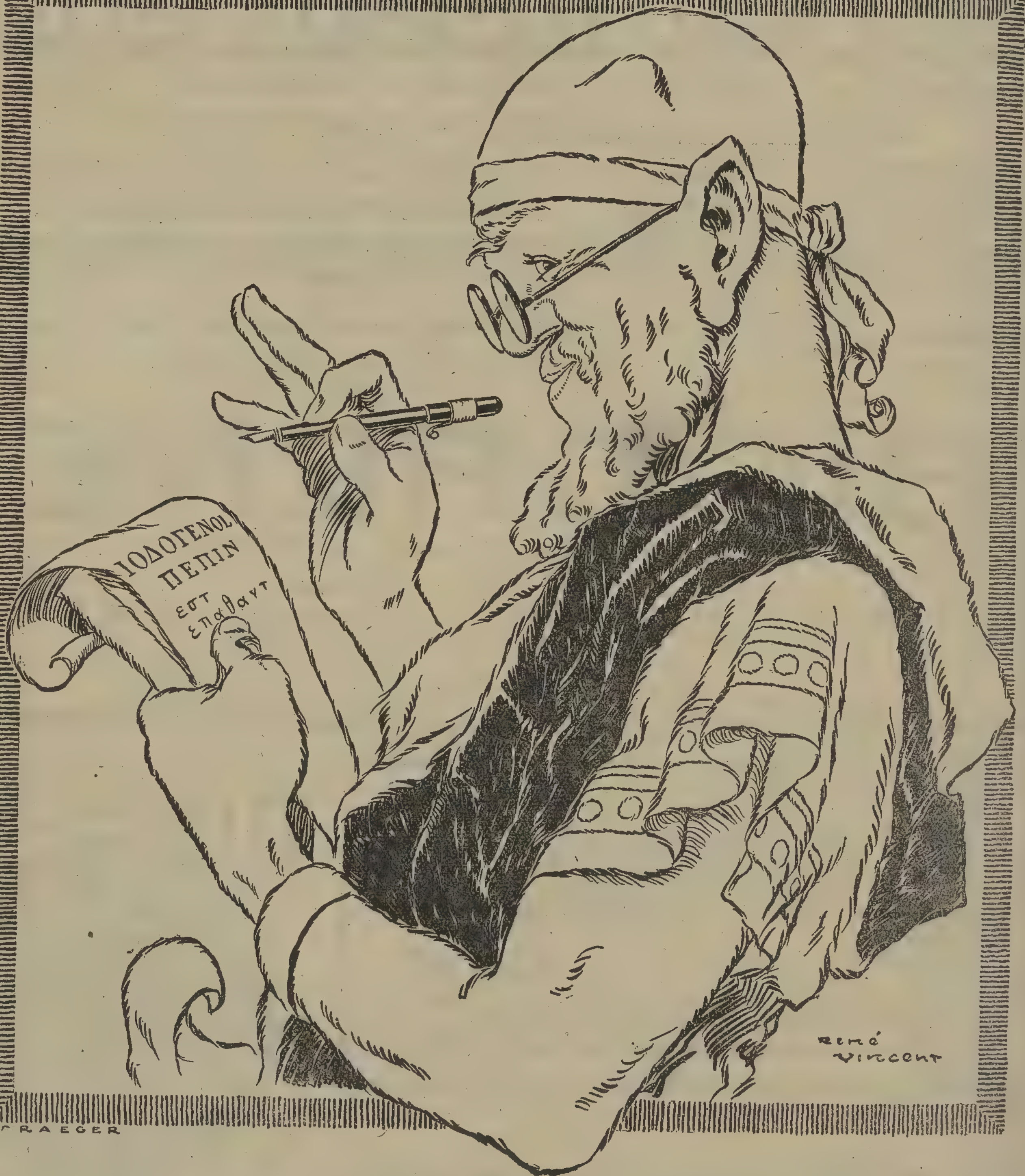
3° La quadruple ligature est aussi une bonne opération.

4° La ligature de la veine et la suture de l'artère donnera d'excellents résultats.

Bibliographie. — Le Dentu, Delbet, t. XI. — Braine. Anévrismes artério-veineux. Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1919.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Par suite du départ de M. Collet, arrivé au terme de son service hospitalier, la clinique des maladies de l'oreille, du nez et du larynx du professeur Lannois est transférée à l'hôpital de la Charité.

M. le docteur Rebattu a pris le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital de l'Antiquaille.

M. le docteur Goyet entre en service à l'hôpital du Perron.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Liste des médecins militaires ayant obtenu le titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce à la suite du concours ouvert le 14 juin 1923 :

Médecine. — M. Le Bourdellès, médecin-major de 2e classe à la place d'Alger.

M. Fribourg-Blanc, médecin-major de 2e classe au gouvernement militaire de Paris.

Chirurgie. — M. Bertein, médecin-major de 1re classe à l'Ecole du Service de santé militaire.

M. Courboulès, médecin-major de 2e classe à la place de Metz.

M. Vanlande, médecin-major de 2e classe à la place de Besançon.

— Par décision ministérielle du 24 août 1923, les professeurs agrégés du Val-de-Grâce ci-après désignés reçoivent les affectations ci-après :

M. Bertein, médecin-major de 1re classe à l'Ecole du Service de santé, est maintenu à ladite Ecole.

M. Courboulès, médecin-major de 2e classe à la place de Metz, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire.

M. Vanlande, médecin-major de 2e classe à la place de Besançon, est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale).

M. Gabrielle, médecin-major de 2e classe à l'Ecole d'application du Service de santé, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire.

M. Rouquier, médecin-major de 2e classe à la place de Marseille, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire.

M. Le Bourdellès, médecin-major de 2e classe à la place d'Alger, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire.

M. Fribourg-Blanc, médecin-major de 2e classe au gouvernement militaire de Paris, est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire de neuro-psychiatrie et de médecine légale).

M. Zoeller, médecin-major de 2e classe à l'Ecole du Service de santé militaire, est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire des maladies et épidémies des armées et bactériologie).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Pescher (de Paris).

MARINE. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin de 1re classe de la marine Joseph Rouquet.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le docteur Creyx (de Bordeaux).

Officiers d'Académie. — M. le docteur Hazera (d'Hostens).

LE PROJET DE LOI DES ASSURANCES SOCIALES ET LA FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE. — Les médecins de la région parisienne, réunis dans chaque arrondissement de Paris et dans les cantons de la banlieue, par les soins de la Fédération corporative, ont été unanimes à condamner le principe d'un tarif forfaitaire (c'est-à-dire de la rétribution avec une somme fixe par an et par assuré) pour le paiement des honoraires médicaux. Ils sont convaincus en effet qu'un système forfaitaire conduirait fatalement à une mauvaise organisation de soins préjudiciable aux malades.

Ils se sont tous déclarés résolus à ne traiter avec les caisses d'assurances sociales que si les soins donnés aux assurés sont rémunérés à la visite selon le tarif moyen de la clientèle ordinaire et que si les principes du libre choix du médecin et du secret professionnel sont rigoureusement respectés.

Enfin, ils ont été à peu près unanimes à demander que le paiement des honoraires médicaux soit fait directement et intégralement par le malade.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur : M. A. GILBERT; professeur agrégé : M. Maurice VILLARET.) — *Cours de perfectionnement* (septembre 1923). — LES NOTIONS RÉCENTES MÉDICO-CHIRURGICALES SUR LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF. — Cet enseignement de vacances, d'ordre

essentiellement pratique, commencera le lundi 10 septembre 1923, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois et Heitz-Boyer, agrégés, chirurgiens des hôpitaux; Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann et Dufourmentel, anciens chefs de clinique; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté; Leven, ancien interne des hôpitaux; Saint-Girons, chef de clinique; Coury, chef de clinique adjoint; Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont et Deval, ancien chef et chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie; A.-C. Guillaume, ancien interne des hôpitaux de Paris; Lagarenne et Durey, chefs des laboratoires de radiologie et des agents physiques de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement le matin, à 9 heures; l'après-midi, à 14 h. 30.

Le cours comprendra 34 leçons et sera complet en deux semaines; il sera illustré de planches et projections et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude sera organisé les 21, 22 et 23 septembre, à Vichy.

Les élèves du cours désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1922-1923 ont lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions, et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement :

a. L'un sur les maladies du foie et du pancréas et sur le diabète (grandes vacances : juillet);

b. L'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : septembre).

2° Un cours de revision sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

La SECTION MÉDICALE, revue mensuelle publiée par la section de médecine de l'Association générale des étudiants, 15, rue de la Bûcherie, nous prie de dire qu'une erreur a été commise dans la mise en page du numéro 6 dénaturant complètement le sens de l'article inséré à la page 17 et intitulé : « A propos des dispenses d'examen ».

Il faut lire :

« Or, dernièrement, le bruit courait que d'autres mesures de faveur auraient été prises depuis cette époque à l'égard d'autres étudiants en médecine.

Les docteurs Chauveau, président du groupe interparlementaire médical, et Jayle, secrétaire général du S. M. S., interrogés par nous, nous ont fait des réponses négatives.

S'il en avait été autrement, nous nous empressons de dire que notre attitude à l'égard de M. le ministre de l'Instruction publique eût changé sur-le-champ. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de médecine, par G.-H. ROGER, Fernand WIDAL, P.-J. TEISSIER. Fascicule XIII : *Appareil digestif (bouche, pharynx, estomac, œsophage)*; 1 vol. de 810 pages avec 119 figures et 4 planches en couleurs. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

Accidents du travail. Evaluation des incapacités (2e édit.), par Léon IMBERT, agrégé des Facultés, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille; C. ODDO, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille; P. CHAVERNAC, ancien aide de clinique ophtalmologique à la Faculté de Montpellier. 1 vol. de 936 pages avec 96 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les albuminuries et leur traitement, par le docteur Arthur LECLERCQ, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. (Bibliothèque des maladies de la cinquantaine, t. V.) 1 vol. in-8 carré de 191 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire en clientèle, par C. COLBERT (de Cambo). (*Comment guérir?* Bibliothèque des Praticiens.) In-8, 1923, 12 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les médecins sociologues et les hommes d'État, par TRESCA. Préface par Ch. RICHET. 1 vol., 224 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, F. Alcan.

Les anémies, par le docteur Léon TIXIER. (Bibliothèque des Connaissances médicales, dirigée par le docteur APERT.) 1 vol., 260 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Flammarion.

Eléments de neuro-psychiatrie. Clinique thérapeutique, Questions sociologiques, par Henri DAMAYE. 1 vol., 204 pages. — Prix : 7 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La valeur de l'exploration fonctionnelle des reins dans le diagnostic des formes rares de la tuberculose rénale, par le docteur Paul-Emile DUCHEIN, (Th. de Paris.). — Paris, Arnette.

Recherches physiologiques sur la teskra. Ses applications thérapeutiques : la teskrine, par le docteur Edmond DIOT. — Nancy, Imprimerie Nancéenne.

Contribution à l'étude de l'intoxication des ouvrières perlières, par le docteur J.-A. CHARBONNIER. — Paris, Editions médicales, 7, rue de Valois.

La mesure du débit respiratoire maximum à l'état normal et à l'état pathologique par la méthode et le masque manométrique de Pech, par le docteur GUÈS. — Paris, Vigot frères.

Contribution à l'étude du traitement des infections puerpérales par un sérum polyvalent (préparé suivant la technique de MM Leclainche et Vallée), par le docteur Jean LANGLOIS. — Paris, Legrand.

La myocardite rhumatismale à nodules, par le docteur KANATSOULIS. — Villefranche, Imprimerie du « Réveil du Beaujolais », 9, rue P. Morin.

Trois essais sur la théorie de la sexualité, par le professeur Sigmund FREUD. Traduit de l'allemand par le docteur REVERCHON. (1. « Les documents bleus. » — Paris, 1923, Editions de la Nouvelle Revue française.

Etude statistique de la survie après l'opération du cancer du sein, par le docteur Etienne BOULARD, — Paris, Le François.

REVUE GÉNÉRALE

APPENDICITE, COLOTYPHLITES ET PÉRITYPHLITE [1]

Par le docteur A.-C. GUILLAUME.

Développement de quelques notions relatives à l'appendicite. — Il me semble utile, pour l'exacte compréhension des développements ultérieurs de cette étude sur les colotyphlites et leurs rapports avec l'appendicite, d'indiquer succinctement l'historique de quelques notions relatives au problème de l'appendicite, et d'étudier ainsi successivement l'anatomie pathologique, le mécanisme des accidents appendiculaires et les théories proposées pour expliquer la genèse de l'appendicite.

La fréquence des lésions appendiculaires est soulignée dans plusieurs études.

Totalisant une série de statistiques publiées, par Maurin en France, Hektoen et Ferguson en Amérique, Toft en Allemagne, on montre que sur près de 900 sujets ayant succombé à des affections diverses, on trouve 20 p. 100 environ d'altérations anciennes de l'appendice.

Ribbert (1893), Tungel, Kraussold, publient des statistiques qui arrivent à des conclusions analogues.

Finkelstein (in Sonnenbourg) indique cependant une proportion nettement plus faible 7 p. 100,

De 1890 à 1900, l'anatomie pathologique microscopique de l'appendicite est précisée.

Bland Sutton (en 1891) montre que les accidents inflammatoires de l'appendicite sont dus à une *infection de la muqueuse* et du *tissu adénoïde.* Ces lésions folliculaires ont ensuite été précisées par Quénu et Carel (1892), par Pilliet et Costes (1895), par Siredey et Leroy (1897), enfin par Letulle. *Ces auteurs montrent bien que l'appendicite est une* FOLLICULITE INFECTIEUSE. C'est sur la théorie infectieuse que s'appuient également les diverses théories proposées pour expliquer la pathogénie des accidents de l'appendicite. Le mécanisme de production des accidents de l'appendicite a, en effet, pendant les trente dernières années, fait l'objet de nombreux travaux.

Une série de théories ont tour à tour été proposées pour expliquer la genèse de l'appendicite.

Tout d'abord une *théorie mécanique* qui faisait de la maladie la conséquence de l'irritation directe par un corps étranger.

Puis la *théorie de la cavité close* qui, ne bornant pas aux calculs et corps étrangers le rôle nocif, déterminant de l'affection, mais admettant toutes les causes d'oblitération de la lumière appendiculaire (turgescence même temporaire), explique la genèse de l'appendicite par une oblitération de la lumière avec exaltation de la virulence des microbes enfermés dans la cavité close.

La *théorie infectieuse intestinale* (Lockwood) admet que l'infection part de la cavité appendiculaire et gagne, de proche en proche, les tissus de l'appendice.

La *théorie infectieuse hématogène*, enfin, ou de localisation intestinale d'une infection générale.

Nous avons vu, précédemment, que, de 1830 à 1880, on avait tour à tour accusé les *corps étrangers simples*, puis les *calculs stercoraux*, enfin les *troubles de l'irrigation sanguine appendiculaire*, d'être les facteurs du déclanchement des lésions et, par conséquent, des accidents de l'appendicite.

Talamon, en 1882, insiste à nouveau sur le rôle des concrétions intra-appendiculaires dans le déclanchement des accidents de l'appendicite; en obturant la lumière de l'appendice, ces concrétions, pense-t-il, transforment la cavité appendiculaire en cavité close, et c'est dans cette cavité close que se produisent les phénomènes infectieux qui seront le point de départ de l'appendicite; c'est la fameuse THÉORIE DU VASE CLOS qui, reprise quelques années plus tard par Dieulafoy, connaîtra pendant plusieurs années une vogue particulière.

Pour Talamon, le calcul, presque toujours arrondi, s'agglomérait autour d'une particule étrangère dans la cavité du cæcum et, pénétrant un jour dans la lumière appendiculaire, il provoquerait, par sa migration, la colique; si le calcul est rejeté la colique prend fin; si, au contraire, le calcul s'incarcère, il comprime les parois et ischémie l'appendice, ainsi se réalisent des conditions de moindre résistance vis-à-vis des microbes pathogènes de la cavité appendiculaire et l'appendicite est réalisée.

Dieulafoy admet, en outre, l'exaltation de virulence dans la cavité close.

Les expériences de Klecki, celles de Roger et Josué, de G. de Rouville, celles d'Hartmann et Mignot ont apporté des arguments à l'appui de la conception de Dieulafoy en montrant, notamment, que l'exaltation de la virulence du colibacille dans les cavités closes de l'intestin, l'appendice en particulier, n'est pas une vue théorique mais une possibilité pratique. La théorie du vase clos a été en grande faveur pendant plusieurs années et a eu une vogue immense, grâce surtout, il faut bien le reconnaître, aux vigoureux et brillants plaidoyers que Dieulafoy faisait en sa faveur.

Mais cette théorie qui implique la nécessité d'une oblitération de la lumière intestinale ne peut suffire à expliquer tous les cas observés.

Les statistiques étudiées, même celles qui semblent le plus en faveur des théories précédentes ne peuvent, en effet, dans tous les cas, expliquer la genèse de l'appendicite par une oblitération persistante.

Renvers, sur 459 autopsies pour lésions typhlo-appendiculaires, note dans 179 cas seulement la présence de calculs stercoraux, et celle de corps étrangers véritables dans 16 cas, soit au total 42 p. 100 des cas.

Roux note que, dans 73 p. 100 des cas d'appendicite qu'il a observés, la lumière appendiculaire était perméable; Brun, Walther, Poncet, Broca, font des constatations semblables; Jalaguier reconnaît la perméabilité de l'appendice 29 fois sur 42 cas d'appendicite (soit 70 p. 100 des cas).

La perméabilité de la lumière appendiculaire coïncide donc, dans un nombre important de cas, avec l'existence d'une appendicite.

Pour expliquer ce fait tout en maintenant la théorie du vase clos, on a invoqué l'*existence d'oblitérations non permanentes de la lumière appendiculaire*, disant qu'une *oblitération temporaire par turgescence* de la muqueuse est à même de jouer le rôle attribué aux obstacles permanents; il resterait alors à expliquer le pourquoi de cette turgescence de la muqueuse, étape initiale du processus pathologique.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 68, p. 1089.

Une série d'arguments de beaucoup plus de poids que les précédents viennent d'ailleurs à l'encontre de la théorie du vase clos invoqué comme cause unique de l'appendicite ; les observations et les faits apportés par Guinard, ceux présentés à la Société de chirurgie par Quénu, Potherat, Walther et Tuffier, ceux publiés dans la thèse de Giraud, ceux enfin dus à Roux montrent que la cavité close peut être réalisée sans aboutir nécessairement à la production de lésions appendiculaires.

Le triomphe de la théorie du vase clos n'a donc été qu'éphémère, et A. Broca écrit en 1914 :

« Je ne veux pas reprendre la discussion, qui fut si vive entre Dieulafoy et Talamon, sur le rôle de la cavité close. Les faits aujourd'hui certains sont : 1° que les rétrécissements et viroles oblitérantes de l'appendice sont la preuve d'un processus chronique et ancien ; 2° que la clôture de la cavité est peut-être cause quelquefois d'exaltation de virulence mais parfois aussi de stérilisation du liquide (Th. de Dubos) ; 3° que les calculs sont effet et non cause de l'appendicite chronique, mais que leur présence aggrave les poussées aiguës ; 4° que les accidents les plus graves s'observent souvent sans cavité close. »

Senu (1889) dit qu'à son avis l'appendicite aiguë n'est que la manifestation d'une poussée infectieuse s'ajoutant à une appendicite chronique plus ou moins latente.

Tentant de préciser la pathogénie de l'appendicite Reclus distingue trois variétés étiologiques :

1° *Appendicite de cause locale* par corps étrangers ;
2° *Appendicite par inflammation* de l'intestin propagée à l'appendice, entérites et colites ;
3° *Appendicite de cause générale* au cours d'une infection, amygdalite notamment.

Roux écrit à ce propos :

« La comparaison de l'appendice avec l'amygdale reste ce qui a été dit de plus sensé au point de vue pathogénique ; elle explique la pénétration des microbes, leur propagation dans les parois de l'appendice. Il n'y a pas lieu de chercher plus loin ; en tout cas, on n'a pas trouvé mieux. »

Josué, Beaussenat avaient montré expérimentalement la possibilité de déterminer l'appendicite en se servant de la voie sanguine, surtout quand en même temps on lèse l'appendice.

Richet et Saint-Girons (1911 et 1912) montrent que l'infection par voie sanguine prépare le terrain de l'infection appendiculaire entérogène par le colibacille qui est ainsi une infection autogène sur un terrain sensibilisé.

Widal et ses élèves (1912) montrent que, dans le cas des infections typhiques (infection générale), peuvent se développer secondairement des lésions cæco-appendiculaires typhiques, véritables complications de l'infection initiale, sans que l'appareil lymphoïde iléal soit atteint. Histologiquement on note la topographie périvasculaire des lésions ce qui signe l'origine hématogène possible de l'appendicite. Ces faits, qui sont à rapprocher des cas d'appendicite angineuse et des constatations bactériologiques faites à ce propos par Offergeld et par Kretz, montrent que l'infection sanguine peut être à l'origine de l'appencicite.

En fait, le moins que l'on puisse dire, c'est qu'aucune théorie ne peut prétendre à expliquer le mécanisme de production de tous les cas observés d'appendicite, que tous les facteurs invoqués sont à même d'intervenir, soit isolément, soit concurremment, pour provoquer l'appendicite, et qu'en matière de pathogénie de l'appendicite il y a lieu d'être éclectique.

Il existe en effet des cas où, semble-t-il, un corps étranger véritable, un vers intestinal, sont intervenus pour provoquer l'appendicite ; les concrétions stercorales sont aussi à même mécaniquement et bactériologiquement de déclancher ou d'aggraver un processus infectieux appendiculaire. Enfin il est des cas indéniables de localisation appendiculaire d'une infection générale, et d'autres enfin où l'infection de l'appendice semble bien s'être faite en partant de la cavité appendiculaire. Ce sont là des faits sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

Parmi les problèmes particuliers qui se rattachent à l'étude de la pathogénie de l'appendicite, l'un de ceux auxquels se sont particulièrement attachés les auteurs, est, sans conteste, celui des corps étrangers appendiculaires. Leur étude avait été poussée fort avant dans le but de préciser les deux théories mécanique et du vase clos, de l'appendicite. L'historique fait à ce propos nous intéresse à d'autres points de vue, c'est pourquoi il me semble utile de revenir sur cette question.

Quelle est la fréquence relative des corps étrangers intra-appendiculaires au cours de l'appendicite ; c'est un fait que l'on s'est efforcé de préciser tout d'abord.

Talamon, s'efforçant de démontrer la théorie du vase clos et le rôle des concrétions stercorales ne trouve, sur 760 cas d'appendicite réunis par lui dans la littérature, que 60 p. 100 de cas dans lesquels la présence de corps étrangers est constatée.

Fenwick dans des statistiques analogues arrive à une proportion de 55 p. 100 de corps étrangers.

Le Guern sur 171 appendicites trouve 64 cas de corps étrangers, un cas de lombricose, et de nombreux cas dans lesquels des boulettes et des calculs stercoraux sont signalés.

A ces statistiques qui semblaient en faveur de l'extrême fréquence et, partant, du rôle déterminant des corps étrangers dans l'appendicite, s'opposent des travaux d'égale valeur.

Lengfeld sur 459 cas ne trouve que 179 coprolithes et 17 corps étrangers véritables, soit au total 43 p. 100.

Guinard sur 200 cas d'appendicite ne trouve que 24 corps étrangers véritables, soit 12 p. 100, et totalisant les statistiques de Krafft, Fitz, Fenwich, Le Guern, trouve 500 observations de corps étrangers dont 47 p. 100 étaient des calculs stercoraux.

Robinson, analysant les statistiques de Mitchel Bell, de Renvers, de Rostotzew, ne trouve, sur 3.337 cas d'appendicite, que 2 p. 100 de corps étrangers exogènes ou véritables.

Les corps étrangers n'ont donc pas, au cours de l'appendicite, l'extrême fréquence qu'on leur avait, à un moment, attribuée.

Encore faut-il, parmi ces corps étrangers, distinguer les corps étrangers véritables, les coprolithes et les boulettes fécales.

Nous avons vu par l'étude des statistiques de Lengfeld, de Guinard, celles d'autres auteurs, que la proportion, dans les cas d'appendicite avec corps étrangers, des corps étrangers véritables est, par rapport aux coprolithes et aux boulettes fécales, infime.

Ajoutons à ces statistiques celle de Matterstock qui montre, dans 72 cas d'appendicite calculeuse,

qu'il y a 63 fois des concrétions fécales et 9 seulement des corps étrangers véritables.

S'il est des cas assez nombreux dans lesquels la présence d'un corps étranger véritable semble avoir déterminé la production d'une appendicite, peut-on, dans les cas où l'on constate la présence de corps étrangers fécaux, faire jouer à ces derniers le rôle que l'on tente d'attribuer aux premiers? Il faut, dans ces conditions, savoir quelle est la fréquence des matières fécales et des coprolithes dans les appendices indemnes de toute lésion appendiculaire.

Vallée sur 100 appendices de fœtus, de nourrissons et d'enfants, note que 70 d'entre eux contiennent des matières intestinales.

Bérard et Vignard examinant 200 cadavres avec appendice sain, notent 65 fois la présence de matières intestinales.

Guinard sur 100 appendices pris au hasard note 15 fois la présence de boulettes fécales.

Au total il y aurait donc sur 400 cadavres de tous âges 150 fois des matières intra-appendiculaires, soit 38 p. 100.

Ce sont là des chiffres trop voisins de ceux qui indiquent la fréquence des matières intestinales dans l'appendice malade pour qu'il en soit tenu un compte exact. Il est bon de remarquer d'ailleurs, et c'est le fruit des observations radiologiques, que les matières pénètrent dans l'appendice et en sont rejetées par le péristaltisme qui s'observe dans ce diverticule de l'intestin.

Au cours d'un examen radiologique on note très nettement ces mouvements, et des examens pratiqués à de courts intervalles chez le même sujet, montrent, dans un certain nombre de cas, la présence ou l'absence de bouillie opaque dans la cavité appendiculaire.

C'est à juste titre donc, que sur ce point du rôle des calculs stercoraux, Finkelstein et Sonnenbourg renversent le problème; l'appendice déjà malade provoquerait la formation du calcul stercoral qui serait une conséquence et non une cause de l'appendicite.

Sprengel admet la présence de calculs dans les appendices sains mais note que leur fréquence est cinq fois plus grande dans les appendices malades.

Sur 150 cas opérés il note 72 calculs (48 p. 100), 52 appendicites simples avec 11 calculs (soit 22 p. 100) et 98 appendicites perforantes avec 62 calculs (soit 61 p. 100), le calcul, indice de l'existence des lésions, agirait pour aggraver l'évolution de la maladie plus que pour la provoquer.

Lockwood enfin, constate que les calculs sont presque exclusivement constitués, en plus de sels minéraux, par des amas concentriques de bactéries d'espèces multiples.

Bruns faisant une étude analogue conclut que la concrétion appendiculaire réalise précisément sous un volume relativement faible, une accumulation considérable de microorganismes : de là son danger.

Bérard et Vignard enfin concluent : Que la proportion de concrétions organiques par rapport aux corps étrangers exogènes que l'on trouve dans l'appendice enflammé, est au moins de 10 p. 1. Que les CONCRÉTIONS proviennent d'ordinaire des produits de sécrétion glandulaire et des matières fécales liquides contenues dans le grêle et le cæcum (qui pénètrent dans l'appendice normal chez 60 p. 100 environ des sujets, très rarement elles représentent un petit calcul biliaire, d'ordinaire leur composition est à peu près identique à celle des matières fécales).

Certains CALCULS semblent s'accroître par sédimentation dans la lumière de l'appendice, leur composition est alors analogue à celle des sables et calculs intestinaux, le rôle des infections microbiennes dans la genèse de ces calculs semble aussi incontestable que dans la genèse des calculs biliaires.

Bérard et Vignard concluent en attribuant au *calcul appendiculaire* un rôle aussi important par son action infectante que par son action mécanique; mais pas plus le calcul que les corps étrangers ne sont nécessaires à la production de la poussée d'appendicite aiguë, il faut l'intervention de l'agent infectieux, qui peut se produire aussi bien dans un appendice libre ou clos que dans un appendice calculeux. Le calcul est donc un agent d'aggravation plus qu'un agent déterminant, à moins d'un traumatisme surajouté; ils croient exceptionnel que le calcul détruise une paroi saine en l'anémiant ou en la distendant, il prépare le terrain et devient le centre d'action, le lieu de ravitaillement, des microbes saprophytes ou pathogènes qui créeront eux-mêmes les lésions. Celles-ci amorcées, le calcul présente tous les dangers inhérents aux corps étrangers infectés qui séjournent dans un foyer inflammatoire, c'est pourquoi les appendicites calculeuses présentent presque toujours une gravité plus considérable que les appendicites sans calculs.

Il est possible que la stagnation (théorie de Reclus) soit une condition défavorable pour l'intégrité de l'appendice.

Dans ce cadre pathogénique, dont nous venons de faire une esquisse, se placent quelques problèmes particuliérs, notamment celui des rapports éventuels de l'appendicite avec les états intestinaux (constipation, entérocolite, infections intestinales). Nous discuterons ce point particulier de la question et son historique dans la partie de ce travail qui est consacré à l'étude des typhlocolites.

Le déclin de la notion d'appendicite (1). — Dans la première décade du XXe siècle la notion d'appendicite est donc arrivée à son apogée, elle est tellement répandue, elle sert à expliquer tant de faits pathologiques, que l'on ne voit pas bien ce qui pourrait lui être ajouté : appendicite, tous les états douloureux de la fosse iliaque droite, qu'ils évoluent d'une façon aiguë avec de la fièvre et des vomissements, ou qu'ils évoluent chroniquement avec des troubles généraux et des troubles digestifs; appendicite aussi ces cas dans lesquels un mauvais état général, une digestion troublée, de la constipation, s'associent à une douleur provoquée par une pression, même forte, dans la moitié droite de l'abdomen. L'appendicite, explication commode, explique tout et conduit à une conclusion unique, véritable panacée : l'appendicectomie.

On ne peut donc rien ajouter d'important à la notion d'appendicite; comme ces empires dont la domination s'est étendue outre mesure, on ne voit pas de nouvelle conquête possible; mais qui ne s'étend plus régresse, déjà l'armature craque de toutes parts, des signes précurseurs annoncent le déclin et la ruine d'un édifice trop vaste et trop hâtivement construit pour être solide.

A la suite de Dieulafoy, nombreux sont ceux qui ont insisté sur la nécessité de traiter opératoirement l'appendicite, et la pratique de cette opération

(1) La bibliographie de cette partie sera publiée avec les études ultérieures sur les colotyphlites.

s'est encore étendue le jour où la notion d'*appendicite chronique* est venue s'ajouter à la connaissance de l'*appendicite aiguë*.

La notion de l'appendicite s'est tellement répandue, non seulement dans le monde médical, mais dans le public, que l'appendicectomie est devenue une opération à la mode, une opération à laquelle on se décide bien volontiers, croyant trouver dans cet acte opératoire la guérison de toutes les petites misères de santé, des états douloureux abdominaux, et une assurance contre l'éventualité d'accidents graves qui, par beaucoup, sont considérés comme une constante menace à tous les âges de la vie.

Le nombre des opérations d'appendicectomie qui ont été pratiquées, et qui sont pratiquées chaque année, a été et est considérable. Mais toutes ces interventions sont loin de donner satisfaction au patient et au médecin; aussi, depuis quelques années, la doctrine de l'appendicite, qui jusqu'alors régnait en maîtresse incontestée sur la pathologie abdominale, est attaquée de divers côtés, on s'aperçoit qu'il ne suffit pas d'enlever l'appendice pour voir disparaître d'un seul coup les malaises, les douleurs, et les dangers qu'un diagnostic rapidement fait avait attribués à une lésion de l'appendice.

On pensa tout d'abord que la persistance des troubles, après appendicectomie, était due soit à la coexistence de lésions d'organes voisins (estomac, uretère et bassinet, vésicule biliaire, appareil génital), soit à leur méconnaissance.

On attribua ensuite la récidive ou la persistance des accidents à des *adhérences de l'intestin*, à des *vices de position de certains segments du tube digestif*, à des *ptoses*, à des *tiraillements* et à des *obstacles* dus à des *brides péritonéales* ou *épiploïques*, ou encore à des réactions propres de ce repli du péritoine.

Enfin, plus récemment encore, on pensa que les troubles fonctionnels de l'intestin étaient peut-être la cause de ces troubles : *entérocolite muco-membraneuse*, *stase intestinale chronique*, *typhlatonie*, *typhlectasie*, *dilatation aiguë du cæcum*, ont été mis en cause.

Rétrécissant ainsi progressivement le domaine de l'appendicite on revenait, après un long détour, au point de départ du problème à l'époque où Dieulafoy en précisait les conditions.

M. de Quervain l'éminent chirurgien suisse écrit : « Dès 1897, à une époque où l'appendicite était rendue responsable de toutes les affections inflammatoires de la fosse iliaque droite, Dieulafoy, le plus grand partisan d'ailleurs de l'opération précoce de l'appendicite, fit remarquer, en observateur avisé, que certaines crises douloureuses de la fosse iliaque droite étaient imputables, non point à l'appendice, mais au cæcum. Il s'agirait de crises aiguës de colite muco-membraneuse localisées au niveau du cæcum. Depuis lors, les termes et les théories ont souvent varié sans nous apprendre autre chose que ce qu'enseignait Dieulafoy. »

M. de Quervain dit encore : « De nombreuses opérations, pratiquées le plus souvent sous l'étiquette d'appendicite, ont fourni des renseignements précieux sur la nature anatomique de la typhlite. On trouve habituellement le cæcum ptosé, volumineux, recouvert d'une séreuse épaissie, fortement vascularisée (dite membrane de Jackson). Des cicatrices manifestes témoignant parfois du caractère primitivement inflammatoire de ces membranes. Le plus souvent elles ne représentent autre chose que le méso épaissi et allongé par la traction d'un cæcum basculé vers le petit bassin par-dessus la ligne innominée.

« L'appendice est tantôt normal, tantôt porteur des vestiges d'une crise antérieure. La dernière anse de l'intestin grêle présente, dans des cas plutôt exceptionnels, ce petit coude en amont de la valvule de Bauhin que Lane accuse, à tort pour la plupart des cas, des pires méfaits.

Par contre, on trouve souvent, comme Dieulafoy l'a fait remarquer avec raison, un segment quelconque du gros intestin en état de contraction douloureuse et fournissant ainsi la preuve d'un état d'irritation pathologique du côlon. Des selles glaireuses viennent parfois apporter la confirmation du diagnostic. La radiographie démontre la stagnation des matières fécales au niveau du cæcum, c'est-à-dire une constipation du type ascendant et un cæcum fréquemment ptosé. »

Avec son esprit clinique prodigieux, Dieulafoy avait donc d'emblée marqué les limites de l'appendicite, en avait approximativement fixé les frontières, celles qu'il fallait légitimement lui accorder, celles qu'il était dangereux de dépasser. Vis-à-vis des novateurs, le monde scientifique, par incompréhension, jalousie, peur paresseuse des idées nouvelles, a trop souvent l'esprit de l'escalier; quand Dieulafoy luttait pour accréditer la notion d'appendicite il était combattu avec violence, quand il a conseillé la prudence et mis en garde contre les exagérations il n'a pas été entendu. L'évolution a pourtant démontré que, dans ces deux cas, Dieulafoy avait raison, entièrement raison.

Deux des leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu sont en effet consacrées à l'étude des *fausses appendicites*, terme heureux que beaucoup ont retrouvé depuis pour classer comme des faits nouveaux ce qui avait été parfaitement indiqué dans ses grandes lignes par Georges Dieulafoy. Qu'est-ce en effet sinon la recherche des causes de ces fausses appendicites que les nombreux travaux qui détachent de l'appendice le point de départ des accidents pour le reporter sur l'intestin lui-même; colites droites, ptoses, dilatation, stase du côlon droit, péricolite, adhérences, lésions inflammatoires portant sur des organes voisins du côlon droit, sont autant de lésions mises en avant pour expliquer ces FAUSSES APPENDICITES contre lesquels Dieulafoy avait mis en garde l'ardeur des néophytes de l'appendicite.

Le domaine de l'appendicite tend donc à être restreint au profit de deux ordres d'affections et de lésions :

1° *Les affections des organes voisins;*

2° *Les affections propres au côlon droit, les colotyphlites droites.*

En supprimant de la nosologie la notion ancienne de typhlite, on a donc commis une erreur au moins aussi considérable que celle qui, antérieurement, faisait nier l'appendicite au profit de la typhlite. Comme un pendule qui oscille dans les deux sens avant de trouver sa position d'équilibre, la pathologie des états de la fosse iliaque droite oscille entre ces deux notions. Puisse la réaction actuelle, si nécessaire, ne pas dépasser le but.

BIBLIOGRAPHIE

ABERNETHY. Surg. obs. on chronic and lombar abcesses, in *Surg. Works*, Londres 1815. — ADLER. Typhlitis stercoralis, peritonitis circumscriptae, etc., *all. Wiener med. Zeit.*, 1868.

— AHRT. Heilung eines Verschwär ungs Processes in intestino cæco, *Graefe und Walther Zeit.*, 1835. — ALBERS. 1° Geschichte der Blinddarm Entzundung (Typhlitis, Perityphlitis, Typhlitis stercoralis), *Beobach. aus dem Geb. der Pathol.*, Bonn 1838; — 2° Histoire de l'inflammation du cæcum, traduction de Pigné, *L'Expérience*, 1839. — ARETÉE. *De causi et signis morborum*, livre II, ch. VIII et IX. — AUDOUARD Perforation de l'appendice, *Soc. anat.*, 1876. — AUFRECHT Entzündung des processus Vermiformis, Pylephlebitis, *Berl klin. Woch.*, 1869.

BACHELET. Des abcès stercoraux, *Th. de Paris*, 1868. — BAERNHOFF. Perityphlitis mit secundarer suppurativer Pfortadern entzündung, *Beit. z. Heilk.*, Riga 1855. — BAILLY. Perforation du cæcum par un lombric, *Soc. anat.*, 1854. — BAMBERGER. 1° Die Entzündung in der rechten Fossa iliaca, *Wiener med. Woch.*, 1853; — 2° *Handb. der spezielle Path. und therapie de Virchow*, 1855. — BARLOW. Perforation du cæcum, *Lancet*, 1853. — BARDELEBEN. *Arch. de Virchow*, 1849. — BARON. Perforation du cæcum par suite de rétrécissement du rectum, *Soc. anat.*, 1836. — BARTH. Rupture de l'appendice, *Soc. anat.*, 1855. — BARTHEZ. Péritonite généralisée, gangrène de l'appendice vermiforme du cæcum déterminée par la présence d'une concrétion, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1863. — BARTHOLOW. On typhlitis and perityphlitis, Sn diseases of the cæcum and appendix resulting in abcesses in the right fossa iliaca, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1866. — BEAUSSENAT. Appendicites expérimentales, *Th. de Paris*, 1897. — BECQUEREL. Vers lombrics dans le péritoine sortis au travers une perforation de l'appendice cæcal, *Soc. anat.*, 1841. — BÉHIER *Clin med.*, 1867. — BEHM. Vereitung des Wurmformigen Forsatzes, *Deut. Klin.*, 1869. — BÉRARD et VIGNARD. *L'appendicite. Etude clinique et critique*, Masson, Paris 1914. — BIERMER. *Bresl. aertzl. Zeit.*, 1879. — BLACHEZ. Article CÆCUM (PATHOLOGIE), in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales Dechambre*, 1870, 1re série, t. XI. — BLAND SUTTON. *Trans. clin. Soc.*, Londres 1891. — BLATIN. Recherches sur la typhlite et la pérityphlite consécutive, *Th. de Paris*, 1868. — BODARD. Des perforations du cæcum et de celles de l'appendice cæcal, *Th. de Paris*, 1844. — BODEY. Perforation de l'appendice cæcal par des calculs intestinaux. Propositions sur quelques points de pathologie, *Th. de Paris*, 1830. — BONET. *Sepulchretum anatomicum*, livre III, obs. XIX et XX. — BONNET. Perforation de l'appendice iléo-cæcal, *Soc. anat.*, 1844. — BOSSARD. *Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes*, Zurich 1869. — BOURGET. *Typhlite, pérityphlite et appendicite*, 1 vol., 1904. — BRIQUET. Péritonite consécutive à l'ulcération de l'appendice du cæcum, *Arch. gén. de méd.*, 1841. — BROCA (A.). *Chirurgie infantile*, Paris 1914. — BROCA (P.). *Soc. anat.*, 1849. — BRUN. 1° Article APPENDICITE, in *Traité des maladies de l'enfance*, 1897; — 2° A propos de l'appendicite, *Presse méd.*, 1896 et 1897. — BRUN et LETULLE. Lésions histologiques de l'appendicite, *Presse méd.*, 1897. — BUCHNER. Ein fall von Entzündung des Wurmförmigen Fortsatzes, *Wurzb. med. Zeit.*, 1862. — BUCK. Abcès pérityphlique. Incision, *New-York med. Record*, 1876. — BÜHL. *Zeit. f. rationnel Med.*, 1854. — BULL. Observations on chronic relapsing appendicitis. Twelve operations in the quiescent period, *Med. Record*, 1893. — BÜRGER. Die Entzündung des Blinddarmhanges, *Hufeland Journ.*, 1842. — BURNE. 1° Des abcès stercoraux qui sont la suite de l'inflammation chronique et des ulcères perforants du cæcum et de l'appendice vermiforme, *Westminster hospital Report*, 1838; — 2° On inflammation chronic disease and perforative ulceration of the cæcum and of the appendix vermiformis cæci, *Med. surg. Trans.*, 1837; — 3° Mémoire sur l'inflammation chronique et les ulcères perforants du cæcum, in *Gaz. méd. de Paris*, 1838; — 4° Memoir on typhlo enteritis or inflammation and Perforative ulceration, *Med. surg. Trans.*, 1839.

CAMPBELL. Case of perityphlitic abcess, *Brit. med. Journ.*, 1870. — CAUCHOIS. Péritonite par propagation due à une perforation du cæcum par un corps étranger, *Soc. anat.*, 1873. — CELSE. *De re medica*, livre IV, ch. XII et XIV. — CHAMBERS. On obscure disease of the cæcum, *Brit. med. Journ.*, 1871. — CHANDELUX. Note sur un cas de pérityphlite avec épanchement stercoral consécutif, *Lyon méd.*, 1873. — CHENET. Perforation de l'appendice iléo-cæcal, *Soc. anat.*, 1875. — CLADO. Appendice cæcal, *Soc. de biol.*, 1892. — CLARK. The treatment of Perityphlitis, *Brit. med. Journ.*, 1871. — CLESS. Zur Casuistik der Verschwärung und Durchborung des Wurmfortsatzes durch Koth concrement, *Würtemb. corresp. Blatt.*, 1857. — CODWELL. Fatal case of typhlitis, *Med. Times and Gaz.*, 1870. — COLLINEAU et BAUCHET. Sur les abcès de la fosse iliaque, *Gaz. hebd.*, 1862. — COPLAND. Article CÆCUM, *Encykloped. Wörterb. d. prak. Med.* — CORBIN. Des abcès profonds de la fosse iliaque et du bassin, *Gaz. méd. de Paris*, 1830. — CORDERO. Sur la typhlite primitive, *Clinica chirurgica*, 1912. — COURBON. *Mémoire sur les abcès de la fosse lombaire*, Paris 1873. — COURTOIS-SUFFIT. Article APPENDICITE ET TYPHLITE STERCORALE, in *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, Paris 1892. — CROUZET. Des perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal, *Th. de Paris*, 1866. — CUSHMANN. Diseases of the iléo-cæcal région, *Philadelphia med. and surg. Rep.*, 1869.

DAMASCHINO. *Typhlite*, 41e leçon sur les maladies digestives, 1 vol., Paris 1880. — DAMAYE. Traitement chirurgical de l'appendicite à répétition, *Th. de Paris*, 1895. — DANCE. 1° *Dictionnaire* en 30 volumes; — 2° *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, 1828; — 3° Voir HUSSON. — DAUTEL. De la pérityphlite primitive, *Th. de Paris*, 1883. — DAVAT. Symptômes de pérityphlite chronique, *Soc. anat.*, 1873. — DELBET (Paul). Pathogénie et traitement de l'appendicite, *Arch. gén. de méd.*, 1897. — DEPUISAYE. Abcès de la paroi abdominale survenu à la suite d'une inflammation du cæcum communiquant avec l'intestin, *Soc. anat.*, 1841. — DESPRÈS. *Traité de diagnostic des maladies chirurgicales*, Paris 1868. — DIEULAFOY. 1° Etude sur l'appendicite, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896; — 2° *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897; — 3° *Manuel de pathologie interne*. — DOUSSAULT. De la cæco-colite ou inflammation de la membrane muqueuse du cæcum et du côlon, *Th. de Paris*, 1826. — DREYFUS-BRISAC. *Gaz. hebd.*, 1890. — DUBOS. *Th. de Paris*, 1905-1906. — DUDDENHAUSEN. *Typhlitis Stercoralis*, Berlin 1869. — DUGUET. Note sur un cas de typhlite phlegmoneuse survenue dans le cours d'une entérite tuberculeuse, *Gaz. méd. de Paris*, 1870. — DUPLAY. *Arch. gén. de méd.*, 1876; — *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, t. III. — DUPUYTREN. Des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, Paris 1833, t. III, IV et XII.

EARLE. Perforation de l'appendice, *Chicago med. Journ.*, 1876. — EISENSCHITZ. Peritonits hervorgerufen durch Perforation des Proc. Vermiformis, *Wiener med. Press.*, 1866. — ELLIOTT. On obscure disease of the cæcum, *Brit. med. Journ.*, 1871. — ERSKINE STUART. Perityphlite, *Edimb. med. Journ.*, 1879. — ESCHE. Entzündung und Durchborung des Processus vermiformis, *Med. Zeit. de Ver. f. Heilk. in Preussen*, 1837. — ESCULANUS. Cité par MALGAIGNE, in *Introduction aux Œuvres d'Ambroise Paré*. — EVAUX. Typhlite puis pérityphlite suppurée, *Lancet*, 1878.

FARQUAHRSON. Case of pericæcal abscess caused by perforation of the vermiform appendix, *Edimb. med. Journ.*, 1868. — FAVRE. Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal, *Th. de Paris*, 1851. — FERGUSON. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1891. — FERRALL. On phlegmonous tumours in the right iliac region, *Edimb. med. and surg.*, 1831. — FITZ (Regniald). 1° Perforat. inflammat. of the vermif. append., *Amer. Journ. of med. sc.*, 1886; — 2° Typhlite avec perforation de l'appendice, *Boston med. and surg. Journ.*, 1877. — FORGET. De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cæcal, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1853. — FORGUE et RECLUS. Article APPENDICITE, in *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 2e édition, 1898. — FOUILLOUX. Gangrène de l'appendice iléo-cæcal, *Soc. anat.*, 1870. — FOWLER (Ryerson). *A Treatise on appendicitis*, Philadelphie 1894. — FRANK. *Epitome*, livre II. — FRANK (J.). *Traité de pathologie interne*, traduction Bayle, 1837, t. VI. — FRILLEY. Observations de phlegmons de la fosse iliaque, *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1867. — FROMME. *Ueber Perityphlitische abcesse*, Göttingen 1872.

GAILLIARD. Article APPENDICITE, in *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert, 1897. — GALLARD. Typhlite avec pérityphlite, *Union méd.*, 1883. — GENDRON. Etude sur la pyléphlébite suppurative, *Th. de Paris*, 1883. — GERLACH. *Zur Anat. und Entwickelung-geschischte der Wurmfortsatzes*, Erlan-

gen 1858. — GERSTER. Essay upon the classification of the various form of appendicitis, *New-York med. Journ.*, 1890. — GIGON. De l'appendicite d'origine cæcale, *Th. de Paris*, 1900. — GIRAUD. De l'appendicite à canal ouvert, *Th. de Lyon*, 1900. — GOLBECK. *Ueber Geschwlüste in der rechten Huftbeingegend*, Worms 1830. — GORDON (Mlle). De l'appendicite chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1896. — GORDON-MOROLL. Note sur la typhlite, *Boston med. and surg. Journ.*, 1875. — GOURLEY. Abcès et pérityphlite par perforation de l'appendice, *Virginia med. Monthly*, 1875. — GRASSET. Typhlite à répétition, *Montpellier méd.*, 1878. — GRISOLLE. Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques, *Arch. gén. de méd.*, 1839. — GUINARD. Article APPENDICITE, in *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet, 1899. — GUTERBOCK. Corps étranger du cæcum. Abcès pérityphlique, *Soc. med. de Berlin*, 1874, in *Berl. klin. Woch.*, 1874.

HABERSOHN. *On diseases of the alimentary canal*, Londres 1857. — HALL. Fatal peritonitis from perforation of the appendix vermiformis, *Amer. Journ. of med. sciences*, 1866. — HALLETTE. Des perforations de l'appendice cæcal, *Th. de Paris*, 1867. — HARTMANN et MIGNOT. 1° *Soc. de chir.*, 1897; — 2° Un cas d'appendicite à rechute étudié au point de vue pathogénique, *Presse méd.*, 1897. — HAYDEN. Pérityphlite avec péritonite très circonscrite autour du cæcum, *Brit. med. Journ.*, 1874. — HERGOTT. Ulcération de l'appendice iléo-cæcal, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1872. — HEWETSON. Bacteriology of certain parts of the human alimentary canal and of inflammatory processes arising there from, *Brit. med. Journ.*, 1902. — HOLSCHER. Inflammatio intestini cæci von Kothanhaüfung, *Hannov. Ann.*, 1839. — HUBBAUER. Ein fall von typhlitis Stercoralis acquisita, *Wurtemb. corresp. Blatt.*, 1840. — HUSSON et DANCE. Mémoire sur quelques engouements inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite, *Répertoire général d'anatomie et de physiologie* de Bréchet, 1827, t. IV.

ILIFF. Raisin stone in the appendix vermiformis, enteritis, etc., *London med. and surg. Journ.*, 1832.

JACOB. Contribution à l'étude de l'appendicite, *Th. de Paris*, 1893. — JACCOUD. *Traité de pathologie interne*, Paris 1877, 5e édition, t. II. — JALAGUIER. 1° Article APPENDICITE, in *Traité* Duplay-Reclus; — 2° *Soc. de chir.*, 1892. — JAYLE. De l'appendicite, *Presse méd.*, 1895. — JEANSELME. Article APPENDICITE, in *Manuel de médecine* Debove-Achard, Paris 1895. — JOSUÉ. Appendicites expérimentales, *Soc. de biol.*, 1897.

KELLY et HURDON. *Traité de l'appendicite*, Philadelphie 1905. — KELLNER. *De Perforatione processus vermiformis*, Berlin 1861. — KENNEDY. Des tumeurs fécales du cæcum, *Surg. Soc. of Ireland*, 1874. — KLECKI. Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. IX. — KŒPPELIN. Les abcès de la fosse iliaque droite d'origine cæcale, typhlites suppurées, *Th. de Lyon*, 1910. — KRAFFT. 1° Essai sur la nécessité de traiter chirurgicalement la pérityphlite appendiculaire stercorale perforatrice, *Th. de Zurich*, 1888; — 2° *Revue méd. de la Suisse romande*, 1893, n° 12. — KÜMMEL. Zur Radicalbehandlung der Perityphlitis, *Arch. f. klin. Chir.*, 1890.

LANCEREAUX. Péritonite généralisée consécutive à la perforation de l'appendice, *Arch. gén. de méd.*, 1874. — LANG. Perityphlitis mit glückichem ausgange, *Wurtemb. corresp. Blatt.*, 1860. — LANGDON DAWN. Ulceration of the appendix vermiformis, *Trans. of the Path. Soc.*, 1868. — LARRET-LAMALIGNIE. Des perforations de l'appendice iléo-cæcal, *Th. de Strasbourg*, 1862. — LEBATARD. Des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque interne, *Th. de Paris*, 1837. — LEDANTEC. De l'inflammation du cæcum et de son appendice, *Th. de Paris*, 1865. — LE DRAN. *Consultation sur la plupart des maladies qui sont du ressort de la chirurgie*, Paris 1765. — LEGRAIN. Contribution à l'étude des maladies de l'appendice iléo-cæcal, *Th. de Paris*, 1875. — LEGRAND. Abcès iliaque communiquant avec le cæcum. Destruction de l'appendice, *Soc. anat.*, 1848. — LEGENDRE. Typhlite, *Soc. anat.*, 1877. — LEGUERN. *Th. de méd.*, 1893. — LEGUEU. L'appendicite, *Monographies Critzmann*, Masson, Paris 1897. — LETULLE. 1° Typhlite, perforation du cæcum, *France méd.*, 1879; — 2° Voir BRUN. — LETULLE et WEINBERG. Lésions histologiques de l'appendicite, *Presse méd.*, 1897; — *Arch des sciences méd.*, 1898; — *Soc. de biol.*, 1897. — LEUDET. Recherches anatomiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice, *Arch. gén. de méd.*, 1859. — LOCKWOOD. *Traité de l'appendicite*, Londres 1906. — LOEPER et ESMONET. Article APPENDICITE, in *Manuel des maladies du tube digestif*, Masson, 1908. — LORENZO. Cas de typhlite suppurée, *Gaz. di med. publ.*, Naples 1874. — LÖSCHNER. *Ueber Perityphlitis. Weitenweber Beiträge*, 1840. — LOUYER-VILLERMAY. Observations pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendice du cæcum, *Arch. gén. de méd.*, 1824. — LUDWIG. *Diss. de abcessu latente*, Leipzig 1758. — LUTON. Article TYPHLITE, in *Dictionnaire* Jaccoud.

MAC BURNEY. *New-York med. Journ.*, 1889; — Bulb. and smith, *Boston med. and surg. Journ.*, 1888. — MAC CLAREN. Case of Pericæcal abcess simulating Strangulated inguinal hernia, *Edimb. med. Journ.*, 1861. — MAC DOUGALL. On perforation of the vermiform appendix in its relation with attacks of Perityphlitis, *Lancet*, 1888. — MACKENSIE. Deux observations de pérityphlite, *Lancet*, 1878. — MAC LÉOD. Perityphlite, *Glasgow pathol. and clin. Soc.*, in *Brit. med. Journ.*, 1876. — MAC MURTRY. *Medical News*, 1891. — MALESPINE. Observations pour servir à l'histoire des lésions de l'appendice vermiculaire du cæcum et des accidents auxquels elles donnent lieu, *Arch. gén. de méd.*, 1841. — MARCHAL (de Calvi). *Ann. de la chirurgie française*, Paris 1844. — MARGERY. De l'appendicite infectieuse aiguë sans perforation appendiculaire, *Th. de Lyon*, 1892. — MARIAGE. Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans les inflammations péricæcales, *Th. de Paris*, 1891. — MARMY. Calcul dans le cæcum, *Soc. anat.*, 1848. — MARSH. Injury to abdomen, typhlitis, etc., *Brit. med. Journ.*, 1872. — MATTERSTOCK. Article PERITYPHLITIS, in *Gerh. Lehrbuch der Kinderkr.*, 1880. — MATZAL. Typhlitis suppurativa, *Œsterreich Zeit. f. prakt. Heilk*, 1864. — MAURIN. Etude sur l'appendiculite et la péritonite appendiculaire, *Th. de Paris*, 1890. — MECKEL. *Diss. de Psoitide*, Halle 1796. — MEDING. Heilung einer durch Entzündung und Vereiterung entstandenen Blinddarmfistel, *Ammon Monats.*, 1841. — MÉLIER. Mémoire et observation sur quelques maladies de l'appareil cæcal, *Journ. de méd. et de chir.*, 1827, t. C. — MÉNIÈRE. Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite, *Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVII. — MERLING. *Dissert. sistens processus vermiformis anat. pathologiam*, Heidelberg 1836. — MESTIVIER. *Journ. de méd. et de chir.*, 1759, t. X. — MOERS. Pylephlebitis in Folge von Verschwärung des Processus Vermiformis, *Arch. f. klin. Med.*, 1868. — MONNOT. Des abcès de la fosse iliaque interne, *Th. de Paris*, 1846. — MONOD *Soc. de chir.*, 1895. — MONOD et VANVERTS. *Appendicite*, in « Encyclopédie Léauté », 1 vol., Paris 1897, Masson. — MORRIS. Appendicite infectieuse, *Ann. of surg.*, 1893. — MÜNCHMEYER. Untersuch. über Typhlitis und Perityphlitis und deren Folgezustände, *Deut. Klin.*, 1860.

OPPOLZER. *Wiener med. Woch.*, 1863.

PARROT. Accidents remontant à douze ans et dus à la présence d'une épingle dans l'appendice iléo-cæcal, *Soc. anat.*, 1855. — PATSCHOWSKI. Ueber Perityphlitis, *Th. de Berlin*, 1872; — *Sechs Falle von Perityphlitss*, Berlin 1872. — PAULIER. Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite, *Th. de Paris*, 1875. — PEACOCK. Perforation of the appendix vermiformis, *Trans. of the path. Soc.*, 1868 et 1871. — PETIT. *Revue méd.*, 1866. — PETREQUIN. De l'emploi de l'opium à haute dose dans les perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal, *Gaz. méd.*, 1837. — PHILIP. *De Processus vermicularis perforatione*, Berlin 1860. — PILLIET et COSTES. Etude sur l'appendicite folliculaire, *Soc. anat.*, 1895. — PIOTAY. Essai sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque, *Th. de Paris*, 1837. — PORTER. 1° La résection de l'appendice est-elle justifiée pendant la rémission dans l'appendicite à rechutes, *Boston med. and surg. Journ.*, 1891; — 2° *Amer. Journ. of the med. sciences*, 1893. — POOLEY. Abcès pérityphlique, *Med. Record*, 1875. — POSTHUMA. *Dissert. de intestini cæci ejus. proc. verm. pathologia*, Groningue 1837. — POUZET. De la pérityphlite, *Th. de Paris*, 1869. — POWEL. *New-Orleans med. and surg. Journ.*, 1855. — PRAVAZ. De la pérityphlite et de son traitement, *Th. de Lyon*, 1888. — PRUDHOMME. Péritonite de la fosse iliaque droite par perfora-

tion intestinale, *Recueil de mémoire de médecine militaire*, 1866. — PROTICH. Abcès de la fosse iliaque interne, *Th. de Paris*, 1850. — PUCHELT. *Klin. Ann.*, 1829, t. VIII.

QUÉNU et CAREL. *Soc. de chir.*, 1892. — QUÉNU, POTHERAT, WALTHER et TUFFIER. *Soc. de chir. de Paris*, 1903. — QUERVAIN (DE). *Traité de diagnostic chirurgical*, édition française.

REBER. *Ueber entzundung und perforation des Wurmfort satzes in Folge von Kothconcrementen*, Berne 1859. — RECLUS. Pathogénie de l'appendicite, *Semaine méd.*, 1897. — REED. On some affections of the cæcal portion of the intestine, *Med. surg. trans.*, 1862. — REIGNIER. Perforation de l'appendice vermiculaire consécutive à la présence d'un noyau de cerise, *Soc. anat.*, 1875. — RENDU. Typhlite et appendicite, *Bull. méd.*, 1895. — REINDL. *De Psoitide*, Landshütte 1820. — RENAULDIN. Article CÆCUM, in *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris 1813. — REULING. Voir SALZER. — RENVERS. *Soc. de méd. de Berlin*, *Berl. klin. Woch.*, 1891. — RIBBERT. *Virch. Arch.*, 1895. — RICHARDSON. Remarques sur l'appendicite d'après 181 observations personnelles, *Amer. Journ. of med. sciences*, 1894. — RICHET (fils). Etude des entérites par élimination microbienne, *Th. de Paris*, 1912. — RICHERON. De la pérityphlite, *Th. de Lyon*, 1892. — ROCHAZ. Les calculs appendiculaires, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1894, et *Th. de Lausanne*, 1895. — ROGER et JOSUÉ. Appendicite expérimentale, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1896. — ROUTIER. *Soc. de chir.*, 1891. — ROUVILLE (Gérard DE). Appendicite expérimentale, *Soc. de biol.*, 1896, et *Presse méd.*, 1896. — ROUX. 1° Traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1890; — 2° *Id.*, 1891; — 3° Sur la pérityphlite, rapport à la *Réunion méd. suisse*, Genève 1892; — 4° Remarques sur une série d'appendicites à froid, *Congrès de chir.*, 1895; — 5° Quelques schémas d'appendices observés « à froid », *Soc. méd. de la Suisse romande*, 1902, in *Revue méd. de la Suisse romande*, 1902. — RÜTTEN. *Die Perityphlitide*, Berlin 1860.

SAINT-GIRONS avec RICHET (fils). Contribution expérimentale à la pathogénie des infections hématogènes, *Presse méd.*, 1911. — SAHLI. Pathogénie et traitement de la pérityphlite, *Corresp. Bl. f. Schw. Ærtze*, 1895. — SALZER et REULING. Perityphlitis, *Deut. Klin.*, 1855. — SCHNÜRER. *Ueber die Perforation des Wurmformigen Fortsatzes*, Erlangen 1854. — SCHŒNMEZEL. *Observ. de muscul. Psoas et Iliaci Suppuratione*, Heidelberg 1776. SCHÜLLER. Allgemeine akute Peritonitis in Folge von Perforation des Wurmfortsatzes Laparotomie und Excision des Wurmfortsatzes, *Arch. f. klin. Chir.*, 1889. — SCHWARTZ. *Soc. de chir.*, 1891. — SENN. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1889. — SIMEONS. Beobach. ueber die Entzund. und Vereiterung des Psoas and Iliac. intern., *Heidelberg klin. Ann*, t. VIII. — SIMON (J.). Des accidents prémonitoires des typhlites, pérityphlites et appendicites, *Bull. méd.*, 1891. — SIMON. Des abcès qui siègent dans la fosse iliaque, *Th. de Paris*, 1848. — SIREDEY et LEROY. Etude anatomo-pathologique de cinq cas d'appendicite, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1897. — SMITH. *Observ. on a peculiar disease of the cæcum or caput coli*, Dublin 1835. — SONNENBOURG. 1° *Pathologie und Therapie der Perityphlitis*, 1re édition, 1894; 2e édtion, 1913; — 2° Intervention chirurgicale sur l'appendice, *Berl. klin. Woch.*, 1896. — SOUTHAM. Diseases of the cæcum and appendix vermiformis, *Lancet*, 1839-1840. — SPALDING. Pérityphlite suppurée, *Philadelphia med. Times*, 1876. — SPRENGEL. Die appendicitis, *Deut. Chir.*, 1906. — STUMPF. Ruptur des intestinum cæcum bei einer gebarenden, *Med. Zeit. f. Heilk.*, 1836.

TALAMON. 1° Appendicite et typhlite, *Médecine moderne*, 1896; — 2° Colique appendiculaire, *Médecine moderne*, 1890; — 3° Des causes d'erreur dans le diagnostic de l'appendicite, *Médecine moderne*, 1892; — 4° Typhlite aiguë perforante, *Soc. anat.*, 1882; — 5° Volume *Appendicite et pérityphlite*, in « Collection Charcot-Debove », 1892. — TARDIEU. Inflammation du cæcum terminée par gangrène, typhlite gangréneuse d'Albers, *Soc. anat.*, 1840. — TAVIGNOT. Corps étranger dans l'appendice cæcal; perforation gangréneuse, *Soc. anat.*, 1840. — THOMPSON Two cases of perityphlitis in which recovery took place, *Lancet*, 1873. — TISSIER. De la pérityphlite, *Th. de Paris*, 1865. — TRANOY. Abcès de la fosse iliaque, *Th. de Paris*, 1838. — TRÈVES. 1° Relapsing typhlitis treated by operation, *Med. surg. Trans.*, 1888; *Brit. med. Journ.*, 1889; — 2° *Brit. med. Journ.*, 1885 et 1887; — 3° Id., *Brit. med. Journ.*, 1895. — TUFFIER. *Arch. gén. de méd.*, 1887.

UNGER. *Commentarius de morbis intest. cæci*, Leipzig 1828.

VAN SWIETEN. *Comment*, t. III. — VELPEAU. *Leçons orales*, Paris 1841, t. III. — VERON. L'appendicite consécutive à la déglutition de corps étrangers, *Presse méd.*, 1902. — VIDAL. Entérocolite dans l'appendice du cæcum, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1864. — VOLZ. 1° *Die durch Kothsteine bedingte Durchborung des Wurmfortsatzes*, Carlsruhe 1846; — 2° Ulcération et perforation de l'appendice vermiforme par des corps étrangers, *Arch. gén. de méd.*, 1844; *De la Pérityphlite*; — 3° *Ærtzl. Mitt. aus Baden*, 1880. — VOSSE. De intestino cæco, ejusque appendice vermiformi, *Diss. Goettingue*, 1749.

WEBER. Abcess of appendix vermiformis cæci, *New-York med. Record*, 1871. — WEGELER. Historia enteritidis malignae et singularis calculosi concrementi, *Journ. de Corvisart et Leroux*, 1313. — WERNER. Erweiterung des Cæcum, *Wurtemb. corresp. Blatt.*, 1836. — WETTE (DE). Observation de typhlite stercorale, *Soc. de méd. de Bâle*; — *Corresp. Blatt. f. Schweiz. Ærtze*, 1874. — WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD et WEISSENBACH. *Acad. de méd.*, 1912 — WILHELMI. *De Perityphlitide*, Heidelberg 1837. — WILLARD-PARKER. An operation for abcess of the appendix vermiformis cæci, *New-York med. Record*, 1867. — WILLIAMS. Ulceration of the vermiform appendix giving rise to limited peritonitis, *Trans. of the Path. Soc.*, 1872. — WITH. 1° *De la Péritonite appendiculaire* (30 observations), Copenhague 1879; — 2° *Pathogénie et traitement des inflammations de la fosse iliaque droite*, Copenhague 1889. — WOODBURG. Typhlitis and fecal abscess, *Philad. med. Times*, 1875. — WYNKOOP. *New-York med. Record*, 1868.

ACTUALITÉS

PSYCHOLOGIE DU VÉROLÉ

Le docteur Louis BORY vient de publier, sur la prophylaxie et la guérison de la syphilis, un livre (1) très optimiste dans lequel le mal moral est, à côté du mal physique, étudié dans ses causes, ses modalités et sa prévention. C'est là une nouveauté extrêmement intéressante et utile; plusieurs auteurs ont déjà parlé avec compétence de la psychologie de divers malades chroniques et notamment des tuberculeux, mais voilà bien, je crois, la première fois qu'on aborde en détail celle du syphilitique; elle est d'une importance vraiment actuelle. D'ailleurs, M. L. BORY traite ce sujet non seulement en praticien très expérimenté, mais aussi en observateur sagace et en penseur réfléchi, qui sait voir et comprendre l'âme troublée de ses malades. Telle est la raison pour laquelle je me propose de résumer ici cette partie originale de son ouvrage. Toutefois, l'auteur écrit pour des médecins; par suite, et afin de leur indiquer la conduite qu'ils doivent tenir, il explique à ceux-ci la mentalité des syphilitiques désemparés et parfois réduits au désespoir. Nous laisserons de côté ces conseils, dont la lecture et la médication feront apprécier toute la sagesse, nous bornant à dégager les traits essentiels de cette psychologie particulière.

*
* *

Parmi tant de maladies qui affligent l'humanité, la syphilis est certainement l'une de celles qui pro-

(1) L. BORY. *La syphilis au point de vue physique et psychologique*, 1923, Alcan, Paris.

curent le plus d'épouvante et c'est la raison de l'état mental particulier de ses victimes. Mais cette épouvante a elle-même sa source dans des considérations morales et un enseignement de préservation. Tout ce qui touche à la sexualité est environné de mystère et fait l'objet de prohibitions. On déclare assez aisément ses maladies, sauf celles qui affectent la zone génitale, et surtout quand elles dérivent de rapports intimes. Ces maladies et en premier lieu la syphilis sont des maladies honteuses; on ne les avoue pas, parce que plus dépendantes que les autres des faiblesses et des passions de l'homme. Cependant la syphilis n'est point qu'une maladie honteuse; elle est aussi une maladie souvent grave, dangereuse non seulement pour l'individu, mais aussi pour sa famille, son entourage et sa postérité. Véritable fléau social, elle crée des tares, des malformations, des déficiences somatiques et psychiques qui compromettent sérieusement la vitalité de la race. Pour ce triple motif, physique, moral et social, il faut donc s'en garer, et, dans ce but, par la conférence, le livre, le tract, médecins et sociologues déroulent le formidable tableau de ses funestes conséquences afin de développer, d'ancrer dans le cerveau cette crainte de la vérole qui est le commencement de la sagesse. Ce faisant, n'exagère-t-on pas quelque peu? C'est l'opinion de M. L. Bory. L'enseignement prophylactique d'Alfred Fournier était basé sur la crainte de complications qui, en réalité, demeurent exceptionnelles. Dans son petit livre *Pour préserver des maladies vénériennes*, Galtier-Boissière prétend lui aussi agir uniquement par la terreur.

Ce n'est pas là un bon moyen, affirme notre auteur. D'abord, il s'atteste médiocrement efficace, la passion l'emportant toujours sur la raison, ainsi que le montre la fréquence relative avec laquelle sont frappés les étudiants en médecine, pourtant mieux avertis que d'autres. En second lieu et surtout, cette crainte excessive décourage le malade; elle l'éloigne de la confession immédiate à un médecin compétent, qui assurerait la disparition rapide des accidents; elle empêche parfois tout soin et aggrave les risques de contamination; elle déprime le sujet, le met souvent en mauvaises conditions pour accepter une thérapeutique rigoureuse et fatigante : elle pousse au drame et au scandale. Mais, à son tour, M. L. Bory ne va-t-il pas trop loin? Une crainte légitime de la syphilis est-elle impuissante à ce point? Je ne le crois pas. Bien des jeunes gens d'une certaine culture, même sans contrainte religieuse, ont été incités, par la connaissance des dangers, à observer la continence ou à se marier de bonne heure. Si peu que ce soit, c'est autant de gagné. D'autre part, déclarer hautement que la syphilis est une maladie en somme bénigne, dont les complications graves sont rarissimes et qui guérit à coup sûr, paraît bien osé, et, si l'enthousiasme convaincu de M. L. Bory est des plus louables, il est loin d'être partagé par tous les spécialistes et ne demeure peut-être pas sans inconvénient. Car supprimer la crainte de la vérole, c'est sans doute faciliter le recours au médecin, mais c'est aussi multiplier les occasions de l'attraper, et, quand il s'agit d'une maladie qui demande de un an à trois ans de traitement, dont la guérison n'est jamais sûrement démontrée que par l'épreuve de la réinoculation et l'évolution presque imprévisible, mieux vaut s'abstenir que risquer. Certes, en matière de syphilis, on a parfois poussé le tableau trop au noir et créé ainsi, chez quelques-uns, un état d'esprit très fâcheux. Mais la crainte est un sentiment dont on ne peut se dispenser de jouer aussi bien en médecine qu'en morale et en politique, et il est d'autant plus nécessaire de le mettre en œuvre que la syphilis se contracte presque uniquement par la satisfaction d'un instinct très puissant.

*
* *

Au surplus, la peur de la syphilis, développée comme on vient de le voir, se transforme au moment où le patient acquiert la conviction de son malheur. Cette transformation s'accuse moins chez le jeune sujet et le célibataire ou le vieillard que chez la personne mariée. C'est que, chez cette dernière, la pensée de la déchéance et des maux physiques se complique d'un élément moral très important : le remords de la faute, de l'infidélité, qui va forcer à l'aveu, entraîner de lourdes responsabilités et une diminution de prestige, et cet élément moral agit avec le plus de force chez les individus qui ont conscience de leur devoir et ont besoin de l'affection qu'ils trouvent à leur foyer. Toutefois, à cet égard, les réactions de l'homme et de la femme se montrent différentes.

L'homme, très préoccupé de la sphère génitale, pense toujours, plus ou moins, à la syphilis, ce qui ne l'empêche pas de s'y exposer facilement. Quand la crainte se réalise, il passe par trois phases successives : désespoir, parfois si violent qu'il peut conduire au suicide; sous l'empire de son émotion dépressive, il se détache de la réalité et perd le contrôle de ses propres actions; cette première phase, généralement de courte durée, est suivie d'une période de colère contre la femme soupçonnée, contre l'insuffisance de la protection, contre sa propre faiblesse; enfin, sous l'influence ordinaire du médecin traitant qui réconforte, encourage et met les choses au point, tout se calme; le jugement assagi ne laisse plus apercevoir que la nécessité du traitement et des précautions concomitantes. Mais deux cas différents sont à considérer : celui de l'homme fidèle, qui a été contaminé par sa femme, celui de l'homme infidèle qui, la plupart du temps sans s'en douter, a contaminé sa femme. Dans le premier cas, désespoir et colère aboutissent au désir de vengeance, séparation, divorce, scandale, qu'il faut dériver en invoquant l'intérêt, la situation, l'avenir des enfants, le devoir social du pardon. Dans le second cas, la situation paraît plus délicate. Au fond, ce qui terrifie alors l'homme c'est moins encore le mal physique, certain, que l'obligation de l'aveu, donc la reconnaissance du parjure, la perte du prestige, la crainte de l'acte désespéré de l'épouse trahie, de l'éloignement des enfants, de la ruine du foyer. Et cependant, à quelque risque qu'il expose, l'aveu — M. L. Bory y insiste justement — demeure indispensable; il résout une crise morale qui s'éterniserait et s'aggraverait de complications; il facilite un traitement énergique non seulement du mari mais aussi de la femme atteinte et par conséquent le retour plus rapide à une vie normale. Pourtant, il est des circonstances, assez rares d'ailleurs, où l'aveu doit être mitigé de mensonge, non en ce qui concerne la nature de la maladie, ce serait un crime, mais son origine. La vérole peut s'attraper au café en buvant dans un verre malpropre. Invoquer cette cause accidentelle pour expliquer la maladie du mari a beaucoup de chance de laisser sa femme indifférente.

La femme, en effet, n'envisage pas la question de la même manière que l'homme; elle ne pense pas à la syphilis; même les prostituées ne s'en préoccupent guère quand elles ne sont pas soumises à la visite. C'est cette indifférence qui rend la femme infectée si dangereuse; elle ne discerne ni ne comprend tout de suite son mal et, pendant ce temps, elle le répand avec insouciance. Aussi, chez la fille qui court, n'assiste-t-on guère à la crise bruyante que l'homme manifeste si souvent. Il en est autrement chez la femme mariée, mais le drame n'a pas la même allure quand elle est atteinte par sa faute ou par celle de son mari. Dans le premier cas, il s'atténue par suite de l'égoïsme fondamental de la femme, dont la colère s'exerce de préférence, chose curieuse, non contre son complice, mais contre son mari, qui n'a pas su la comprendre, la rendre heureuse, qui l'a, en quelque sorte, forcée à le tromper. Elle trouve, dans ces considérations, une excuse à sa faute et un tempérament à ses ennuis. Dans le second, il a plus d'ampleur et parcourt, lui aussi, trois étapes, mais le désespoir est remplacé par la stupeur, et la colère par la jalousie. C'est qu'ici la pensée du mal physique et de ses conséquences ne joue qu'un rôle secondaire; l'élément dominant est la découverte de l'infidélité d'un homme en qui la femme avait mis tout son amour et sa confiance; par suite s'installent la colère et la haine jalouses. Mais la femme, pardonnant plus volontiers à l'infidè e qu'à sa rivale, est disposée, comme le remarque bien M. L. Bory, à absoudre pour des raisons sentimentales auxquelles l'homme n'est pas toujours sensible. La présence de l'enfant ajoute encore à ces raisons pour terminer correctement la crise.

*
* *

En somme, le drame vénérien semble être le résultat du milieu social et de l'éducation que l'homme et la femme y reçoivent; il n'existe pas, ou très peu, dans les milieux ouvriers et ruraux, et, s'il est un peu différent dans les deux sexes, c'est que la femme n'est pas élevée de la même façon que son compagnon. C'est pourquoi aussi la syphiliphobie, sous ses différentes formes, ne s'observe d'ordinaire que chez celui-ci, phobie de la contagion, des plus salutaires et qui justifie l'emploi de la crainte dans la technique prophylactique, phobie des accidents cutanés et nerveux, du tabes et de la paralysie générale, phobie du mal héréditaire, phobie de la contamination de l'entourage, phobie du traitement, etc. Toutes ces phobies, états chroniques dont le drame est la crise aiguë, répondent à une lente préparation du terrain par une éducation mal comprise, encore qu'elle s'inspire des meilleures intentions. Mais il s'agit d'une maladie en relation avec la sphère génitale et qui l'affecte. Or, étant donné la place que la sexualité tient dans les préoccupations de l'homme, il arrive, par suite même de l'éducation, que celui-ci ou du moins certains hommes à contrôle cérébral déjà insuffisant, ne peuvent plus penser aux relations sexuelles sans évoquer le spectre d'une vérole honteuse et monstrueuse, spectre qui peut devenir obsédant et amène facilement, chez les prédisposés, une véritable névrose. Quel remède y a-t-il à celà ? M. L. Bory veut, tenant compte des progrès de la thérapeutique spécifique, que l'on cesse d'exagérer les dangers de la syphilis, mais on ne peut aller très loin dans cette voie sans démunir la prophylaxie d'un de ses moyens d'action; il souhaite qu'avec prudence on initie les jeunes aux dangers des relations amoureuses, en assimilant les affections vénériennes aux infections ordinaires, en les dépouillant, par conséquent, de ce caractère spécial, honteux, effrayant qui en dissimule ou en retarde l'aveu et le traitement. Mais, ce programme, on s'est déjà efforcé de le remplir avec un succès encore médiocre. M. L. Bory demande que, sous ce rapport, le jeune bourgeois, victime principale du drame syphilitique, soit assimilé au jeune ouvrier que renseigne de bonne heure la promiscuité de la famille et de l'atelier. Est-ce désirable ? Il ne le paraît pas, car l'ouvrier est deux fois plus souvent syphilitique que le bourgeois et se soigne deux fois moins souvent. Faut-il, pour quelques crises exceptionnelles et si rarement suivies d'actes irrémédiables, cesser d'attacher à la syphilis plus d'importance qu'à un rhume de cerveau ou à une angine? Ce serait sans doute un déplorable calcul. Et d'ailleurs comment ne pas reconnaître que, si les impressions éducatives trop fortes peuvent contribuer à l'éclosion de troubles psychologiques se manifestant à propos de la syphilis, ces troubles ont, en réalité, une origine plus lointaine et plus profonde et sont seulement conditionnés dans leur forme actuelle par les circonstances morbides. L'éducation prophylactique par la crainte n'en saurait donc être entièrement responsable, et si faibles que soient les résultats qu'elle donne jusqu'à présent ils ne paraissent tout de même pas assez négligeables pour qu'on doive renoncer à la méthode qui les procure.

J. LAUMONIER.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de matière médicale et de chimie végétale [fascicules 7 et 8] (1), par le docteur L. Reutter, privat-docent à l'Université de Genève.

Avec l'apparition de ces deux fascicules s'achève la publication de cet important traité. C'est actuellement l'ouvrage le plus au courant, le mieux mis à jour, et nous sommes certain du succès qu'il rencontrera auprès de nos confrères.

L. G.

Les maladies dites vénériennes (2), par le docteur Paul Ravaut, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ce livre, écrit par un maître incontesté, est à la fois un cri d'alarme et une raison d'espérer.

Un cri d'alarme, car les statistiques qu'on y trouve, nous montrent quel effroyable danger menace la race française, surtout depuis que la guerre a étendu dans de si inquiétantes proportions, le domaine de ces maladies, causes de dépopulation et facteurs de dégénérescence.

Une raison d espérer, car le docteur Ravaut nous montre qu'il est possible de lutter contre elles et même de les vaincre. Il en indique les moyens.

Ainsi que le dit le docteur Roux, dans la préface qu'il a écrite pour ce livre, le docteur Ravaut s'élève avec raison contre la fausse pudeur qui empêche de parler de ces maladies et d'en instruire la jeunesse, ouvrant ainsi la porte à toutes les contaminations. C'est cette considération qui l'a décidé à écrire ce beau et bon livre qui mérite d'être lu et profondément médité par tous ceux qu'intéresse l'avenir de notre race. L. G.

(1) Prix de chaque fascicule : 12 fr. — Paris 1921, J.-B. Baillière et fils.

(2) Un vol. in-16, avec 23 fig. — Prix : relié, 6 fr.; broché, 5 fr. — Paris, Armand Colin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
A. GIRARD
48 Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD

N° 71. — MARDI 4 & JEUDI 6 SEPT. 1923. 96e ANNÉE. MARDI 4 & JEUDI 6 SEPT. 1923. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury se compose de MM. Grivot, May, Flandin, Heuyer, Brocq, Leveuf, Bergeret, Cleisz.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination de deux médecins des hôpitaux de Rouen, spécialistes en électro-radiologie, s'ouvrira le mercredi 13 février 1924 devant un jury constitué à Paris dans l'un des hôpitaux de l'Assistance publique.

Les épreuves se composent :

1° De l'examen des titres et travaux des candidats;

2° D'une épreuve écrite d'électro-radiologie pour la rédaction de laquelle il est accordé un délai de quatre heures;

3° D'une épreuve pratique de technique radiologique;

4° D'une épreuve technique d'électrologie.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen (enclave de l'hospice général), où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé. La liste d'inscription sera close le 5 janvier.

Indemnité de service annuelle : 3.600 francs.

CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. Jeanselme.) — Cours de perfectionnement. — *Dermatologie et maladies vénériennes* sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de M. le professeur Sebileau et de MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Lian, Darré, Tixier, de Jong, Sézary, Touraine, médecins des hôpitaux; Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux; Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux; Hautant, Lemaître, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; Sabouraud, chef du laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis; P. Chevalier, ancien chef de clinique; Burnier, Marcel Bloch, Hufnagel, Schulmann, chefs de clinique et de laboratoire à la Faculté; Pomaret, Giraudeau, chefs des travaux chimiques et physiques; Marcel Sée, Bizard, Noire, Civatte, Ferrand, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Barbe, médecin des asiles.

Le cours complet de dermatologie commencera le 5 octobre 1923. — Le cours complet de vénéréologie commencera le 14 novembre 1923

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre de la clinique (salle Henri-IV), 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultraviolets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après-midi, de 1 h. 30 à 4 heures et les matinées seront réservées aux polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat sera attribué aux assistants à la fin des cours.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 3).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Burnier, chef de clinique à la Faculté, hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin.

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE. — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi; la présence des élèves y est obligatoire.

Médecine légale. — *Cours théorique de médecine légale.* — Ce cours sera professé les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 6 h. à 7 h., pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard et M. Duvoir, agrégé.

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Hugueney, de la Faculté de droit.

Cours d'accidents du travail et maladies professionnelles. — Accidents du travail, maladies professionnelles et infirmités de guerre (loi des 9 avril 1898, 25 octobre 1919 et 31 mars 1919), par M. le professeur Balthazard, assisté d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, tous les jours, de 6 h. à 7 h. (pendant les mois de mars et avril).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 2 h. à 3 h. : Le samedi, par M. le professeur Balthazard ; le mardi, par M. le docteur Duvoir, agrégé ; le jeudi, par M. le docteur Dervieux, chef des travaux.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours aux mêmes heures.

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les jeudis, de 3 h. à 4 h. 1/2, sous la direction de M. le docteur Dervieux et de M. le docteur Piédelièvre, chef de laboratoire.

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie, à l'Institut médico-légal, les mardis, de 3 h. à 4 h. 1/2 (semestre d'été).

4° Expertises d'accidents du travail, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. les docteurs Duvoir et Dervieux, le samedi à 3 h. (laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

PSYCHIATRIE. — *Cours de pathologie mentale.* — M. le professeur H. Claude fera tous les jeudis, à 5 h. à la Faculté de médecine (petit amphithéâtre), une leçon de pathologie mentale avec présentation de malades (semestre d'hiver).

Cours de clinique psychiatrique. — Le cours aura lieu tous les dimanches, à 10 h., à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne. Les élèves pourront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les mercredis et samedis matin.

Cours de psychiatrie médico-légale. — M. le professeur H. Claude et M. Lhermitte, agrégé, feront pendant le mois de mars un cours de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de médecine, les mardis, jeudis et samedis, à 5 h.

Examen des malades et rédaction des rapports. — MM. Brousseau et Borrel, chefs de cliniques, dirigeront ces exercices à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, tous les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h. Les titres et diplômes et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : Un droit d'immatriculation, 20 fr. ; un droit de bibliothèque, 10 fr. ; quatre droits trimestriels de laboratoire de 100 fr., soit 400 fr. ; un droit d'examen, 100 fr.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, sous la direction du professeur Léon BERNARD. — Ce cours aura lieu du 1er au 28 octobre, et comporte, outre des leçons théoriques, des examens de malades et des exercices pratiques ; il sera complété par la visite d'établissements antituberculeux.

Prière de se faire inscrire à la Faculté de médecine en acquittant les droits d'inscription (150 fr.).

Le nombre des places est limité.

HOPITAL COCHIN. (Cours de vacances sous la direction de M. le docteur Ch. LAUBRY. — SÉMÉIOLOGIE CARDIAQUE. SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE. SÉMÉIOLOGIE GRAPHIQUE. ARYTHMIES. SYNDROMES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE. — Le cours commencera le 24 septembre 1923 ; les leçons auront lieu le matin, de 11 heures à midi, à l'hôpital Cochin ; elles seront faites par M. le docteur Ch. Laubry et ses assistants, MM. les docteurs Daniel Routier, S. Bloch et Walser.

Droit d'inscription : 100 francs.

On s'inscrit à l'hôpital Cochin dans le service de M. le docteur Laubry.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Delépine (de Lille) et celle de M. Lionel Girard, externe à l'hôpital Beaujon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de psychiatrie (6e édition), par E. RÉGIS, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Bordeaux, correspondant de l'Académie de médecine. (Collection Testut.) 1 vol. in-16, cartonné toile, de 1270 pages, avec 98 figures dans le texte et 7 planches hors texte, dont 5 en couleurs. — Prix : 38 fr. ; franco, 40 fr. — Paris, G. Doin.

Chirurgie des voies biliaires. Travaux de chirurgie (5e série), par Henri HARTMANN, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, membre de la Société de chirurgie, avec la collaboration de MM BOPPE, HAUTEFORT, PETIT-DUTAILLIS, RENAUD, ULRICH, VIRENQUE. 1 vol. de 356 pages avec 87 figures. — Prix : 30 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Diagnostic et traitement des rétrécissements de l'œsophage et de la trachée, par le docteur Jean GUISEZ. 1 vol. de 360 pages, 216 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Cancer de l'intestin, par le docteur J. OKINCZYC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Bibliothèque du cancer, publiée sous la direction des professeurs H. HARTMANN et L. BÉRARD.). 1 vol. in-8 de 240 pages avec 78 figures dans le texte. — Prix : 15 fr. ; franco, 16 fr. 50. — Paris, G. Doin.

L'inconscient, par le docteur A. HESNARD, professeur à l'Ecole de médecine navale de Bordeaux. Préface du docteur TOULOUSE. (Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de psychologie expérimentale.) 1 vol. in-16 de 300 pages avec figures dans le texte. — Prix, cartonné toile, 12 fr. ; franco, 13 fr. 20. — Paris, G. Doin.

Le cerveau et la pensée, par PIÉRON. 1 vol. — Prix : 10 fr. — Paris, F. Alcan.

Traitements physiothérapiques des séquelles des blessures de guerre et des accidents du travail, par les docteurs GUILLEMINOT, DAUSSET et DARCY. Préface par le professeur GILBERT. 1 vol., 265 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Méthode pratique d'autosuggestion et suggestion appliquées en vue d'obtenir l'empire sur soi-même, la guérison des maladies et l'influence personnelle, par Paul JAGOT. 1 vol. de 208 pages. — Prix : 6 fr. 75. — Paris, Drouin, 20, rue de la Victoire.

Annuaire médical de Marseille et de la Provence, 1923. — Administrateur : docteur PORCHERON, 107, rue Paradis, Marseille.

Le cycle de la blennorragie, son traitement par le phytol, par le docteur SANJURJO D'ARELLANO, ancien assistant du professeur ALBARRAN. In-8 carré avec 6 figures. — Prix : 2 fr. — Paris, Vigot frères.

SPONDYLITE TYPHOIDIQUE

AVEC IRRITATION PYRAMIDALE LÉGÈRE

VACCINOTHÉRAPIE

Par H. ROGER, G. AYMÈS et G. PIÉRI (1)

(DE MARSEILLE).

En raison de la fréquence de la fièvre typhoïde dans nos contrées, il n'est pas rare d'observer des ostéites diverses des os longs, côtes, péroné, tibia, consécutives à cette infection. Il est plus exceptionnel de voir celle-ci se localiser aux os de la colonne vertébrale. Durant ces vingt dernières années, nous ne trouvons, comme cas publiés à Marseille, que celui de M. le professeur d'Astros (*Marseille méd.*, 1er juin 1914) concernant un enfant qui présenta les premiers signes de l'affection, quarante-huit jours après le début de la fièvre typhoïde et après vingt jours d'apyrexie.

L'un de nous a eu l'occasion d'en observer trois cas.

Le dernier en date, celui que nous vous présentons aujourd'hui, tire son intérêt des conditions dans lesquelles son diagnostic a pu être établi, des recherches de laboratoire qui ont pu être entreprises et du traitement vaccinothérapique institué.

Fièvre typhoïde de moyenne intensité. Trois mois après, lombalgie excessivement intense et à début brusque, persistant, depuis lors, un peu atténuée; irritation pyramidale : clonus du pied, sans signe de Babinski. Pas de réaction méningée.

Séro-diagnostic Eberth + 1/400; para B + 1/800.

Radio : ostéophytes et effacement de l'interligne L^2 L^3.

Vaccinothérapie : grosse amélioration.

Mme Eugénie Eyg.., âgée de trente-deux ans, entre le 10 mars 1923, à la Clinique neurologique pour des *douleurs lombaires* ayant débuté il y a six mois.

Le DÉBUT s'est fait dans les premiers jours d'octobre 1922, d'une façon assez brusque, sans prodromes, par une douleur lombaire violente, apparue à l'occasion d un minime effort en secouant un tapis. La douleur prédominait du côté gauche, s'irradiant en demi-ceinture. L'algie a été si vive qu'elle a provoqué la chute de la malade qui n'a pu se relever seule. Transportée au lit, Mme E... a continué à souffrir violemment, pendant tout un jour et toute une nuit, n'étant même pas calmée par une injection de morphine.

Depuis lors, elle reste incapable d'aucun effort, à cause de sa douleur occupant toute la région lombaire, prédominant à gauche, mais également avec irradiations du côté droit. Elle se déplace avec peine, ne pouvant aller de son lit à la chaise-longue qu'à petits pas, le corps enraidi et uniquement quand elle est soutenue par un aide. En outre, des crises paroxystiques, survenant presque toutes les quatre heures, l'immobilisent encore plus complètement; pour éviter tout mouvement du tronc qui exacerbe les douleurs, on est même obligé, au moment de ces crises, de faire manger la malade. Le diagnostic de lombago est porté par le médecin traitant.

Le traitement consiste en injections de Pantopon et en antinévralgiques divers.

La malade a été un peu améliorée, mais ne pouvait se lever.

Au mois de décembre, les douleurs ont subi une exacerbation notable, tout en changeant de caractère. La malade ne pouvait rester couchée dans son lit et n'a pu dormir pendant huit jours; elle se levait alors et allait s'agenouiller sur une chaise, les coudes appuyés sur une table, ce qui diminuait un peu ses douleurs.

A son ENTRÉE à l'Hôtel-Dieu, à la clinique chirurgicale du professeur Imbert, le 23 février 1923, les douleurs ont un peu diminué, mais sont toujours vives. Quelques jours après, lorsqu'elle passe à la Clinique neurologique, le 10 mars, nous constatons de la rigidité de la colonne dorso-lombaire avec impossibilité de se baisser sans plier les genoux; il n'existe aucune saillie anormale, mais de la douleur à la percussion des premières lombaires et à la mobilisation latérale des apophyses épineuses, sans point douloureux fixe. La percussion de la tête et des épaules, la colonne vertébrale étant rigide, détermine une répercussion douloureuse lombaire, mais à condition que cette manœuvre soit brusque.

La marche se fait péniblement, mais sans aide. Pas de parésie des membres inférieurs ; la malade tient difficilement ses jambes dans la position gynécologique, plutôt par suite de la douleur provoquée par ce mouvement que par diminution de la force musculaire.

L'étude de la réflectivité montre une exagération légère des réflexes tendineux surtout des rotuliens, mais égale des deux côtés. L'excitation cutanée plantaire provoque une légère flexion des orteils sans signe de Babinski. Enfin, il y a de la *trépidation épileptoïde* du pied, très nette à droite, ébauchée à certains moments à gauche, du clonus intermittent de la rotule à droite. Les réflexes cutanés fessiers sont plus vifs à droite; les réflexes abdominaux sont légèrement diminués à droite.

Le signe de Lasègue est légèrement positif à droite, le signe de Bonnet négatif; pas de points douloureux sur le trajet du sciatique. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité superficielle ou profonde, pas de retard ni de troubles de discrimination de la sensibilité thermique. Pas d'anesthésie en selle.

Pas d'atrophie musculaire du membre.

Pas d'abaissement du pli fessier. On note une certaine hypotonie des masses musculaires de la fesse.

Pas de troubles vaso-moteurs localisés ; sudation facile et générale.

Il n'y a pas de troubles sphinctériens, la malade n'ayant jamais été gênée pour uriner; il lui est arrivé parfois de mouiller son lit, mais c'était au moment des crises très douloureuses quand, n'ayant personne pour l'aider, elle ne pouvait descendre de son lit, ni glisser sous elle un vase pour uriner.

Aux membres supérieurs, motilité normale, réflexes égaux et normaux, pas de troubles de la sensibilité.

Notons, enfin, l'absence de vertiges, de céphalée, de troubles auditifs ou visuels, et des pupilles égales, régulières et contractiles.

L'examen de l'appareil respiratoire ne montre pas de signes de lésions pulmonaires, pleurales ou bronchiques, sauf une rudesse respiratoire légère du sommet droit en arrière.

Les urines sont normales en quantité et sans éléments pathologiques.

Appareils circulatoire et digestif normaux. La température, prise dans le service, ne dépasse qu'un soir ou deux 37°5 (rectale).

Le Bordet-Wassermann du sang, pratiqué avant l'entrée à l'hôpital, aurait été négatif.

Les examens de laboratoire, faits dans notre service, donnent les résultats suivants :

Sang. — Bordet-Wassermann négatif.

Liquide céphalo-rachidien. — Cytologie : deux lymphocytes par millimètre cube.

Albumine : une division et demie en vingt-quatre heures, au rachialbuminimètre de Sicard et Cantaloube.

Bordet-Wassermann négatif.

En résumé, Mme Eyg... présentait une de ces lombalgies avec contracture musculo-vertébrale dont le début aigu, à l'occasion d'un léger effort, a pu faire penser au vulgaire *lumbago* : mais la persistance anormale des douleurs, jointe à leur intensité, devait bientôt orienter différemment le diagnostic.

En présence d'une algie et d'une contracture lombaires, on pensait, il y a une vingtaine d'années, uniquement et surtout au *mal de Pott*. A côté de la

(1) Présentation de malade au *Comité méd., des Bouches-du-Rhône*, 6 avril 1923.

forme classique, à marche lente, insidieuse et souvent peu douloureuse du Pott de l'adulte, on a publié des cas à début en apparence brusque et accompagnés de névralgies. C'est, croyons-nous, dans cette hypothèse que cette malade avait été aiguillée dans un service de chirurgie. Mais, dans pareil cas, les douleurs ne sont pas aussi précoces et aussi intenses et n'immobilisent pas tellement le malade.

Aucun signe évolutif pulmonaire, aucun antécédent bacillaire ne sont à relever chez Mme Eyg...

Une autre hypothèse à laquelle on ne pense pas assez souvent, en présence d'un pareil syndrome est celle d'un *néoplasme vertébral* : mais ces néoplasmes sont habituellement secondaires à une tumeur du sein, de l'utérus, etc., et sont plus fréquents chez les personnes âgées.

L'on peut pareillement éliminer les *ostéoarthropathies vertébrales traumatiques* dont il ne saurait être question ici, et la *syphilis vertébrale* dont l'un de nous a eu l'occasion d'observer divers exemples, soit chez des tabétiques, soit dans d'autres syphilis nerveuses, mais à laquelle rien, dans l'histoire, ne permet ici de penser.

Fallait-il, en procédant par élimination, conclure à une de ces formes localisées de rhumatisme vertébral connues sous le nom de *lombarthries* ?

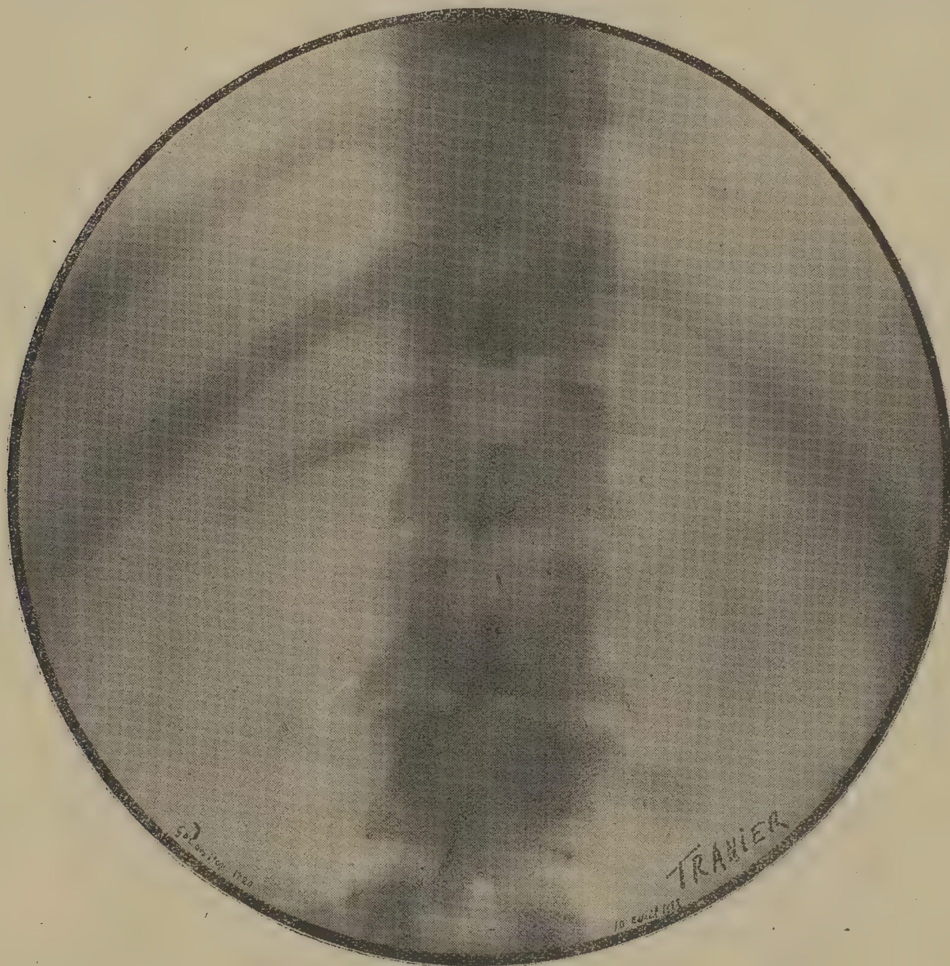


FIG. 1. — Mme Eyg... (Eugénie). — *Spondylite typhoïdique,*

Ce diagnostic paraissait des plus vraisemblables et une RADIOGRAPHIE pratiquée donnait, en effet, l'image suivante :

Côte surnuméraire de L_1 à droite et apophyses transverses des dernières lombaires plus développées que d'habitude. Ostéophytes latéraux des bords inférieur de L_2 et supérieur de L_3, nettement en bec de perroquet à droite, quoique n'allant pas jusqu'à la fusion complète.

Toutefois, quelques particularités la distinguaient des images lombarthriques habituelles. D'une part (sans qu'il y ait d'affaissement du corps vertébral comme dans le Pott), l'interligne intervertébral L^2L^3 était réduit à une fente linéaire, alors que les espaces sus-jacents L^1-L^2 et sous-jacents L^3-L^4 sont de dimensions normales. Les deux corps L^2-L^3 sont presque en contact sur le côté droit, alors que la fente qui les sépare est plus large à gauche. D'autre part, la face inférieure de L^2 et, à un moindre degré, la face supérieure de L^3 ont des contours flous, mal dessinés.

Une autre hypothèse, beaucoup plus plausible, nous était d'ailleurs venue à l'esprit, lors de l'interrogatoire de la malade. Alors que, dans les antécédents héréditaires ou personnels éloignés, nous ne trouvions rien d'important à signaler, Mme Eyg... nous raconte avoir eu, quatre mois avant le début de sa lombalgie, une *typhoïde*.

Celle-ci fut assez grave, avec fièvre ayant duré un mois et s'étant élevée jusqu'à 40°7, délire assez marqué et prostration intermédiaire aux périodes d'excitation ; il n'y eut aucune complication cardio-vasculaire ni digestive, en particulier aucune hémorragie intestinale. Le traitement consista en lavages intestinaux et en lotions, trois fois par jour, au moment de la période d'excitation.

En juillet-août, la malade passa sa convalescence à la campagne sans ressentir aucun symptôme, en particulier, sans douleurs lombaires.

En présence de ces antécédents, ne devions-nous pas songer à une *spondylite typhoïdique ?*

Celle-ci a, en effet, pour principale caractéristique de survenir au cours de la convalescence. Si

quelques cas sont relativement précoces, il en est un bon nombre qui ne débutent que trois ou quatre mois après la fièvre typhoïde. La douleur en est le principal symptôme et celle-ci éclate parfois brusquement, comme ici, à l'occasion d'un minime traumatisme (faux pas, fatigue, ici acte de secouer un tapis).

A la période d'état, les symptômes sont à la fois *ostéoarticulaires* (contracture lombaire intense, douleur à la pression locale) et *funiculo-médullaires* (douleur violente de la région du trou de conjugaison et des funiculi irrités par les ostéophytes, avec irradiation en ceinture, vers la fesse, sans signes objectifs nets de la sensibilité, — absence de troubles moteurs et de troubles sphinctériens; — mais, dans quelques cas, légère irritation pyramidale avec clonus du pied, sans Babinski).

Notre cas ressemble bien au tableau de la spondylite typhoïdique. Mais pouvait-on avoir une certitude plus accusée ? Oui, en la demandant au laboratoire.

La ponction lombaire ne nous a révélé aucune modification notable du *liquide céphalo-rachidien* sauf, peut-être, une très légère albuminose.

L'*examen du sang* devait nous donner des précisions plus importantes. M. Rouslacroix a bien voulu pousser jusqu'aux taux d'agglutination limites, les séro-réactions que nous lui avons demandées. En voici les résultats :

Eberth
- positive $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{400}$;
- partielle $\frac{1}{500}$;
- négative $\frac{1}{600}$ et au-dessus.

Para A négative $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{800}$.

Para B positive $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{800}$.

Un tel taux d'agglutination pour l'Eberth 1/400 (partielle 1/500) a une grande valeur diagnostique. Il ne peut pas s'expliquer par la seule persistance des précipitines dans le sérum d'une convalescente, d'autant que près de dix mois nous séparent de la période aiguë. Il est la signature d'un foyer typhoïdique actuellement encore en évolution qui, en l'absence d'autres localisations, en particulier, de manifestation vésiculaire appréciable, ne peut être que le foyer vertébral. L'agglutination du para B, quoiqu'elle soit positive à un taux plus élevé jusqu'au 1/800, doit être considérée, croyons-nous, étant donnée la plus haute agglutinabilité de ce germe, plutôt comme une agglutination de groupe. D'une façon à peu pres exclusive, d'ailleurs, les ostéites typhiques, quel que soit leur siège, sont tributaires du bacille d'Eberth.

Une réserve pouvait être faite au sujet de la possibilité d'une association typho-paratyphique. Le problème aurait pu être tranché par l'épreuve de la saturation des agglutinines; nous ne l'avons pas fait pratiquer, pressés que nous étions de soulager cette malade par la vaccinothérapie. Dans les cas d'ostéoarthrite typhique où P.-E. Weill l'a utilisée (*Soc. méd. des hôpit.*, 8 avril 1921), cet auteur a vu l'agglutinine para B disparaître avec persistance de la seule agglutinine éberthienne. Ajoutons que la malade étant apyrétique, une hémoculture ne nous aurait été d'aucun secours.

Pour en finir avec les examens de laboratoire, mentionnons que nous avons fait rechercher les *agglutinines dans le liquide céphalo-rachidien.* En général, la barrière des plexus choroïdes s'oppose au passage d'agglutinines du sang dans le liquide céphalo-rachidien : l'un de nous a eu l'occasion de le vérifier bien des fois au cours des ponctions lombaires faites chez les typhoïsants. Il faut une atteinte des méninges avec méningite éberthienne pour que le liquide céphalo-rachidien agglutine. On pouvait se demander si, dans la spondylite, étant donnés le foyer osseux au contact des méninges et la réaction hyperalbumineuse qui parfois en découle, il n'y aurait pas d'agglutination. Or, dans notre cas, où, il est vrai, la réaction méningée est peu intense, le liquide céphalo-rachidien n'agglutine ni Eberth ni para A même au 1/10; il agglutine, cependant, le para B au 1/20 (pas au 1/50); mais ce taux n'est pas vraiment suffisant pour conclure.

Quel TRAITEMENT instituer dans pareil cas ?

La *vaccinothérapie*, qui a donné récemment d'excellents résultats à un grand nombre d'auteurs dans les ostéites typhoïdiques ,nous offrira la meilleure méthode à employer.

On est un peu embarrassé, une fois prise la décision thérapeutique, quand on veut passer à son application, les doses variant suivant chaque auteur. Dans la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en 1921, Dufour injecta à sa malade d'abord, à quatre jours d'intervalle, 1/2 puis 1 centimètre cube, plus tard à une semaine d'intervalle, trois fois 1 centimètre cube et demi de vaccin Vincent T. A.B. ; — Sicard et Robineau préconisent les injections quotidiennes de 1/2 et 3/4 de centimètre cube de vaccin éberthien ou T. A. B. Ranque et Senez, jusqu'à 12 et 18 injections; — P.-E. Weill et Chevrier dans leur article de la *Presse médicale* (23 août 1917) conseillent deux injections par semaine, pendant deux mois, les quatre premières de 1/4, 1/2, 3/4 et 1 centimètre cube, les quatre suivantes à 1 centimètre cube, les huit dernières à 1 centimètre cube et demi.

Personnellement, nous avons fait préparer par M. Rouslacroix, un vaccin mixte 2/3 Eberth et 1/3 para B à la concentration de 800 millions de germes.

Nous venons, au cours d'une seule semaine de faire trois injections, la première d'un demi, la deuxième d'un centimètre cube, la troisième de 1 centimètre cube et demi; seule, cette dernière injection s'est accompagnée d'une élévation thermique passagère à 39 degrés, le soir même, 38 degrés le lendemain.

Nous nous proposons de continuer cette thérapeutique, à raison de deux injections de 2 centimètres cubes par semaine, suivant la tolérance, pendant six à huit semaines. Mais, d'ores et déjà, nous notons une amélioration très marquée. Cette malade a pu venir à pied de l'hôpital ici, et sans souffrir, ce qu'elle n'aurait pu faire il y a deux semaines. Vous pouvez la voir, sans fléchir les genoux, se courber en avant jusqu'à l'horizontale, ainsi qu'ébaucher, malgré sa contracture, quelques mouvements d'hyperextension du tronc sur le bassin.

Nous avons commencé et nous continuerons d'associer à la thérapeutique spécifique, les bains thermolumineux et la radiothérapie lombaire qui, en agissant sur les processus congestifs funiculaires, aideront certainement à l'amélioration de cette ma-

lade, tout comme ils le font dans les funiculites d'autre nature (sciatiques funiculaires, etc.).

Ici, la radiographie ne montre pas d'altérations osseuses considérables. Il n'y a pas à supposer la formation de séquestres et il est vraisemblable que le traitement chirurgical, utilisé dans quelques cas rebelles par Sicard et Robineau, n'aura pas besoin d'être appliqué (1).

CONGRÈS DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE

[STRASBOURG, *2-4 août 1923* (2)]

M. le professeur BAR, président du Congrès, exprime d'abord l'émotion patriotique qu'il ressent en ouvrant le Congrès à Strasbourg, en cet anniversaire du 2 août; puis il expose les raisons pour lesquelles le Congrès de la fièvre puerpérale devait nécessairement faire partie du cycle des congrès organisés à Strasbourg à l'occasion du centenaire de Pasteur.

Ce congrès sera particulièrement fructueux, s'il rappelle d'une façon tangible aux médecins et aux administrations hospitalières les disciplines pastoriennes, étant donné que dans la plupart des maternités, chaque accouchement semble un défi à la doctrine même de Pasteur. Il est bon de se remémorer ces méthodes qui ont rénové l'obstétrique, et, en l'orientant dans un sens chirurgical, permis de mieux sauvegarder les intérêts de l'enfant.

M. le professeur SCHICKELÉ, secrétaire général du Congrès, rappelle que Strasbourg fut de tout temps une ville tournée vers les choses de l'obstétrique. Frud organisa le premier en Europe, dans la rue de la Nuée-Bleue, une clinique d'accouchements ouverte aux indigents; en outre, en 1869, Coze et Feltz de Strasbourg furent les premiers à constater le streptocoque dans le sang d'une infection puerpérale et Pasteur connaissait certainement ces recherches lorsqu'il entreprit ses investigations sur l'infection puerpérale.

I

Esquisse de l'histoire de la fièvre puerpérale.

Rapport du professeur COUVELAIRE (de Paris).

Cette esquisse est nécessairement un hommage à Pasteur, qui, en s'appuyant sur des observations d'une rigoureuse précision, a démontré à l'Académie de Médecine, dans la séance mémorable du 18 mars 1879, puis à l'Académie des Sciences (3 mai 1880) que la théorie des germes s'appliquait à l'étiologie de la fièvre puerpérale. Cette conception a servi de base scientifique à la plus efficace des prophylaxies. Tout en rendant ainsi amplement hommage à Pasteur, M. Couvelaire tient à rendre justice aux précurseurs Simpson, Semmelweiss, Lister, Coze et Feltz et tant d'autres qui par leurs patientes observations cliniques ou leurs recherches expérimentales avaient pressenti ou trouvé le chemin de la vérité.

Ce sont les pastoriens qui ont démontré qu'à côté des dangers minimes de l'auto-infection, il faut surtout craindre l'hétéro-infection contre laquelle les gants stérilisés ont plus fait pour diminuer les risques d'infection que toutes les injections vaginales antiseptiques. Ce sont eux, enfin, qui par les vaccins et les sérums, ont efficacement lutté contre l'infection lorsqu'elle s'est déclarée.

— Le professeur BAR, qui a vécu la période historique des recherches pastoriennes, rapporte quelques anecdotes sur ce sujet. Tarnier, au début, ne croyait guère à la théorie des germes; il incriminait surtout la contagion par l'air et avait dans ce but fait construire son pavillon avec chambres, isolé de la Maternité. Il fut ébranlé par Championnière après sa visite à Lister et, après un essai de la méthode antiseptique, il vit en un mois la morbidité puerpérale s'abaisser d'une façon prodigieuse. Ce fut Tarnier qui invita Pasteur à instituer ses recherches. Malheureusement, au début de la période antiseptique, on utilisa des substances toxiques, acide phénique et sublimé, qui entraînèrent les accidents graves que l'on sait.

Communications.

La maternité de Strasbourg au début du XIXe siècle. — M. ROOSE (de Strasbourg) rapporte d'après d'anciens documents l'histoire de 1.097 accouchements sur lesquels on relève 600 complications puerpérales avec 61 cas de mort.

Les **phlébites pelviennes suppurées.** — A côté des formes généralisées de l'infection, sans localisation utérine, MM. LEQUEUX et CHOMÉ (de Paris) s'attachent à décrire les thrombo-phlébites pelviennes suppurées. Ces phlébites suppurées doivent être distinguées des thrombo-phlébites simples. Il y a en effet un intérêt thérapeutique à cette différenciation puisqu'une intervention chirurgicale (ligature) doit en principe juguler l'infection.

Ces thrombo-phlébites suppurées se distinguent de l'infection généralisée par de multiples caractères. Contrairement aux idées actuelles elles demeurent purement *locales* avec un état général excellent en dehors des frissons, car le microbe n'est pas dans le sang, il y passe seulement au moment des frissons aussi l'hémoculture est-elle accidentellement positive et le plus régulièrement négative.

Elles entraînent des embolies septiques presque exclusivement du reste dans le poumon. La mort survient par asphyxie par suite de l'extension des lésions. Elles sont presque toujours *mortelles*.

La thrombo-phlébite est franchement suppurée, avec un thrombus rouge séparant la suppuration du sang normal ou bien on trouve un caillot avec du liquide contenant du streptocoque.

Ces lésions sont le plus souvent isolées, sans suppuration des sinus, ou bien elles sont associées à des abcès utérins.

Il existe un thrombo-phlébite de l'étage *supérieur* du ligament large; ce sont de beaucoup les plus fréquentes et elles s'accompagnent de lésions périvasculaires peu abondantes; il y a également des thrombo-phlébites de l'étage *inférieur* de la gaine hypogastrique, elles sont plus rares et s'accompagnent de lésions de voisinage (périphlébite, phlegmon, péritonite, lésion des annexes).

Dans les formes suraigües le diagnostic est impossible; dans les formes aigües, il existe une période périphlébitique dans laquelle le diagnostic est vague. A la période d'état, le diagnostic est basé sur des frissons tardifs, répétés, sur une courbe thermique irrégulière; l'état général est bon très longtemps; l'hémoculture négative.

Les auteurs conseillent toujours l'opération; il ne faut opérer ni trop tôt, ni trop tard; pas avant le 12e jour, mais cependant avant les grands frissons, au moment de la stabilisation des lésions, c'est-à-dire dans les huit ou dix jours après les premiers frissons. Il est trop tard pour opérer lorsque les lésions pulmonaires prédominent.

L'opération se pratique par voie abdominale : ligature du pédicule vasculaire atteint, se limiter à l'étage atteint, mais lier des deux côtés; il convient si possible de lier en tissu sain, en cas d'impossibilité, on peut aussi lier en plein caillot.

II

Conception actuelle de l'infection puerpérale.

Rapport de M. BROUHA (de Liége).

ETIOLOGIE. — Le streptocoque se présente dans 50 p. 100 des cas comme agent exclusif de l'infection puerpérale. On

(1) Depuis la présentation de cette malade au Comité médical des Bouches-du-Rhône, la vaccinothérapie a été poursuivie. La malade a reçu en tout, sans réaction appréciable, 12 injections de 2 centimètres cubes de vaccin antityphoïdique (une injection tous les trois jours). Elle a subi six séances de rayons X.

A sa sortie de l'hôpital, le 12 mai, elle n'éprouvait plus de douleur lombaire spontanée, allait et venait sans fatigue dans le jardin. Il persistait une légère douleur à la pression des apophyses épineuses lombaires. La contracture avait beaucoup diminué.

Une radiographie n'a pas montré de modifications appréciables.

Revue fin juin, Eyg..., ne souffrant plus, avait engraissé d'une dizaine de kilogs. Elle commençait à vaquer aux occupations du ménage. Il persistait une légère raideur lombaire.

(2) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* —

rencontre en outre divers microbes (staphylocoques doré et blanc, coli, gonocoques) rarement à l'état pur, le plus souvent associés entre eux ou au streptocoque pour donner des infections mixtes dont le type est fréquemment aéro-anaérobie.

Les germes proviennent d'individus atteints de processus infectieux divers ou de porteurs sains, soit qu'ils exaltent leur virulence en infectant un sujet sain, soit qu ils soient préalablement adaptés chez le même sujet à la vie saprophytique.

L'infection par contagion est la plus commune; il s'agit du reste parfois d'auto-contagion, parfois aussi d'infection exogène spontanée ou d'infection endogène par des germes préexistants chez la gestante. L'infection endogène (gonococcie, fibrome en voie de sphacèle, foyer septique de pneumonie, etc...) est indéniable. Mais ce mode d'infection est rare et ne peut pas expliquer les faits de fièvre puerpérale qui s'observent chez des acccouchées cliniquement saines et non touchées.

Le rapporteur étudie alors avec beaucoup de soins le microbisme vaginal et le mode d'infection quasi physiologique pourrait-on dire de la plaie vaginale ainsi que les conditions qui maintiennent cette infection dans le cadre physiologique ou la transforment en infection pathologique.

Pour de multiples raisons l'accouchée normale se défend contre cette infection constante. Le fonctionnement normal des organes génitaux de la femme permet en effet de concevoir la possibilité des infections légères successives par les germes banaux du milieu extérieur agissant à la façon des vaccins. A chaque période menstruelle, il y a vraisemblablement envahissement de l'utérus par les microbes du vagin qui, au contact d'une muqueuse lésée par les effractions de l'hémorragie menstruelle donne naissance à une infection légère dont l'organisme triomphe aisément. Ce serait là une vaccination locale par la voie naturelle d'infection.

Ainsi donc dans la conception actuelle de l'infection puerpérale, *la notion du terrain a gagné en importance* en regard du microbe dont on faisait jadis le facteur essentiel et presque exclusif de la maladie. L'asepsie et l'antisepsie obstétricale ne constituent donc plus nos seules armes prophylactiques, mais une valeur particulière est reconnue à l'art obstétrical qui s'applique à maintenir la résistance de l'organisme et l'intégrité des tissus.

En résumé, en dehors des cas où l'infection puerpérale n'est que la suite plus ou moins amplifiée d'une infection préexistante (infection endogène) M. Brouha conçoit cet état morbide comme le résultat de la défaillance de l'organisme dans sa défense contre les microbes du dehors.

Dans les cas tranchés, cette défaillance dépend essentiellement soit de la puissance de l'agresseur (infection par contagion) soit du fléchissement de l'organisme sous l'influence des altérations locales ou générales qui permettent aux germes banaux d'acquérir de la virulence ou d'exalter une virulence atténuée (infection que, faute d'une expression meilleure, on peut qualifier d'autogène.

Anatomie pathologique et pathogénie. — L'infection peut se localiser au périnée, à la vulve et au vagin sous forme de plaies ulcéreuses recouvertes d'un enduit purulent ou de fausses membranes.

Par propagation, l'infection peut amener des phlegmons du tissu cellulaire du voisinage.

Habituellement, l'infection pénètre par l'utérus; dans les formes suraigües, le streptocoque y apparaît d'emblée; ordinairement l'utérus réagit et il apparaît parfois des endométrites septiques, putrides ou gangréneuses. Selon la prédominance de telle ou telle voie de pénétration on a une métro-lymphangite ou une métro-phlébite; selon l'évolution on constate de la métrite abcédée, atrophique ou dissécante par élimination gangréneuse étendue. Les annexes sont également envahies : endo ou mésosalpingite ou pyosalpinx, ovarite. Fréquemment on a des infections du tissu cellulaire pelvien, par la voie lymphatique le plus souvent ou parfois par voie veineuse. Le péritoine est envahi directement par voie lymphatiqu,e par le tissu cellulaire pelvien ou par l'oviducte. Parfois l'infection veineuse domine la scène, sans jamais être pourtant isolée. Elle résulte d'une propagation de la thrombose de l'aire placentaire ou résulte d'une infection de voisinage à travers la paroi veineuse. La fonte du thrombus constitue l'origine de la septico-pyohémie.

Prophylaxie. — La prophylaxie comprend la lutte contre les microbes et exige l'asepsie absolue. Dans ce but elle nécessite la non-infection préalable de l'accoucheur et la désinfection de toute lésion infectieuse de la surface du corps de la gestante.

On réalisera l'asepsie du milieu et des objets. Toute intervention obstétricale sera exécutée selon le rite des opérations gynécologiques par voie basse, et le vagin dans les cas normaux, irrigué seulement avec des solutions qui ne seront faiblement antiseptiques que pour donner plus de garanties d'asepsie.

On s'occupera surtout des moyens de respecter ou d'accroître la résistance de l'organisme; surveillance médicale du foie, des reins, des intestins, traitement des affections générales et des intoxications. L'art obstétrical s'emploiera à prévenir toute complication de l'accouchement ou à y porter immédiatement remède. Enfin, en obstétrique comme en chirurgie, il existe un coefficient personnel dépendant de l'opérateur.

Discussion.

M. Schickelé constate que le diagnostic et le pronostic de l'infection basés exclusivement sur l'examen bactériologique donne des surprises. D'un autre côté, nous ne connaissions malheureusement pas le coefficient de résistance de l'accouchée.

La classification de l'infection puerpérale d'après ses formes cliniques ou anatomo-pathologiques, ne donne pas ce que l'on pouvait espérer. On est le plus souvent embarrassé pour catégoriser nettement les infections, pour faire rentrer les faits cliniques dans ces cadres. Les groupements ainsi constitués sont arbitraires et schématiques. L'examen microscopique même ne permet pas de classification. C'est ainsi que dans les thrombo-phlébites suppurées décrites par MM. Lequeux et Chomé, le microscope permet de distinguer des lésions multiples et la clinique nous fait rarement rencontrer des faits absolument superposables à ceux qu'ils ont décrits; d'autant que contrairement à leurs assertions, le pronostic de ces thrombo-phlébites n'est pas toujours aussi grave qu'ils l'ont affirmé.

— M. Bocquel, dans un cas de thrombo-phlébite, n'a pu, même le ventre ouvert, savoir exactement quel était le pédicule utérin où siégeait la thrombo-phlébite.

— M. Lequeux se défend de confondre la septicopyohémie et les thrombo-phlébites suppurées. Bien au contraire, il a voulu démembrer le groupe des pyolémies, à son avis trop compréhensif, dans lequel on range des thrombo-phlébites qu'il y aurait intérêt à isoler. Au reste dans la thrombophlébite suppurée, de l'étage supérieur, il y a toujours association des lésions du voisinage.

III

Le diagnostic et la prophylaxie de la fièvre puerpérale.

Rapport de M. Hauch (de Copenhague).

Diagnostic. — Ni les examens bactériologiques ni les recherches cytologiques ne permettent un diagnostic exact de la fièvre puerpérale, car on peut trouver dans le vagin et dans les lochies divers microbes en particulier du streptocoque, sans que pour cela la femme soit atteinte de fièvre puerpérale. On trouve de même du streptocoque dans le sang des femmes ne présentant aucune manifestation clinique de la fièvre puerpérale, et l'hémoculture peut rester négative chez les femmes qui en sont atteintes.

La clinique donne des renseignements imprécis, car la fièvre puerpérale n'est pas *une*, elle représente diverses maladies fébriles, provoquées par différents microbes, offrant différents symptômes suivant leur localisation, mais liées par le fait que la femme vient d'accoucher.

Les plaies vulvo-vaginales infectées donnent de la fièvre, mais elles peuvent s'accompagner d'une autre forme de fièvre puerpérale qu'il faut dépister et capable elle aussi d'expliquer l'élévation de la température.

Dans les *endométrites* la fièvre est relativement modérée et de courte durée; elle s'accompagne généralement mais pas

toujours de fétidité et d'augmentation des lochies parfois aussi de rétention; l'utérus est gros, mou et douloureux. Les abcès de l'utérus et la métrite gangréneuse sont plus difficiles à diagnostiquer.

Les salpingo-ovarites sont généralement tardives et consécutives à des métrites puerpérales; elles se manifestent au début par des signes d'irritation péritonéale, caractérisée par une recrudescence de la température et par des douleurs. Elles donnent enfin une tuméfaction.

Les para et périmétrites se révèlent par la constatation d'une masse ligneuse entourant l'utérus; elles sont difficiles à différencier de la salpingite, mais elles cèdent généralement plus tôt.

Les péritonites ne se différencient que par la marche de la maladie et par les signes habituels. Elles sont généralisées (suraiguës ou phlegmoneuses) ou localisées (pelvipéritonites).

La thrombophlébite infectieuse peri-utérine se manifeste par une fièvre atypique avec des frissons répétés, par des douleurs juxta-utérines et parfois le pouls grimpant de Malher. Le toucher permet de constater l'existence des veines thrombosées dans le bassin.

La phlegmatia alba dolens se présente avec ses signes bien connus et ne permet d'hésitation qu'au début, quand l'œdème est peu prononcé.

La septicémie et la pyohémie puerpérale présentent des signes communs : la température monte d'emblée dans la septicémie; dans la pyolémie elle apparaît après quelque autre manifestation puerpérale (métrophlébite) les frissons sont surtout accusés dans la pyohémie. Le pouls s'accélère d'emblée dans les septicémies, il devient progressivement rapide et mou dans les pyohémies par suite de la fatigue cardiaque. La septicémie évolue sans symptômes locaux; la pyohémie présente quelques localisations et succède presque toujours à une phlébite infectieuse.

PROPHYLAXIE. — *Prophylaxie de l'infection exogène.* — Sans s'arrêter aux principes bien établis de la méthode aseptique, M. Hauch se borne à quelques points spéciaux pour l'obstétrique. Le bain doit être remplacé par la douche. Le toucher, avec les soins préventifs de l'antiseptie, en évitant toute lésion de la muqueuse, ne semble pas aussi dangereux que l'on a pu le croire. L'emploi des gants n'a pas modifié sensiblement la morbidité puerpérale et il peut devenir dangereux, si, en se fiant à la stérilisation souvent imaginaire des gants, on néglige de se laver sérieusement les mains.

Prophylaxie de l'infection autogène. — Les antiseptiques sont plus dangereux qu'utiles par suite des lésions de la muqueuse qu'ils entraînent. Il vaut mieux éviter toute lésion de la vulve, du vagin, du col et de l'utérus. La rupture prématurée des membranes et la rétention placentaire constituent un facteur important d'infection. Sur ce dernier point, en cas de rétention, toute tentative interventionniste augmente les chances d'infection.

Pour Hauch, les microbes qui causent la mort de la femme sont surtout des germes exogènes, c'est sur eux que nous avons prise par l'asepsie et l'antisepsie; les microbes qui causent les infections plus légères sont surtout des germes endogènes et nous ne connaissons pas les moyens de les supprimer.

Augmentation de la résistance de l'organisme. — Eviter ou traiter toute maladie venant compliquer la grossesse. Assurer à la gestante une bonne hygiène et une médication reconstituante.

On peut essayer d'immuniser l'organisme d'une façon passive par des injections de sérum; mais nos connaissances du sérum streptococcique sont si incertaines qu'elles ne peuvent pas servir de base à la prophylaxie, aussi est-il presque abandonné.

On a également utilisé l'immunisation active par des vaccins; les résultats ne sont pas encore concluants, mais ils sont assez encourageants pour engager à continuer les recherches; mais comme nous ne savons pas d'avance quel microbe sera la cause de la fièvre puerpérale il est impossible de protéger une femme enceinte contre l'ennemi inconnu.

Discussion.

M. SCHIKELÉ croit, comme M. Hauch, que l'emploi des gants par la sage-femme peut leur donner une fausse sécurité et leur faire négliger la désinfection soigneuse de leurs mains, d'autant que leur emploi n'a pas diminué sensiblement la morbidité puerpérale.

— M. BAR proteste sur ce point contre l'opinion du rapporteur. L'emploi des gants pour une foule de motifs donne une plus grande sécurité, mais il est évident que les mains doivent être préalablement aseptisées. Il espère que des mesures administratives rendront leur emploi obligatoire et que, dans chaque commune, des caisses obstétricales seront mises à la disposition des sages-femmes pour les indigentes.

— M. DAELS (de Gand) estime que le sérum antistreptococcique ne donne aucun résultat comme agent prophylactique.

— M. BAR, revenant sur la discussion de la veille concernant la communication de MM. Lequeux et Chomé, estime que les présentateurs ont à juste titre attiré l'attention sur la thrombophlébite suppurée qui constitue une forme lente d'infection, intermédiaire entre la septicémie suraiguë et la pyohémie, et qui donne, lorsqu'elle est diagnostiquée, le temps d'opérer et de sauver parfois la malade.

IV

Sur les moyens thérapeutiques pour combattre l'infection puerperale.

Rapport du professeur ALFIERI (de Pavie).

Les moyens thérapeutiques dirigés contre la fièvre puerpérale peuvent être distingués en deux groupes : les moyens thérapeutiques *locaux*, destinés à obtenir l'éloignement et la destruction des germes infectants encore localisés dans l'appareil génital ou dans son voisinage, et les moyens thérapeutiques *généraux*, visant le but idéal d'anéantir les agents infectieux même lorsqu'ils ont déjà profondément envahi l'organisme ou du moins à soutenir et à aider l'organisme dans sa lutte défensive.

La thérapeutique locale comprend à son tour des moyens obstétricaux représentés par les procédés de désinfection des voies génitales sans les mutiler et des moyens chirurgicaux destinés à extirper les foyers profonds mais toujours circonscrits du processus infectieux, qui n'a pas encore envahi irrémédiablement l'organisme. Au point de vue du traitement, l'infection puerpérale, à l'exception des cas très bénins ou des formes suraiguës d'emblée, évolue en trois périodes distinctes.

Dans la première période, la lésion est circonscrite aux voies génitales, à leur revêtement muqueux superficiel et aux solutions de continuité déterminées par l'accouchement.

Dans la seconde période, le processus infectieux, encore limité à l'appareil génital ou à son voisinage, a dépassé la barrière muqueuse sans envahir encore l'organisme, ou bien, malgré quelques décharges microbiennes, dans les voies lymphatiques et sanguines maintient ses foyers essentiels dans les organes pelviens.

Enfin, dans la troisième période, l'infection a envahi l'organisme tout entier et les localisations pelviennes n'ont plus qu'une importance secondaire vis-à-vis de l'infection générale.

Pendant la première période d'évolution de l'infection, c'est au traitement obstétrical local qu'appartient le rôle principal, tandis que le traitement médical général n'aura que le but de seconder l'action défensive locale et de préparer éventuellement les moyens de défense au cas où l'infection, rebelle au traitement, aurait tendance à s'étendre.

Dans la troisième et dernière période de la maladie, tout traitement local devient sans but et doit céder la place aux médications générales qui doivent être sans retard mises en œuvre.

Dans la période intermédiaire, après constatation de l'insuffisance des moyens obstétricaux, les indications des interventions chirurgicales (hystérectomie vaginale et abdominale, ligature et résection des troncs veineux, laparatomie et drainage, colpotomie, ouverture des phlegmons pelviens, etc.), seront discutées, car en supprimant les principaux foyers du processus infectieux, elles aident à la défense de l'organisme; en même temps on ne négligera pas les moyens thérapeutiques d'ordre médical.

Nous ne possédons pas encore de méthode sûre d'immunisation contre les agents infectieux qui ont envahi l'orga-

nisme; aussi nous n'obtiendrons une amélioration du pronostic de l'infection puerpérale qu'en tâchant par tous les moyens de commencer le traitement le plus tôt possible et de le diriger méthodiquement par un diagnostic exact de la porte d'entrée, du siège et de la nature du processus infectieux.

Discussion.

M. VAN ROOY (d'Amsterdam) trouve très rationnelle la ligature des veines dans les thrombophlébites pelviennes suppurées, mais estime difficile de saisir le moment de l'opération.

— M. DAELS (de Gand) préconise l'électrargol intraveineux comme thérapeutique de l'infection puerpérale. Il a injecté à la fois jusqu'à un demi-litre d'électrargol. Après une très forte réaction, on constate une amélioration très nette. Il utilise en outre les auto-vaccins qu'il prépare en vingt-quatre heures.

— M. CHOMÉ estime qu'il faut beaucoup plus de vingt-quatre heures pour préparer convenablement un auto-vaccin; du reste le vaccin n'agit que dans les infections localisées et non dans les infections généralisées.

— M. DAELS. Pour la première injection d'auto-vaccin, il ne peut évidemment faire aucune sélection microbienne, il injecte le bouillon tout entier et reconnaît que cette injection agit autant par choc dû à l'albumine que par le vaccin. Ensuite il sélectionne les microbes comme tout le monde.

— M. LEQUEUX estime qu'il vaut mieux attendre pour injecter plus tardivement un vaccin sélectionné.

— M. HAMM (de Strasbourg) a fait des injections préventives de vaccin au phénol qui provoquèrent des abcès avec accidents graves et l'obligèrent à interrompre cette médication. Il y eut des cas de mort et les accidents d'autant plus graves que l'accouchement suivait de plus près la vaccination.

— M. BAR relève les essais de Hamm qui, tout en étant regrettables au point de vue thérapeutique, ont une véritable valeur expérimentale; ils démontrent d'une façon péremptoire la sensibilisation de la femme par l'accouchement. Dans le même ordre d'idées, M. Chomé avait injecté des streptocoques chez des lapines sans accident; le même streptocoque injecté à des lapines en fin de gestation entraîne la mort après l'accouchement. Ces expériences démontrent la fragilité de la femme enceinte et l'influence du terrain dans l'infection puerpérale. L'anergie de la fin de la grossesse est générale, autant vis-à-vis de l'infection puerpérale que vis-à-vis des autres infections.

— M. ROSSIER (de Lausanne), pour les infections à streptocoque, a eu de bons résultats avec de fortes doses de sérum antistreptococcique (100 centimètres cubes). Pour les infections à staphylocoque il utilise avec succès les métaux colloïdaux; il demande un diagnostic bactériologique précoce pour orienter la thérapeutique.

Communications.

Quelques cas d'infection puerpérale par un diplococcus spécial au cours de l'épidémie grippale. — M. PORTACELLI.

Le déclanchement du travail par la galvanisation (prophylaxie de l'infection puerpérale). — M. HAMM (de Strasbourg). On sait (et M. Hamm fournit des statistiques à ce sujet) quelle est, dans les cas de rupture prématurée des membranes, l'influence de cette rupture sur l'infection endogène. La présence du streptocoque dans le vagin est moins importante que la rupture des membranes. Aussi, dans tous les cas de rupture des membranes, M. Hamm provoque le travail par galvanisation de l'utérus (électrode intra-utérine et électrode sur le ventre), il utilise 15 à 25 milligrammes en plusieurs séances d'une demi-heure chacune espacées de trois à six heures. Il faut de la galvanisation discontinue en déplaçant l'électrode abdominale 25 à 30 fois par minute.

— M. CHOMÉ rappelle que dans la plupart des cas de rupture prématurée des membranes, le travail se déclanche tout seul au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, avec la même rapidité qu'avec les procédés de galvanisation utilisées par M. Hamm; il suffit d'attendre et l'on n'a généralement pas d'infection; l'infection vient de manœuvres bien plus que de la rupture des membranes, et l'introduction répétée d'une cathode intra-utérine ne peut qu'y prédisposer.

Traitement de la fièvre puerpérale par l'arsenobenzol iodé. — M. MARBAIS (de Paris). Les bons résultats de cette médication chez les soldats atteints de septicémies prolongées et présentant des modifications sérologiques de l'ordre des syphilitiques, l'ont incité à utiliser ce procédé dans les infections puerpérales.

Il présente à l'appui une série d'observations recueillies dans le service de M. Bouffe de Saint-Blaise.

La médication agit, parce qu'on se trouve en présence de spécifiques méconnus et d'hérédosyphilitiques et aussi par suite de l'action bactéricide générale de l'arsenobenzol. Ce procédé n'exclut pas bien entendu la thérapeutique habituelle.

L'adjonction de l'iode, transforme en quelque sorte le microbe circulant dans le sang en vaccin, car l'iode tue les microbes (cela s'est démontré expérimentalement) et il circule dans l'organisme des microbes tués ou à virulence atténuée qui excitent les défenses de l'organisme par le mécanisme habituel des vaccins.

Curettage primitif et prophylaxie de l'infection puerpérale. — M. BENOIT (de Paris). D'après l'auteur autant le curettage est discutable et même dangereux le troisième et le quatrième jour lorsque sont amorcés les phénomènes de réparation de la muqueuse utérine, autant cette intervention est bénigne et recommandable lorsqu'elle est pratiquée immédiatement après l'accouchement. En conséquence, il préconise le curettage prophylactique systématique immédiatement après la délivrance lorsqu'il y a rétention placentaire ou membraneuse.

Rupture prématurée de la poche des eaux et infection puerpérale. — M. KREISS (de Strasbourg). D'après une statistique établie dans le service du professeur Schickelé il résulte que la rupture prématurée de la poche des eaux dans un accouchement à terme n'a pas le rôle néfaste qu'on lui attribue généralement et a une influence minime quant à l'infection du post-partum. En effet, la majeure partie des suites de couches après rupture des membranes ne s'accompagne pas d'élévation de température. D'un autre côté, lorsqu'il n'y a pas de rupture prématurée des membranes, on constate plus souvent de la fièvre éphémère, moins souvent de fièvre de longue durée et enfin beaucoup plus de septicémies; cependant la rupture prématurée des membranes favorise les complications de l'accouchement.

— M. RIVIÈRE (de Bordeaux) croit possible de tels résultats dans des services d'obstétrique bien organisés et dans lesquels les malades sont bien suivies, mais il croit que ces notions ne sont pas applicables à la clientèle et qu'elles sont socialement dangereuses en donnant au praticien des idées erronées.

— M. BUE (de Lille) rappelle que ce qui importe au point de vue de l'infection, ce n'est pas tant la plus ou moins grande prématurité de la rupture des membranes que la durée du travail lui-même, car on sait que la rupture des membranes est fréquemment une cause de dystocie par anomalie de la dilatation.

— M. HAMM regrette que M. Kreiss n'ait pas tenu compte dans sa statistique de l'action de la rupture des membranes sur l'avenir ultérieur de l'enfant.

— M. BAR confirme l'opinion de M. Hamm; il estime que l'obstétrique est maintenant arrivée à une période où l'état de la mère ne doit pas être seul pris en considération, mais qu'il faut pour apprécier l'action d'une méthode, d'une intervention ou d'un point de technique, s'inquiéter de l'avenir de l'enfant.

La grippe dans ses rapports avec l'infection puerpérale. — M. VAUDESCAL (de Paris) a toujours constaté l'influence néfaste du travail se déclanchant à terme ou avant terme, au cours des complications pulmonaires de la grippe. Il se produit alors des septicémies sans localisation utérine. (Il relève 12 p. 100 de mort si l'accouchement ne se produit pas et 40 p. 100 de mort si le travail se déclare), l'aggravation de l'état provient de l'aggravation subite des lésions pulmonaires

sous l'influence des facteurs multiples : efforts de travail, fléchissement cardiaque, modifications humorales et domination des moyens de défense. Comme conclusion pratique, il ne faut donc jamais interrompre la grossesse.

Le diagnostic bactériologique de la fièvre puerpérale. — M. Daels (de Gand).

Le facies anatomo-pathologique de la fièvre puerpérale. — M. Daels (de Gand).

Abcès multiples de l'utérus puerpéral. — M. Reeb (de Strasbourg).

Recherches anatomo-histologiques sur l'évolution de la fièvre puerpérale. — M. Riotte. Ce travail fait sous l'inspiration du professeur Schikelé tend à démontrer la multiplicité des voies de pénétration de l'infection que l'examen macroscopique ne peut le plus souvent déceler et qui se révèle seulement par l'étude microscopique des coupes sériées de l'utérus et du paramètre. Au point de vue pratique, cela donne à réfléchir sur l'opportunité des interventions chirurgicales telles que les ligatures veineuses pratiquées sur les simples données cliniques.

Dr Paul Balard.
(de Bordeaux).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 20 aout 1923)

Influence de l'ablation de la rate dans les cas d'alimentation défectueuse. — M. Charles Richet conclut d'une série d'expériences que si l'alimentation est normale, convenable, régulière, les chiens dératés peuvent s'alimenter aussi bien que les autres.

Au contraire, si l'alimentation est insuffisante ou défectueuse (comme dans le cas de viande cuite ou de farine de riz), les animaux dératés meurent avant les autres, malgré un cas exceptionnel de survie prolongée.

Sur la différence des sérums pathologiques et normaux et la propriété autophylactique de ces derniers. — MM. F. Chodat et A. Kotzareff.

Persistance du neurovaccin dans le testicule, l'ovaire et le poumon des animaux ayant acquis l'immunité antivaccinale. — MM. C. Levaditi et S. Nicolau.

LIVRES NOUVEAUX

La pratique microscopique (1), par A. Juillet et L. Galavielle.

Cet ouvrage est essentiellement pratique. Les auteurs se sont bien gardés de dresser la liste complète des différentes méthodes employées en technique microscopique; voulant surtout faciliter la tâche de l'étudiant et du praticien, ils ont choisi le matériel indispensable à un laboratoire, les méthodes essentielles qui sont à la base de toutes les études de microscopie appliquée au diagnostic, méthodes classiques d'une valeur éprouvée, ou méthodes nouvelles sortant à peine du domaine des spéculations théoriques, mais d'un avenir certain. Ces techniques sont presque toujours accompagnées d'une rapide esquisse des hypothèses émises pour les justifier. L'emploi de chaque technique est exposé clairement, le plan de chaque étude microscopique est détaillé; l'interprétation des résultats est elle-même indiquée dans ses grandes lignes.

En réalité le débutant ne saurait se méprendre sur la facilité apparente de certaines recherches. Son attention est maintes fois appelée sur les difficultés qu'il peut rencontrer et sur la gravité des erreurs qu'il peut commettre. Les auteurs lui rappellent la responsabilité qu'il assumera en abordant certaines recherches devenues banales par leur large emploi en clinique, mais qui exigent de la part du praticien des connaissances et une habileté que la simplicité apparente de certaines techniques pourrait lui faire oublier.

C'est dans cet esprit que le lecteur trouvera exposée l'étude microscopique du sang et des principales manifestations pathologiques de l'organisme, au point de vue de la cytologie, de la sérologie, de la bactériologie et de la parasitologie. Seules sont retenues les espèces bactériennes et parasitaires les plus fréquemment observées, ou dont le rôle pathologique peut devenir intéressant.

L'illustration est abondante : les auteurs proposent en effet au débutant le dessin comme méthode d'éducation scientifique, et lui donnent en exemple 50 planches en couleur fort réussies.

Il faut signaler enfin la bibliographie qui termine le volume : c'est à titre d'indication, les principaux ouvrages, dans lesquels pourra se documenter plus complètement le lecteur et l'administration des périodiques auxquels devra continuellement recourir le spécialiste pour se tenir au courant de l'incessante évolution de la microscopie clinique.

L. G.

(1) Un vol. in-8° de 730 pages avec 128 figures dans le texte et 50 planches en couleurs hors texte. Prix : 65 francs. — Paris, G. Doin.

Physiologie obstétricale normale et pathologique (1) par H. Vignes, accoucheur des hôpitaux.

La physiologie obstétricale de Vignes, comporte trois parties où se trouvent résumés et souvent opposés les uns aux autres la plupart des travaux récents ayant trait à la physiologie de la gestation, de la parturition et du post-partum.

La première partie est consacrée à la physiologie du placenta, du liquide amniotique, à l'étude des modifications apportées par la grossesse au fonctionnement des différents viscères maternels (foie, cœur, rein), à l'étude des humeurs maternelles. Les chapitres qui semblent avoir le plus intéressé l'auteur sont ceux qui traitent du rôle des glandes à sécrétion interne dans l'évolution de la grossesse. Sur ce point tout semble encore bien loin d'être complètement élucidé. Vignes réunit ici un grand nombre d'arguments qui semblent mettre en lumière le rôle de l'hypothyroïdisme et de l'hyperthyroïdisme, dans certains symptômes observés au cours de la grossesse. Il cherche de même à préciser les résultats de l'excès ou du défaut du fonctionnement ovarien.

La deuxième partie de cet ouvrage est consacrée à l'étude de la contraction utérine. La notion du tonus musculaire appliquée à l'utérus semble donner l'explication de certains faits observés en clinique obstétricale.

Enfin l'étude des ocytociques et des anesthésiques obstétricaux tient ici une place importante. On y trouve de nombreux arguments — peut-être un peu théoriques — contre l'emploi des extraits d'hypophyse.

Les derniers chapitres de cet ouvrage ont trait à la physiologie des suites de couches et à l'étude de la statique des organes abdominaux et pelviens après la gestation.

L'ensemble de ce livre constitue un essai des plus intéressants de mise au point et de synthèse des travaux les plus divers concernant la physiologie de la femme enceinte et de l'accouchée.

L'auteur y ajoute une contribution personnelle importante qui augmente encore l'intérêt de cet ouvrage.

G. Ecalle.

NOTE DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.

(1) Un vol. de 456 pages. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Heuyer, Brocq, Cleisz, qui acceptent; Grivot, May, Flandin, Leveuf, Bergeret, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Un concours, pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vacantes : la première le 1er novembre 1923, la deuxième le 1er novembre 1924, sera ouvert le mardi 9 octobre 1923, à 9 h., dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les Elèves des hôpitaux, qui voudront concourir, se feront inscrire à l'Administration centrale (bureau du Service de santé) à partir du lundi 10 septembre jusqu'au samedi 22 septembre 1923 inclusivement, de 14 h. à 17 h.

— Un concours, pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris, sera ouvert le lundi 5 novembre 1923, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique. de 14 h. à 17 h., du lundi 8 octobre 1923 au samedi 20 octobre inclusivement.

DISPENSAIRES DE L'AUDE. — Un concours sur épreuves et sur titres, en vue de la nomination d'un médecin des dispensaires de l'Aude, aura lieu vraisemblablement en décembre prochain, devant la Faculté de Montpellier, et le titulaire pourra prendre son service dès le 1er janvier.

Le traitement de début est de 18.000 fr., avec augmentation progressive jusqu'à 25.000 fr. et remboursement des frais de déplacement.

Adresser toute demande au docteur Cassan, inspecteur départemental d'hygiène, à la préfecture, Carcassonne.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur André Collin (de Paris), Guyenot (d'Aix-les-Bains) et Amédée Jardel (de Lauzès-du-Lot).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Nugon (d'Argentat), Papon (de Langon). L. Philippe (d'Arignac), Sarrazin (de Grolejac), Tomey (de Carcassonne).

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :
Officiers d'Académie. — M. le docteur Tautil (de Fabrezan). (Au titre étranger.) — M. le docteur Bonan (de Tunis).

A PROPOS DES DISPENSES D'EXAMEN. — La section de médecine de l'Association générale des étudiants nous signale l'erreur commise dans la mise en page du n° 6, de sa revue mensuelle, *La Section médicale,* dénaturant le sens de l'article inséré à la page 17 et intitulé : « A propos des dispenses d'examen. »

Il faut lire :

« Or, dernièrement, le bruit courait que d'autres mesures de faveur auraient été prises depuis cette époque à l'égard d'autres étudiants en médecine.

Les docteurs Chauveau, président du Groupe interparlementaire médical et Jayle, secrétaire général du S. M. S., interrogés par nous, nous ont fait des réponses négatives.

S'il en avait été autrement, nous nous empressons de dire que notre attitude à l'égard de M. le ministre de l'Instruction publique eût changé sur-le-champ. »

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (professeur : M. BRINDEAU). — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. les docteurs Metzger, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Le Lorier, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Lequeux, agrégé; Ecalle et Lemeland, accoucheurs des hôpitaux ; Bénit, Couinaud, Lantuéjoul, Vaudescal, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; Réglade, chef de clinique adjoint; Chomé et Laffont, assistés de MM. Bouscarle, de Manet, Herblan-Morin, Joanny, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants ayant 16 inscriptions et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 15 septembre 1923. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à 9 h. 1/2, 15 h. et 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 h. à 17 h.

Le droit à verser est de 100 fr.

GASTROTONOMÉTRIE ET COPROLOGIE CLINIQUES. — Le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, fera du 25 au 29 septembre, de 10 à 11 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations de gastrotonométrie clinique (méthode d'exploration totale des fonctions gastriques) avec applications thérapeutiques : massage pneumatique, insufflations gazeuses d'O et de CO^2, etc. ; il exposera la pratique de l'exploration du duodénum (usage de la sonde d'Einhorn), et fera un exposé résumé des méthodes de coprologie dans leurs applications à la clinique des affections des voies digestives (parasitologie et bactériologie pratiques, examen microscopique, réaction, hémorragies occultes, chimisme des graisses fécales, syndromes coprologiques; présentation de nombreuses préparations microscopiques, microphotographies, moulages de garde-robes de nourrissons).

Les médecins ou étudiants, désireux d'y prendre part, sont priés de s'inscrire dans le service, près de la surveillante ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — COURS DE PERFECTIONNEMENT DE MICROBIOLOGIE, sous la direction du professeur S. COSTA, avec la collaboration de MM. L. BOYER, chef des travaux de bactériologie et H. MORIN, chef de clinique des maladies exotiques.

Ces cours, accompagnés de travaux pratiques, auront lieu du 22 au 30 octobre au laboratoire de bactériologie de l'Ecole de médecine, au palais du Pharo, aux dates et dans l'ordre ci-après :

Lundi 22 octobre, 15 h. 1/2. Travaux pratiques : M. Boyer. Méthodes générales; — 17 h. 1/2. Cours : Professeur S. Costa. Infections du sang, septicémies.

Mardi 23 octobre, 14 h. Travaux pratiques : M. Boyer. Hémoculture et séro-diagnostics; — 16 h. Cours : Professeur S. Costa. Les méningites infectieuses.

Mercredi 24 octobre, 15 h. Cours et travaux pratiques : M. Boyer. Le liquide céphalo-rachidien ; — 17 h. 1/2. Cours : Professeur S. Costa. Bacille diphtérique et pseudo-diphtérique.

Jeudi 25 octobre, 14 h. Travaux pratiques : M. Boyer. Rhino-pharyngites et angines. Culture et isolement du bacille diphtérique ; — 17 h. Cours et travaux pratiques : M. Morin. Hématozoaires.

Vendredi 26 octobre, 15 h. Cours et travaux pratiques : M. Boyer. Matières fécales, urine et crachats ; — 17 h. 1/2, Cours : Professenr S. Costa. Les spirochétoses.

Samedi 27 octobre, 14 h. Cours et travaux pratiques : M. Boyer. Pus et épanchements; — 16 h. Cours et travaux pratiques : M. Morin. Amibiases.

Lundi 29 octobre, 14 h. 1/2. Cours et travaux pratiques : M. Boyer. Réaction de Bordet et Gengou avee applications à la syphilis, au kyste hydatique et à la tuberculose; — 16 h. 1/2. Cours : Professeur S. Costa. La tuberculose; — 15 h. Cours : Professeur S. Costa. Vaccins et sérums.

Mardi 30 octobre, 16 h. Travaux pratiques : M. Boyer. Vaccins et sérums. Technique et préparation.

Une rétribution de 100 fr. par candidat sera demandée.

S'inscrire au secrétariat de l'Ecole de médecine, du 15 au 20 octobre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Maternité; L. BABONNEIX, médecin de la Charité. *Tome XXVII* : **Diagnostic de laboratoire**; Tome II : *Tumeurs. Diagnostics histologiques*, par le docteur MASSON. 1 vol. in-8, 103 figures, 61 planches en couleurs. — Prix : 50 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Pathologie gastro-intestinale (4e édition), par les docteurs Jean-Charles ROUX, F. MOUTIER et P. CAILLE. Tome I. 1 vol. in-8 de 810 pages avec 58 figures dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin.

Manuel de psychiatrie, par ROGUES DE FURSAC. 6e édition. 1 vol. in-16, 930 pages, 4 planches hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, F. Alcan.

Précis de pharmacie chimique, par CROLAS et MOREAU. 5e édition. 1 vol. 776 pages. — Prix : 26 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les cercles vicieux en pathologie, par le docteur Jamieson B. HURRY. Traduit, sur la 3e édition anglaise revue et augmentée, par les docteurs C. FLANDIN et FRANÇON. In-8, 1923, 24 planches, dont une en couleurs. — Prix : 20 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Cancers du rein, de la glande surrénale et des voies urinaires supérieures, par P. LECÈNE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et G. WOLFROMM, ancien interne des hôpitaux. (Bibliothèque du cancer, publiée sous la direction des professeurs H. HARTMANN et L. BÉRARD.) 1 vol. in-8, 212 pages avec 32 figures. Prix : 15 fr. ; franco, 16 fr. 50. — Paris, G. Doin.

Luxation congénitale de la hanche, par LE DAMANY, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. 1 vol. 246 pages, 149 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, Flammarion.

La propriété scientifique, Le projet de la C. T. I. Création d'un droit d'auteur pour le savant et l'inventeur, par le docteur DALIMIER et GALLIÉ. Préface de M. BOREL. 1 broch. de 113 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, Rousseau, 14, rue Soufflot.

Les infections paratyphoïdes et gaertneriennes. Etude clinique et thérapeutique, par le docteur MALLIÉ. 1 vol. de 196 pages. — Paris, Maloine et fils.

La syphilis, par le docteur QUEYRAT. 1 broch., 75 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

L'Année médicale pratique, publiée sous la direction du docteur Camille LIAN. 1 vol., 480 pages. — Paris, A. Maloine et fils.

RENSEIGNEMENTS

VEUVE, PARFAITE ÉDUCATION, HAUTES RÉFÉRENCES, désire situation, vacances au pair et légère rétribution de voyage, pour accompagner personne délicate ou convalescente, tenue d'intérieur, lectures, correspondances, classement bibliothèques. Pourrait diriger clinique ou maison de régime.

S'adresser au journal.

IIIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS
DE LANGUE FRANÇAISE

[GENÈVE, *9-11 août 1923* (1).]

Après une allocution prononcée par le docteur MURET (de Lausanne) vice-président de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, en l'absence du docteur JACOBS (de Bruxelles) président de l'Association, le docteur M. BOURCART (de Genève) président du IIIe congrès a prononcé le discours d'ouverture.

Puis le docteur BRINDEAU (de Paris) secrétaire général de l'Associatien, rappelle que l'Association a permis de grouper des spécialistes qui, par le lien commun de la langue française ont l'impression de ne former qu'une famille scientifique et morale. Mais il y a de nombreux amis qui ne demandent qu'à en faire partie. Quelques-uns d'entre eux, les fidèles de toujours, ont bien voulu être les invités de l'Association. « Peut-être notre arbre généalogique pourra-t-il tendre plus loin ses branches. La langue française se parle heureusement en d'autres pays qu'en Belgique, en Suisse et en France! »

I

Des interventions chirurgicales dans les rétrodéviations de l'utérus en dehors de la grossesse.

A. Rapport de M. Henry HENNEBERG (de Genève).

INDICATIONS. — De purement orthopédique au début, le traitement des déviations utérines est devenu par la suite uniquement opératoire. Puis, devant le nombre croissant des mauvais résultats de l'intervention chirurgicale au point de vue guérison symptomatique, une vive réaction s'est produite et à l'heure actuelle, on renonce de plus en plus à l'acte opératoire. Néanmoins, l'intervention chirurgicale dans les rétro déviations utérines en dehors de la grossesse est indiquée :

1° Dans les rétrodéviations accompagnant une tumeur utérine, ovarique ou paraovarique, en tant que ces tumeurs ne réclament pas le sacrifice de l'utérus, et comme opération complémentaire.

2° Dans les rétrodéviations fixées douloureuses.

3° Dans les rétrodéviations fixées accompagnant des lésions annexielles uni ou bi-latérales ayant résisté au traitement médical. Si les lésions annexielles sont telles qu'elles exigent leur exérèse, il faut alors pratiquer une hystérectomie totale ou subtotale; si tel n'est pas le cas, la pexie utérine n'est plus qu'une opération complémentaire.

4° Dans les rétrodéviations mobiles douloureuses, l'intervention chirurgicale n'est indiquée que lorsque l'utérus étant replacé en position physiologique, les phénomènes douloureux ont disparu. Dans tous les autres cas, ces douleurs proviennent :

a. D'un état d'hystéro-neurasthénie, de chlorose ou d'anémie que l'intervention chirurgicale n'a aucune chance d'atténuer; il faudra alors se borner à traiter l'état général.

b. De ptoses viscérales multiples (gros et petit intestin, estomac, foie) que la seule pexie utérine ne guérira pas.

5° Dans quelques cas très rares de stérilité opiniâtre où aucune autre cause valable ne pourra être décelée.

6° Dans les rétrodéviations accompagnées d'avortements répétés où un examen approfondi aura éliminé la possibilité de syphilis.

7° Dans tous les cas où à côté de la rétrodéviation, on constate une tendance légère au prolapsus avec ou sans lésion du périnée. Si le périnée est lésé, la pexie devra alors être précédée d'une plastique vagino-périnéale très soignée.

8° La rétrodéviation non douloureuse ne nécessite aucune intervention.

B. Rapport de R. PROUST (de Paris).

TECHNIQUE. — De toutes les techniques chirurgicales employées dans le traitement des rétrodéviations utérines, le procédé de Doléris appliqué suivant la technique précisée par Gosset s'applique à la plupart des cas.

Dans les rétroversions par mobilité excessive s'accompagnant presque toujours d'une profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas, il convient de l'associer à l'oblitération de ce cul-de-sac suivant la technique de Marion.

Dans les rétroversions par bascule secondaire de l'utérus, le raccourcissement des ligaments ronds par le procédé Doléris-Gosset donne une des meilleures fixations possibles; il doit être complété au besoin par la réfection du plancher pelvien, à la rigueur par l'hystéropexie isthmique.

Dans les rétroversions adhérentes, si une résection annexielle a été nécessaire et qu'on n'ait pas à envisager de grossesse ultérieure, il doit céder le pas à l'hystéropexie directe (procédé de Terrier). Si au contraire, il y a lieu d'espérer une maternité, les indications de son emploi restent les mêmes que dans la catégorie précédente.

Discussion.

M. ROUFFART (de Bruxelles) présente un plaidoyer en faveur de l'opération d'Alquié-Alexander, à laquelle il est resté fidèle; il l'emploie dans tous les cas de rétrodéviations mobiles et y ajoute, en cas de besoin, des opérations plastiques sur le périnée. En cas de lésions annexielles, il commence par une laparatomie et termine par un Alexander.

— M. GROUSSE (de Bruxelles) dans les rétrodéviations mobiles indolentes n'intervient qu'en dernière analyse, lorsque la rétrodéviation est supposée être la cause de la stérilité, lorsqu'elle complique un prolapsus ou lorsqu'elle s'accompagne de troubles psychiques graves. Dans les rétrodéviations mobiles douloureuses il n'intervient qu'après échec de toute autre thérapeutique.

Dans les rétrodéviations adhérentes il essaie d'abord les traitements décongestionnants mais est forcé souvent d'intervenir par suite des lésions annexielles.

Comme procédé, il utilise surtout le Doléris, modifié par Pollosson, et la ligamentopexie rétro-utérine de Dartigues. Il n'utilise que rarement l'Alexander.

— M. HENROTAY (d'Anvers) accepte d'une façon générale les conclusions de M. Rouffart. Il ne voit pas la nécessité de l'oblitération du cul-de-sac postérieur. Il intervient en cas de troubles menstruels (ménorragies), ou lorsqu'il y a des douleurs vives en particulier en position assise. Il accepte l'Alexander pour les rétrodéviations mobiles.

— M. BOUCART (de Genève) pense que les soi-disant neurasthénies compliquant les rétroversions, ne sont pas causées par elles, mais dépendent d'un déséquilibre abdominal général, provenant des déformations de la cage thoracique par suite d'insuffisance respiratoire et de respiration à type abdominal. En cas d'opération il défend la ligamentopexie et critique vivement la ventrofixation cause d'adhérences nombreuses et douloureuses.

— M. BEGOUIN (de Bordeaux) considérait autrefois que la plupart des rétrodéviations étaient secondaires à des annexites et que si elles n'étaient pas liées à des métroannexites, elles étaient sans importance; en conséquence, il pratiquait la castration utéro-annexielle pour les rétrodéviations douloureuses. Mais petit à petit il s'est aperçu qu'on ne trouve fréquemment qu'un corps utérin mou et flasque, des ovaires sclérokystiques avec trompes normales. Depuis quelques années, lorsque les lésions ne sont pas trop accusées, il fait une résection uniforme des ovaires et corrige les rétrodéviations, par une ligamentopexie de Doléris. Il a eu assez rarement besoin de réopérer ses malades.

— M. D'ERNSY (de Genève) expose et défend la technique de Beuttner utilisée à la maternité de Genève depuis 1907.

Cette méthode consiste dans la ventrofixation ou hystéropexie directe au-dessous du corps utérin avec un matériel non

---

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* —

résorbable, en plaçant les points aussi superficiellement que possible.

Statistique. — 502 cas d'octobre 1907 à juillet 1923, dont :

256 ventrofixations pour rétroflexions mobiles,
98 — — fixées,
148 — stabilisatrices.

Sur 256 rétroflexions mobiles on n'a trouvé que dans 43 cas (16,4 p. 100) les annexes saines.

Résultats éloignés. — Sur 243 malades opérées de 1915 à 1922, 50 seulement ont pu être revues : on note une récidive, (mais M. d'Ernst a eu connaissance de 2 autres récidives), 6 accouchements à terme (3 normaux, 1 forceps, 1 délivrance artificielle, 1 atonie), 1 accouchement prématuré, 2 grossesses extra-utérines.

— M. Koenig (de Genève) s'associe aux conclusions de M. Henneberg et proteste contre l'abus des opérations pratiquées chez des neurasthéniques et qui étaient pour le moins inutiles. Il n'opère que lorsque les phénomènes douloureux ont disparu après le port d'un pessaire utilisé seulement comme diagnostic, et emploie le Doléris-Gosset ou l'Alexander avec ouverture du canal inguinal pour vérifier l'état des annexes et la position de l'utérus.

— M. Muret (de Lausanne) pense que cette question ne doit pas être traitée d'une façon académique et doctrinale, mais qu'il faut tenir compte de chaque cas et opérer toutes les fois que par les moyens ordinaires on n'obtient pas une position physiologique possible. Il s'inscrit en faux contre les conclusions de M. Proust au sujet de l'hystéropexie qui, bannie de France, a trouvé un refuge et un regain de vitalité dans la Suisse romande. Il a pratiqué 350 hystéropexies pour déviations mobiles ou fixées avec 85 grossesses consécutives.

Chez les femmes âgées, il pratique la fixation haute, chez les femmes en activité sexuelle, la ventrofixation basse, au-dessous des ligaments ronds et immédiatement au-dessus de la symphyse.

Sur les 85 grossesses consécutives dont 6 en cours : 59 accouchements à terme, 5 prématurés, 15 avortements (dont 6 provoqués). Les grossesses ont évolué normalement. Sur 64 accouchements, 53 spontanés et 11 forceps avec des indications relatives. M. Muret n'a constaté que 3 récidives chez ses accouchées

— M. Audebert (de Genève) est d'avis que toute malade atteinte de rétrodéviation mobile et qui en souffre réellement est justiciable de l'opération. La stérilité et l'avortement habituel peuvent être une indication. Dans les rétroflexions fixées, l'indication opératoire est encore plus justifiée et tous les traitements médicaux sont nécessairement aveugles. Il opère à ciel ouvert par amarrage des ligaments ronds à l'aponévrose et si elle n'est pas possible par ventrofixation.

Sur 180 opérations depuis 1908, il a fait 98 fois la ventrofixation et 82 fois la ligamentopexie par amarrage; depuis 1913 il a une tendance à pratiquer de plus en plus la ligamentopexie.

— M. Siredey (de Paris). Les divers procédés opératoires dépendent avant tout de la qualité du chirurgien qui les emploie; les bons chirurgiens ont de bons résultats; il n'est donc pas étonnant que certains procédés fortement critiqués par d'autres aient donné de bons résultats entre les mains de Beuttner et de Muret. En ce qui concerne la pathogénie et l'étiologie des rétrodéviations, M. Siredey estime qu'on ne prend pas suffisamment en considération le facteur étiologique pour poser les indications opératoires. Il y a des rétrodéviations primitives et secondaires.

Les rétrodéviations secondaires sont d'origine obstétricale ou consécutives à des tumeurs. Tout au début, on trouve un utérus rectiligne, mal involué, puis rétrodévié avec rétention des mucosités, avec mauvaise circulation d'où découlent les troubles menstruels; il y a intérêt à corriger précocement ces rétrodéviations en utilisant un traitement médical et à l'aide de la kinésithérapie, non pas seulement par du massage gynécologique, mais par une gymnastique préventive qui développe les parois abdominales.

La rétrodéviation primitive congénitale dépend d'une malformation générale de l'appareil génital et de tout l'organisme. Elle existe chez la fillette et se développe à l'occasion de la puberté. On constate une insuffisance de développement général, un vagin trop court qui les fait souffrir à l'occasion des rapports sexuels, des ovaires douloureux, enfin un thorax grêle. Il convient de traiter ces malades préventivement par l'hygiène et la gymnastique.

— M. Cotte (de Lyon), comme M. Proust, donne sa préférence au procédé Doléris-Gosset; il a fait depuis trois ans 150 interventions avec résultats anatomiques excellents. Il s'attache à préciser les indications opératoires des rétroversions mobiles : l'intervention n'est pas inutile quand on constate comme il est de règle à l'opération l'aspect congestif et la gêne circulatoire de l'utérus; en outre, on favorise la grossesse et on prévient les complications infectieuses. Elle n'est pas inefficace si on a soin de bien examiner les malades et de n'opérer que celles qui sont réellement atteintes de rétrodéviation; même chez des névropathes l'intervention chirurgicale bien comprise donne les effets les plus salutaires.

— M. Brouha (de Liége) proteste contre l'hystéropexie directe qui peut être dangereuse et ne donne pas de meilleurs résultats que la ligamentopexie que chacun s'accorde à juger inoffensive.

— M. Rossier (de Lausanne), des 217 méthodes de fixation utérine publiées par Van de Velde, il n'en surnage guère plus de trois : l'Alexander-Adams ou le Doléris quand l'utérus est mobile, la fixation basse sur le corps et basse à la paroi et l'opération de Pesta-Lozza (suture d'un lambeau du repli vésico-utérin à la paroi postérieure de l'utérus). Il a opéré trois malades avec ce dernier procédé sans récidive et avec des grossesses et accouchements normaux.

— M. Schickelé (de Strasbourg) proteste contre l'opération précoce pratiquée en l'absence de tout symptôme, dans les cas de rétrodéviations mobiles; il rappelle qu'il y a des déviations congénitales qui ne sont pas opérables; il défend l'Alexander et a utilisé ce procédé dans environ 700 cas. Il faut évidemment différencier les rétroflexions simples de celles qui sont accompagnées de prolapsus.

— M. Delle Chiaje (de Naples) emploie ordinairement le Doléris; il a revu 32 de ses opérées sur 50 qui se montrent satisfaites de l'opération; 1 récidive. Dans 6 cas, il a pu porter remède à la stérilité, avec 4 grossesses à terme et accouchement spontané et 2 avortements.

Dans l'après-midi, les congressistes ont visité l'hôpital cantonal de Genève et en particulier le service du professeur Beuttner.

— M. Ludwig (de Berne) a fait une **démonstration cinématographique des contractions de l'utérus de la lapine** vue à travers une fenêtre abdominale. Il provoque l'accouchement de la lapine avec des injections intra-utérines de placenta et de pituitrine.

L'utérus est immobile pendant la grossesse avec quelques contractions isolées ; au moment de l'accouchement, on note des contractions péristaltiques de haut en bas; des contractions, toniques en anneau, plus accusées au moment de l'expulsion. Au moment de l'expulsion, les contractions péristaltiques cessent et il se produit des contractions en masse de l'organe. Vers le bas de l'utérus, les fibres longitudinales semblent se déplacer de bas en haut et remontent en arrière du fœtus formant un anneau de contraction qui, avec l'aide de la presse abdominale descend pour expulser le fœtus.

Après l'expulsion, la matrice devient flasque, et trente secondes après des contractions se montrent à la partie supérieure pour l'expulsion du second fœtus.

II

Conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte.

A. Rapport de M. Voron (de Lyon).

I. Influence de la gestation. — En face de certains optimistes relatifs (Pinard) s'élève la grande majorité des auteurs qui estiment que la gestation aggrave la tuberculose. Les observations d'amélioration proviennent très souvent d'une erreur de diagnostic (Rist) ou concernent des tubercu-

loses fibreuses, figées. La tuberculose s'aggrave dans 54 p. 100 des cas (Bar) et cela d'autant plus qu'elle était déjà plus avancée au début de la grossesse. Cette aggravation constatée à toutes les périodes de la puerpéralité l'est cependant et d'une façon plus intense dans les jours ou les semaines qui suivent l'accouchement.

II. LES DIVERSES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES EN COURS DE GESTATION. — 1° *Traitement conservateur.* — Soigner la tuberculose et surveiller la grossesse (Pinard), l'enfant ayant droit à la vie et la mère ne tirant pas grand avantage de l'avortement; elle guérit en effet sans lui dans les cas bénins et dans les cas graves, meurt malgré lui, peut-être même l'avortement donnerait-il un coup de fouet à la tuberculose; à noter enfin que le pneumothorax artificiel améliorerait encore le pronostic.

2° *Interruption systématique ou au moins habituelle de la grossesse,* car il est impossible de faire le pronostic de la lésion tuberculeuse dans chaque cas particulier, et l'avenir de l'enfant est trop incertain. Interruption dans les trois premiers mois, si la malade présente une forme susceptible de s'améliorer ou de guérir; l'avortement est alors généralement suivi de stérilisation temporaire ou définitive. Les interventionnistes fournissent des statistiques comportant trop de cas légers ou mal diagnostiqués.

3° *Intervention rare ou exceptionnelle.* — Lorsque existeront toutes probabilités pour la mère de bénéficier au maximum du sacrifice consenti. Ces cas concernent des tuberculoses évolutives, curables, chez des femmes enceintes de moins de trois mois.

Malheureusement la question de pronostic est très difficile à résoudre; un des meilleurs moyens, mais qui n'a pas une valeur absolue, est la cuti-réaction (Bar); lorsqu'elle serait négative ou faible même avec des lésions peu graves en soi, Bar conseille d'intervenir. On peut relever 50 observations d'avortements pratiqués dans cet esprit. On n'a jamais noté d'accident immédiat, on n'a jamais assisté dans les semaines suivantes à des poussées aiguës. La proportion des améliorations persistantes est supérieure à 50 p. 100, les cas qui ont continué à évoluer sont ceux où la grossesse était trop avancée.

III. RÈGLES DU TRAITEMENT. — 1° Malades enceintes de plus de trois mois; pas d'interruption de la grossesse; soigner la tuberculose par les moyens ordinaires et s'aider du pneumothorax.

2° Malades enceintes de moins de trois mois, traiter médicalement les cas où la tuberculose est peu ou pas influencée par la gravidité, et les cas très graves à marche rapide. Intervenir dans les cas de tuberculose évolutive, avec diagnostic établi irréfutablement par un médecin compétent, mais dans les formes curables, surtout chez les femmes d'une condition sociale ne permettant pas un traitement hygiéno-diététique suffisant et dans les formes bilatérales ne pouvant bénéficier du pneumothorax artificiel.

B. Rapport de MM. WEYMERSCH et OLBRECHTS (de Bruxelles).

I. INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE SUR LA FONCTION DE REPRODUCTION. — La tuberculose pulmonaire n'entrave pas sensiblement l'évolution normale de la puerpéralité.

II. VALEUR DE L'ENFANT DE LA TUBERCULEUSE. — Bien que l'infection tuberculeuse par voie transplacentaire ait été constatée, elle constitue une rareté; aussi, à la condition d'être l'objet de mesures de préservation, l'enfant de la tuberculeuse offre des chances habituelles de vie saine et normale.

III. INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — *a.* Gravidité chez les femmes à lésions tuberculeuses bénignes, fibreuses, cicatrisées ou pleurales. Bénignité relative de la grossesse dans ces formes (5 p. 100 d'aggravations sévères et 5 p. 100 de décès).

b. Gravidité au cours de la tuberculose fibro-caséeuse évolutive. La grossesse constitue alors une complication dangereuse (30 p. 100 d'aggravations sévères, 37,5 p. 100 de décès).

c. Tuberculose devenant cliniquement évidente au cours de la gravidité ou après l'accouchement. Extrême gravité de la tuberculose déclanchée dans ces conditions. Les femmes déjà tuberculeuses voient leur état s'aggraver dès la gestation; les femmes indemnes avant la conception feraient fréquemment une extension brusque après l'accouchement. Danger des gestations multiples et rapprochées. Causes d'aggravation : état social, difficultés pathologiques marquant parfois le début de la grossesse, décalcification gravidique, fléchissement dans la défense de l'organisme, anergie démontrée par la disparition momentanée ou définitive de la réaction cutanée à la tuberculose. Chez de telles femmes la maladie évolue rapidement vers l'aggravation et la mort. Cette défaillance de l'organisme tendrait à une suractivité thyroïdienne, à une déficience du foie.

IV. VALEUR DES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES. — Il faut établir d'abord qu'il n'existe pas de critère qui permette dans l'association grossesse et tuberculose d'étayer un pronostic avec certitude.

Interruption de la gestation. — Si la grossesse n'a pas dépassé le troisième mois et si la tuberculose offre une forme curable, tenant compte des cas de tuberculose évolutive indiscutable améliorée par l'interruption de la grossesse, cas peu nombreux, mais qui n'en sont pas moins impressionnants, il semble que cette interruption ne doive pas être rejetée d'une façon systématique. Toutefois, vu l'imprécision du pronostic de la tuberculose chez la femme gravide, le rapporteur pense que l'interruption ne pourra constituer qu'un moyen de thérapeutique exceptionnel, applicable seulement à quelques cas d'espèces examinés de concert avec des phtisiologues et basé sur des documents indiscutables.

L'interruption de la grossesse se pratique par avortement ou hystérectomie vaginale, et certains auteurs y ajoutent la stérilisation temporaire ou définitive.

Traitement médical. — Surveillance étroite des tuberculeuses à lésions fibreuses ou cicatrisées, soit à la consultation de pathologie de la grossesse, soit au dispensaire antituberculeux. Pour les tuberculoses en évolution, admission des femmes dans un sanatorium où elles puissent faire leurs couches dans une infirmerie-maternité pour que leur cure ne subisse pas d'interruption.

Le pneumothorax artificiel. — Il n'est pas incompatible avec la grossesse ni avec l'accouchement, ni même avec des interventions obstétricales sérieuses, mais c'est une intervention bien plus périlleuse que chez la femme non gravide; quand la grossesse survient chez des tuberculeuses en cours de traitement par le pneumothorax on est fréquemment amené à pratiquer l'avortement et quand la femme accouche à terme on constate dans 40 p. 100 des cas une aggravation par bilatéralisation des lésions. Lorsque le pneumothorax est créé pendant la grossesse, il n'a souvent qu'un minimum de chances de succès et il doit parfois être complété par l'avortement.

V. L'ALLAITEMENT. — Dans les tuberculoses cicatrisées, l'allaitement est dangereux pour la mère; dans les tuberculoses ouvertes il est éminemment nocif pour l'enfant.

Discussion.

M. THELIN (de Lausanne) apporte au débat la statistique du service du professeur Rossier de 1912 à 1922.

La discussion de l'opportunité de l'interruption de la gestation a porté sur 90 cas. Elle a été pratiquée 41 fois.

1° Interruption simple par les voies génitales, 9 cas. Résultats éloignés : 2 malades n'ont pas été retrouvées, 4 sont mortes en moins d'un an (sans que l'on ait l'impression que l'intervention ait hâté leur fin); 3 survivent et sont redevenues enceintes (1 a eu un pneumothorax artificiel et a mené sa grossesse à terme, 1 a été jugée assez atteinte pour nécessiter un nouvel avortement; 1 a eu 4 grossesses avec 2 avortements spontanés et 2 avortements provoqués).

2° Interruption par les voies génitales puis ultérieurement stérilisation tubaire, 6 cas : 1 morte trois mois après de tuberculose, 5 survivantes.

3° M. Thélin décrit le procédé d'interruption de la grossesse qu'il utilise le plus fréquemment dans la tuberculose : l'utérotomie. Il a pratiqué 28 fois cette opération, 27 fois

pour tuberculose, 1 fois pour troubles mentaux. Dans 6 cas l'opération a été pratiquée sous rachi sans hémorragie; dans les autres cas sous chloroforme; injection préventive de gynergine; incision de 1 centimètre à 1 centimètre et demi sur la face antérieure de l'utérus, énucléation de l'œuf avec le doigt, suivie d'une ablation à la curette de la caduque. Ce procédé d'avortement est le moins choquant, 20 opérées se sont levées entre le onzième et seizième jour; une fois mort le quatrième jour de granulie, 20 fois suites sans fièvre, 5 fois fièvre de un à deux jours et 2 fois fièvre d'assez longue durée.

— M. Gurdjikoff (de Genève) n'a jamais contesté d'amélioration des lésions pulmonaires chez les femmes enceintes. Il se déclare partisan de l'interruption dans les dix premières semaines dans les formes curables.

— M. Bar (de Paris). Le point de vue légal de l'avortement est hors de débat: quant à la légimité de l'intervention, c'est une affaire de conscience, la seule question qui nous intéresse est le côté purement médical.

Or dans les statistiques, il s'agit de bien préciser la date de l'avortement, car après quatre mois on a de mauvais résultats, avant trois mois on peut en avoir de bons, mais pour cela il faut savoir si la femme a des chances de guérir, on utilisera dans ce but toutes les investigations cliniques et en outre l'épreuve à la tuberculine. En effet M. Bar estime que les femmes cliniquement peu atteintes et qui ont contrairement à la règle une cutiréaction négative sont fatalement condamnées.

On a objecté à M. Bar que cette cutiréaction négative témoignait seulement d'une anergie passagère et qu'ultérieurement on pouvait peut-être voir raparaître l'état d'allergie. Le fait est possible mais il n'en reste pas moins vrai que cet état d'anergie marque qu'elles ont plus de chances que d'autres de mourir. En tout cas, il a vu souvent la cutiréaction devenir positive après un avortement ainsi pratiqué.

D'un autre côté, M. Bar préfère à l'avortement simple l'ablation de l'utérus et des ovaires; cette castration opératoire s'inspire de la suspension des règles dans la tuberculose qui constitue une défense de l'organisme.

Au point de vue de la pathologie générale, M. Bar s'explique mal l'aggravation habituelle qui suit l'accouchement. On ne peut évidemment invoquer le choc du travail. Peut-être est-ce simplement parce qu'après la décompression qui suit l'accouchement il y aurait brassage mécanique des lésions pulmonaires et extension aux lobes inférieurs du poumon.

— M. Brindeau (de Paris) partage entièrement sur ce sujet les opinions de M. Bar; il estime qu'on ne peut condamner l'avortement thérapeutique dans la tuberculose du fait qu'il servirait de prétexte à des avortements criminels; outre qu'on ne lui a pas fait ce reproche dans les cas de vomissements incoercibles ou d'accidents cardiaques, ce n'est pas là un argument scientifique.

En passant, il critique l'absolutisme de l'œuvre Grancher qui ne prend que de beaux enfants; or fréquemment les tuberculeux ont des enfants d'un poids un peu déficient.

L'indication de l'avortement en dehors des cas habituellement graves se précise chez les femmes qui font des complications de la grossesse, chez les femmes qui, bien suivies, font subitement une aggravation ou sont subitement contaminées, et chez les femmes qui ont des grossesses répétées suivies d'allaitement.

Comme manuel opératoire, il préconise au début, l'avortement plus facile à faire accepter, puis vers trois à quatre mois, l'hystérectomie, aussi simple que l'hystérotomie, et qu'on peut faire à l'anesthésie locale.

En tout cas dans les tuberculoses, l'avortement constitue une indication rare mais qui n'en existe pas moins et peut rendre de précieux services.

— M. Siredey (de Paris) approuve les conclusions des rapporteurs et estime qu'il n'y aura pas d'abus à craindre si on suit exactement les conditions qu'ils ont posées.

En tout cas il estime que dans cette question, il y a une grande part qui revient à la prévention. Il faut empêcher le mariage, il faut empêcher la grossesse; il faut faire l'éducation du public et aussi l'éducation du médecin. C'est le devoir du médecin de s'y employer car c'est toujours des réveils de tuberculose qui sont constatés au début de la grossesse, et que l'on pourrait ainsi éviter.

— M. Chatillon (de Genève), de 1907 à 1923, dans la Clinique gynécologique et obstétricale de Genève, on a hospitalisé 126 tuberculeuses enceintes.

1° *Tuberculoses bénignes, antérieures à la grossesse :* 73 cas; demeurés stationnaires, 59; aggravations légères, 8; aggravations sévères, 4; décès, 2.

2° *Tuberculoses fibro-caséeuses évolutives :* 32 cas; demeurées stationnaires, 6; aggravations légères, 12; aggravations sérieuses, 14; décès, 6.

3° *Tuberculoses débutant cliniquement avec la grossesse :* 12 cas; début coïncidant avec la grossesse : 4 cas, 3 décès; début en cours de grossesse : 5 cas, 2 décès; début dans les suites de couches : 3 cas, 3 décès. De cette statistique il résulte que les formes fibreuses sont peu influencées par la grossesse; que la gravidité est une complication dangereuse de la tuberculose fibro-caséeuse évolutive; que les tuberculoses qui débutent, au début ou au cours de la grossesse et pendant les suites de couches, sont extrêmement graves. Sur 11 cas d'interruption de la grossesse, il y eut amélioration dans 7 cas, aggravation dans 2 et évolution habituelle de la bacillose dans 2.

— M. Krufft (de Lausanne) rapporte deux observations d'après lesquelles il est très difficile d'obtenir des femmes qu'elles évitent toute nouvelle grossesse.

—M. Schickelé (de Strasbourg) a eu plus de 100 fois l'occasion de pratiquer l'avortement en cas de tuberculose pulmonaire; il estime qu'il ne faut pas que la grossesse ait dépassé le quatrième mois, il faut se borner aux cas de début ou lorsqu'on a l'impression d'une aggravation; bien souvent on est consulté trop tard pour intervenir.

Lorsque l'on ne rend pas service à la femme, mieux vaut s'abstenir. A deux mois, il faut le curettage; à quatre mois, l'hytérectomie vaginale. S'il s'agit de stériliser mieux vaut opérer par voie haute et laisser les ovaires, car la suppression de menstruation peut avoir une influence psychique néfaste.

— M. Voron (de Lyon) demande pourquoi certains auteurs estiment nécessaire de pratiquer une stérilisation systématique.

— M. Rossier (de Lausanne). La stérilisation systématique se justifie par ce fait qu'on ne peut pas affirmer la date de la guérison et que pendant ce temps la femme peut redevenir enceinte et aggraver ainsi son état par de nouvelles grossesss.

L'après-midi, visite de l'important service du professeur Rossier et de celui du professeur Roux.

La maternité de Lausanne élevée d'après les indications du professeur Rossier est un modèle de confort, d'hygiène, et ce qui ne gâte rien, d'élégance. Nous n'avons rien en France, qui, même de très loin, puisse lui être comparé.

III

Des procédés d'anesthésie en gynécologie et en obstétrique.

A. *Des procédés de l'anesthésie au cours de l'accouchement.*

Rapport de M. O. Rapin (de Lausanne).

Il est légitime de chercher à diminuer ou à supprimer la douleur de l'enfantement, à condition que les procédés employés ne nuisent ni à la mère, ni à l'enfant.

Appliqués avec modération et discernement, les anesthésiques dans l'accouchement sont capables d'enlever à la mère la terreur, l'appréhension et le choc nerveux que certaines femmes redoutent ou conservent pour un accouchement futur; ils sont pour cela un des agents de lutte contre l'une d'entre les nombreuses causes de la dépopulation. Ils rendent simple un accouchement pénible et protègent dans certains cas la vie de l'enfant.

L'auteur passe en revue les différentes méthodes utilisées; parmi elles la rachi-analgésie n'étant pas d'une durée supérieure à une ou deux heures, la répétition des injections intra-rachidiennes présente des dangers qui ont fait abandonner cette méthode dans les accouchements naturels; il en est de même pour l'anesthésie sacrée; l'anesthésie régionale

sur le trajet du nerf honteux interne peut être active pendant l'expulsion, mais est inopérante pendant la dilatation.

Le sommeil crépusculaire par la scopolamine-morphine réalisé par Krönig amène la réduction de la douleur, mais le médicament est dangereux car il s'altère rapidement, en outre, quelques enfants naissent apnéiques et cette médication demande une surveillance très grande; cette surveillance est absolument nécessaire, vu la gravité de l'intoxication si elle se produisait et la possibilité du retard dans la marche de l'accouchement et des suites que ce retard peut entraîner.

Le rapporteur préconise dans cet ordre d'idées d'utiliser le chloral pendant la période de dilatation et au moment de l'expulsion des inhalations de chloréthyle à la reine.

Les méthodes suggestives sont au moins sans danger au point de vue obstétrical.

Le protoxyde d'azote est d'un prix élevé et exige un anesthésiste expérimenté car c'est un tour de force de piloter son malade à travers un chenal extrêmement étroit et bordé d'un côté par l'asphyxie et de l'autre par le réveil.

En tout cas, il n'existe pas actuellement une méthode unique et idéale qui s'impose, seule applicable dans tous les cas.

On peut utiliser les méthodes qui apaisent l'état général, diminuant la sensibilité générale et l'excitabilité cérébrale par des médicaments appropriés mais éloignés des doses toxiques. La douleur de l'enfantement étant discontinue, il est préférable d'employer contre elle, un procédé discontinu, plutôt un anesthésique volatil, non toxique, à action et à élimination rapides.

Suivant les cas, le médecin emploiera l'un ou l'autre des procédés connus, en tenant compte des avantages et des inconvénients de chacun d'eux. Il prendra en considération ses habitudes, ses préférences personnelles, en utilisant les procédés les plus simples, se rappelant qu'avec les anesthésiques, il vaut mieux pêcher par modestie que par excès d'audace.

B. *Des modes d'anesthésie en gynécologie.*

Rapport de M. Schickelé (de Strasbourg).

L'anesthésie générale conservera vraisemblablement dans l'avenir la place qui lui revient aujourd'hui. Elle sera faite de préférence à l'éther, et en cas de contre-indication au chloroforme. Le kélène est indiqué pour les interventions de courte durée. Le protoxyde d'azote ne donne pas une résolution musculaire suffisante et on n'obtient pas un silence abdominal complet.

L'anesthésie locale par infiltration large du champ opératoire exige une technique sûre et une assez grande habitude, mais elle est exempte de dangers et permet de pratiquer un très grand nombre d'opérations gynécologiques, soit seule, soit combinée à l'anesthésie générale au kélène. Elle permet en particulier de pratiquer toutes les opérations plastiques sur le périnée. Elle mérite une place plus étendue que celle qu'elle occupe actuellement.

La rachi-anesthésie a gagné beaucoup de terrain. Elle permet d'obtenir un silence abdominal complet et la convalescence est toujours plus rapide. En tout cas, elle ne semble pas applicable à tous les sujets et elle a des inconvénients sérieux (maux de tête tenaces, réaction méningée, accidents oculaires), et les cas de mort sont presque aussi fréquents que pour les autres modes d'anesthésie. Enfin il faut tenir compte des insuccès de la méthode au point de vue anesthésique.

Des anesthésies paravertébrales, présacrées, épidurales, et transsacrées ne se prêtent pas à elles seules aux grandes opérations gynécologiques; d'un côté, la technique est trop compliquée et longue, d'un autre côté, elles sont souvent insuffisantes.

Dans toute anesthésie tant générale que locale, on fera bien de préparer la malade par une injection de 2 centimètres cubes de pantopon, avant l'opération.

Discussion.

M. Rossier (de Lausanne) rappelle qu'il a essayé avec succès l'analgésie obstétricale avec l'hémypnone qui lui a donné 80 p. 100 de résultats satisfaisants, sans aucun inconvénient ni pour la mère, ni pour l'enfant. Le produit n'est pas toxique à la condition de ne pas vouloir obtenir l'anesthésie absolue, mais une simple analgésie qui est du reste suffisante. Il s'élève contre l'emploi du terme « accouchement sans douleur » car pour arriver à ce degré tel que l'avait réalisé Krönig, il était nécessaire d'exercer une surveillance attentive, et encore il y avait de sérieux dangers.

— M. Balard (de Bordeaux) rapporte en son nom et au nom de M. Andérodias deux observations de césariennes pratiquées à l'anesthésie locale. Ce mode d'anesthésie sera particulièrement indiqué chez les femmes hypertendues et albuminuriques chez qui l'hypertension contre-indique l'éther et chez lesquelles les lésions fréquentes du foie et des reins font également redouter le chloroforme.

— M. Koenig (de Genève) approuve le rapport de M. Schickelé et croit que la rachi-anesthésie bien que séduisante présente de nombreux inconvénients. Avant l'anesthésie générale, il a l'habitude de donner la veille au soir 0g50 de véronal et une heure et demi avant 2 centigrammes de pontopon et 2/10 de milligramme de scopolamine.

En obstétrique tous les procédés qui abolissent entièrement la douleur sont dangereux. Comme Rossier, il utilise l'hémypnone et n'en a jamais eu d'ennuis.

— M. Brindeau (de Paris) utilise de préférence l'éther en gynécologie précédé de 1 centigramme de morphine et 2/10 de milligramme de scopolamine; il emploie rarement l'anesthésie lombaire.

Il a utilisé le protoxyde d'azote, mais la malade dort mal ou bien est aux limites de la vie; il l'a abandonné. Il utilise fréquemment pour les opérations basses une anesthésie par infiltration périnéale et rétrorectale.

Au point de vue obstétrical pour apprécier les résultats d'une médication il faudrait la pratiquer à l'insu de la malade, car une simple piqûre peut avoir un effet psychique. En ce qui concerne les morts d'enfants, la statistique est impossible; en dehors de l'anesthésie, il y a toujours des enfants qui meurent sans qu'on puisse en savoir les raisons. Lorsqu'il y a des douleurs exagérées, il fait à partir d'une dilatation de 1 f. une injection de 3/4 de centimètre cube de morphine qu'il renouvelle jusqu'à trois fois; à la dilatation complète, il donne toujours du chloroforme à la reine. Pour les interventions pour les sièges décomplétés il utilise l'anesthésie lombaire qui paralyse et supprime littéralement le périnée.

— M. Hamm (de Strasbourg) a essayé le sommeil crépusculaire de Kroenig et a abandonné cette méthode à cause de son danger d'oligopnée pour la mère et d'apnée pour l'enfant; il lui a paru inadmissible de mettre en jeu la vie fœtale pour soulager la mère. Il utilise l'hémypnone en suppositoire, commence à le donner à la dilation de 2 f. et donne 5 à 6 suppositoires en vingt-quatre heures. Il se déclare très satisfait de cette médication qui ne ralentit pas le travail et qui par contre l'accélère d'une façon surprenante dans les cas d'hypertonie utérine. Les contractions ne sont pas indolores mais elles sont supportables.

— M. Van Rooy (d'Amsterdam) a employé l'hémypnone dans 100 accouchements sans le moindre inconvénient.

—M. Gagey (de Paris) utilise l'anesthésie rachidienne par les applications de radium, mais a constaté souvent des maux de tête et un cas de diplopie qui a duré trois mois. Or il a observé que ces accidents se montrent chez des malades ayant eu la syphilis; il y aurait donc lieu de faire systématiquement une séro-réaction du liquide céphalo-rachidien avant toute rachi-anesthésie. Mais comme il y a toujours de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, un simple examen extemporané au moment de la ponction lombaire permet d'utiliser ou de rejeter la voie rachidienne pour l'anesthésie.

— M. J.-L. Faure (de Paris). En gynécologie les indications et les contre-indications de l'anesthésie sont celles de la chirurgie générale. Il s'étonne de la place que M. Schickelé a donnée à l'anesthésie locale qui ne peut du reste prétendre à remplacer une antique méthode à cause de ses accidents immédiats; mais associée à d'autres produits, elle donne de bons résultats. Aussi utilise-t-il, depuis 17 ans, le mélange de Schleicht et peut-être le rapporteur eut-il bien fait d'étudier la question des mélanges. Quant aux accidents consécutifs au chloroforme on met sur le compte de cet anesthésique bon

nombre de septicémies qui produisent, on le sait, le même effet sur le foie. A son avis le protoxyde d'azote est détestable; il connaît à sa charge deux morts à Paris.

En anesthésie locale, la rachi est très remarquable, mais ne vaut pas mieux que les mélanges chloroformiques; elle produit aussi des accidents immédiats et tardifs; l'anesthésie par infiltration est insuffisante pour les opérations graves (hystérectomie, même vaginale).

— M. Krafft (de Lausanne) a utilisé récemment le Nikital, produit qui s'emploie en tamponnement sur le col et en badigeonnage sur le périnée. Il emploie deux ampoules séparées que l'on mélange extemporanément pour éviter la décomposition du mélange.

Ampoule A :

Surrocaïne.... 0g,60
Scuradrénaline x gouttes d'une solution à 1 p. 1000
Eau distillée.. 10 cent. cube.

Ampoule B :

Bicarbonate de soude............ 0g15
NaCl........................ 1g10
Eau distillée..................... 20 cent. cube.

On n'a jamais d'accident comme avec la rachi et on obtient une anesthésie qui s'étend à tous les organes pelviens.

Au point de vue obstétrical, cette méthode donne de mauvais résultats comme analgésique car les contractions sont entièrement diminuées et au moment de l'expulsion la femme n'éprouve plus le besoin de pousser; mais comme anesthésique dans les interventions elle donne d'excellents effets et permet au périnée de se laisser très aisément dilater.

— M. Maret (de Lausanne) comme M. Brindeau utilise surtout la morphine et le chloroforme à la reine; cette méthode est utile pour les médecins praticiens.

Il approuve J.-L. Faure et estime que les dangers de l'anesthésie générale viennent surtout de l'anesthésiste et qu'il y a lieu d'avoir de anesthésistes spécialisés.

— M. Bourcart (de Genève) tient à signaler que les malades qui font des accidents lors de l'anesthésie, sont celles qui ont le foie immobilisé et dont l'excursion thoracique est nulle. Celles qui ont une excursion thoracique de 8 cm ont une narcose parfaite, celles chez lesquelles elle n'est que de 3 cm ont un foie bloqué et font des accidents.

— M. Rapin (de Lausanne) déclare qu'il estime n'avoir pas fait œuvre vaine, si son rapport établit au moins le principe de l'analgésie obstétricale. Quant aux méthodes, certaines sont dangereuses, celle de Kröning en particulier. Pour l'hémypnone. il ne l'a pas citée car elle n'est pas meilleure que d'autres, n'ayant que 60 à 80 p. 100 de résultats positifs. Il est enfin utile de changer d'anesthésique vers la fin de l'accouchement car le médicament qui calme au début est inefficace vers la fin : au moment de l'expulsion, il faut un anesthésique volatil, chloroforme ou chlorure d'éthyle.

— M. Schickelé (de Strasbourg) a voulu faire un rapport impartial et a parlé des diverses méthodes utilisées, mais ses préférences vont vers l'anesthésie générale.

Il est radicalement opposé à Audebert pour les anesthésies épidurales et qui donnent un cas de mort sur 200 ou 400 anesthésiées. Il n'est pas non plus de l'avis de Brindeau au sujet de l'infiltration rétrorectale et connaît un cas de mort par infection. A M. J.-L. Faure, il répond qu'il est nécessaire d'évoluer et de suivre le progrès et il estime qu'il restera quelque chose des anesthésies locales, il croit particulièrement à l'avenir de l'anesthésie par infiltration plutôt qu'à celui de la rachi-anesthésie.

Communications.

Surveillance de l'anesthésie et de l'acte opératoire en gynécologie et en obstétrique par le contrôle de l'oscillomètre. — MM. Balard et Jeanneney (de Bordeaux) pensent que l'on doit chez les hypertendues (grosses tumeurs pelviennes) s'abstenir des anesthésiques hypertenseurs tels que le chlorure d'éthyle et le protoxyde d'azote, ainsi que des toxiques comme le chloroforme (éclampsiques); les hypertendues bénéficieront de l'éther, de l'anesthésie locale ou régionale (vomissements incoercibles). L'état du tonus vasculaire qu'on explore par la recherche de l'indice oscillométrique donnera des indications : les hypertendues à petit indice bénéficieront de la rachi; par contre la rachi est contre-indiquée chez les hypertendues à grand indice qui font de l'hypertension par paralysie vaso-motrice.

La chute de Mx et de Mn, l'irrégularité de l'indice annoncent la syncope; les opérations vaginales n'ont qu'un faible retentissement sur l'état cardio-vasculaire à l'exception des malades surmenées en cours de travail et dont la surveillance par l'étude du critère oscillométrique d'entraînement permettra de prévoir l'état d'insuffisance cardiaque.

Les opérations abdominales retentissent toutes sur le cœur. Par l'oscillomètre on pourra voir si les hypertendues hémorragiques viennent à se décomposer et s'il est nécessaire de pratiquer une transfusion.

On pourra également prévoir le Shock toxi-infectieux et en tirer des indications utiles au point de vue de l'opportunité du drainage.

Le contrôle oscillométrique permettra de surveiller l'état de choc post-opératoire, de différencier les accidents gravido-cardiaques et d'instituer une thérapeutique rationnelle.

Appareils de démonstration gynécologique et obstétricale. — M. de Seigneux (de Genève) :

A. Présentation d'un mannequin permettant d'exercer des élèves au toucher en simulant la plupart des affections gynécologiques et de leur enseigner un certain nombre d'opérations de petite gynécologie.

B. Présentation d'un mannequin obstétrical qui permet de simuler toutes les déformations du bassin avec un fœtus à pièces mobiles.

Etude clinique sur les relations de l'appendice et des organes génitaux de la femme. — M. Beuttner (de Genève).

Sur 996 laparatomies, Wägeli avait relevé dans son service 147 fois des lésions appendiculaires (16,4 p. 100). Il s'agissait non de véritables appendicites mais de propagation de l'inflammation des organes génitaux à l'appendice. L'annexite consécutive à l'appendicite est rare.

A l'examen *histologique*, sur 100 appendices ainsi enlevés, on trouve 37 normaux (29 avaient été qualifiés macroscopiquement pathologiques) et 63 pathologiques sur lesquels 53 seulement avaient été reconnus macroscopiquement altérés. Un appendice macroscopiquement sain peut donc être histologiquement altéré; d'autre part, en enlevant tous les appendices macroscopiquement atteints, on en enlève un certain nombre de complètement normaux. L'auteur conclut que l'extirpation systématique de l'appendice au cours des laparatomies gynécologiques n'est pas à recommander.

— M. J.-L. Faure (de Paris). L'exploration extérieure de l'appendice montre parfois des appendices malades, mais cet examen ne suffit pas et on ne reconnaît les lésions qu'après incision et exploration du canal. Or, il est de règle que presque tous les sujets ont eu des appendicites plus ou moins frustes, ce qui ne veut évidemment pas dire qu'il faille systématiquement opérer tous les sujets. Mais il est prudent au cours d'une opération gynécologique d'enlever l'appendice.

— M. Siredey (de Paris). L'appendicite est très fréquente même au cours des simples troubles fonctionnels des annexes, et chez bien des dysménorréiques. C'est qu'en effet, les ovaires subissent le contre coup des éléments toxiques venus de l'intestin. Il y a donc intérêt à enlever l'appendice.

— M. Begouin (de Bordeaux). Il faut enlever l'appendice dans toutes les opérations gynécologiques où l'opération n'a pas été trop longue, car macroscopiquement l'on ne peut savoir si l'appendice est malade.

— M. Muret (de Lausanne) attire l'attention sur des douleurs de la paroi abdominale ne traduisant pas une lésion d'un organe profond. Il a eu l'occasion de réopperer des annexites après ablation de l'appendice. D'où nécessité d'une incision médiane pour permettre de vérifier l'état des organes génitaux.

— M. Bourcart (de Genève) ne fait pas opérer toutes les appendicites. Il suffit parfois de ramener une meilleure circulation dans le foie pour amener la guérison.

— M. Beuttner (de Genève). Il lui semble inadmissible d'enlever un organe qui cliniquement n'est pas malade, d'autant

qu'à l'heure actuelle on ignore la physiologie de l'appendice. Il y a eu en outre des cas de mort pour des ablations d'appendice de complaisance.

— M. J.-L. FAURE (de Paris) estime qu'en général l'ablation de l'appendice n'aggrave pas sensiblement le pronostic d'une opération gynécologique et qu'on donne ainsi plus de chances à la malade de ne pas avoir d'accidents.

Un cas de rétrécissement pelvien consécutif à une lésion médullaire. — M. ROSSIER (de Lausanne). Il s'agit d'un rétrécissement pelvien très considérable pris d'abord pour un spondylisme survenu chez une multipare à passé pathologique chargé et chez qui une lésion médullaire était responsable d'une plicature accentuée qui avait fortement réduit le détroit supérieur.

La pubiotomie. — M. THELIN (de Lausanne) rapporte les résultats obtenus à la maternité de Lausanne de 1917 à 1922.

Technique : pubiotomie sous-cutanée; injection dans le trajet de gélatine stérilisée pour assurer l'hémostase. Nombre de cas : 26; 7 primipares, 5 secondipares, 12 multipares; bassin plat rectiligne, 14; bassin généralement rétréci, 11; gros enfant (4.250 grammes), 1.

Moment de la pubiotomie après épreuve du travail — de 11 h. à 90 h. Temps moyen, 35 h.

Résultats : terminaison spontanée, 18; temps entre pubiotomie et accouchement spontané : moins de 1 h. — 6; moins de 2 h. — 6; entre 3 et 6 h. — 3; entre 7 et 14 h. — 3. Dans ces accouchements spontanés : enfants vivants, 16; enfants morts, 2.

Accouchement artificiel, 7 (forceps, 4; basiotripsie, 2; césarienne pour atonie, 1).

Résultat global pour la mère, 24 guérisons et 2 morts; lésions vésicales, 4; suites de couches normales, 16.

— M. BRINDEAU (de Paris). La pubiotomie est une opération d'exception mais qui a des indications précises et rend des services, car elle permet d'intervenir tardivement. En général, l'hémorragie s'arrête vite après l'extraction de l'enfant et la gélatine ne lui paraît pas nécessaire. D'autre part, aussitôt la pubiotomie faite, la tête tombe sur le périnée, et il faut terminer immédiatement d'autant qu'on agit toujours dans l'intérêt de l'enfant, sa vie étant plus ou moins directement menacée.

— M. ROSSIER (de Lausanne) préfère laisser l'accouchement se faire spontanément pour ne pas avoir de lésions maternelles.

— M. SCHICKELÉ (de Strasbourg) s'étonne des conclusions optimistes de M. Thelin, car sur 25 cas il y a deux décès maternels et 4 fois des lésions vésicales. Avec la césarienne basse, même dans les cas infectés, on n'a pas ce pourcentage de décès. Le point faible de la pubiotomie c'est que pour sauver l'enfant, il faut pouvoir terminer immédiatement. Or pour cela la dilatation doit être suffisante et on est souvent amené à opérer parce que l enfant souffre avant la dilatation complète. Il faut toujours recourir à la césariene basse à moins de péritonite ou de septicémie, et pour lui la pubiotomie a vécu.

— M. SCHOCKAERT (de Louvain) a eu, en un cas, l'occasion de pratiquer avec succès la pubiotomie pour une tête retenue dernière et dans ce cas, seule la pubiotomie pouvait être tentée.

Recherches biologiques sur le sérum des cancéreux. — M. KOTZAREFF (de Genève).

Un cas d'hermaphroditisme vrai. — M. A. REVERDIN (de Genève) présente un sujet chez qui l'examen microscopique a permis de déceler l'existence d'un séminome et d'une glande ovarienne en état de fonctionnement.

— M. BRINDEAU (de Paris) rappelle qu'il n'existe que 2 ou 3 cas d'hermaphroditisme vrai, c'est-à-dire avec constatation d'ovaire et de testicule. Ordinairement la glande mâle est d'un côté et la glande femelle de l'autre. Ici les deux glandes sont du même côté. Or, on sait que dans les espèces inférieures, c'est la même glande qui est hermaphrodite.

Hémostase de l'utérus. — M. E. DE BUMAN (de Fribourg) préconise une nouvelle préparation d'ergotine, le gynergène, extrêmement active et rapide qui doit pour ce motif être employée à dose modéreée.

Radiographie des organes du petit bassin de la femme après pneumopéritoine. — M. YUNG (de Saint-Gall) obtient le pneumopéritoine par insufflation transabdominale avec de l'acide carbonique qui se résorbe très rapidement; il n'a jamais constaté d'intoxication ni d'incident. Cette méthode précise les diagnostics et surtout permet d'apprécier la mobilité des organes ou leurs adhérences.

Dr PAUL BALARD
(de Bordeaux).

ACTUALITÉS

CHRONIQUE DE LA MODE

Les historiens du Directoire décrivent longuement les modes féminines de cette époque et nous apprennent qu'elles se caractérisaient surtout par un déshabillage très accentué; la robe s'était peu à peu retirée de la gorge et les bras se dénudaient jusqu'à l'épaule; des femmes se promenaient serrées dans une culotte de soie rose sous une chemise de linon clair; on en vit même, aux Champs-Elysées, qui étaient nues dans un fourreau de gaze (1).

En étudiant les chroniques du Second Empire, on retrouve parfois la même indécence; à un bal des Tuileries, une invitée apparut sous le costume de Salammbo, « dont l'étoffe transparente dévoilait si généreusement ses appas, que l'Impératrice scandalisée la fit reconduire hors des salons » (2).

Les moralistes qui s'indignent aujourd'hui — et avec raison — de l'impudicité du costume féminin, ne doivent pas oublier ces faits historiques; ils y trouveront un motif de consolation. Plusieurs fois déjà les femmes — pas toutes, mais un trop grand nombre — ont complètement négligé dans le choix de leurs toilettes le souci de la décence; puis la mode a changé et aussitôt celles qui étaient les plus décolletées se sont trouvées les premières à adopter la robe montante.

Mais en attendant un revirement de la mode, on ne peut s'empêcher d'être un peu surpris par tout ce que l'on remarque depuis quelques années. Rodolphe, le poète de *la Bohème*, paraîtrait bien ridicule, reprochant à Mimi d'avoir l'air « de provoquer les passants » en leur montrant sa cheville. Les passants voient maintenant bien d'autres choses que les chevilles. Les corsages permettent d'étudier la courbe de l'épaule, la forme des parois antérieure et postérieure du creux axillaire, voire la pilosité de celui-ci; avec les jupes courtes et les bas transparents, les jambes s'offrent aux yeux de tous avec les moindres détails de leur anatomie. Et voici déjà un inconvénient de la mode actuelle; comme dans un salon de peinture, pour un joli tableau, beaucoup d'affreuses croûtes. Rien n'est aussi laid que des varices flexueuses sous la transparence des bas de soie.

Hygiénistes et moralistes sont d'accord pour condamner ces excès du déshabillage féminin. Les modes actuelles ne sont pas sans inconvénients graves

(1) DE GONCOURT. *Histoire de la Société française pendant le Directoire.*
(2) LOLIÉE. *La fête impériale.*

pour la santé; Mme Dautel (1) a écrit toute une thèse fort intéressante sur ce sujet et il appartenait plus particulièrement à une femme de traiter la question avec une compétence irrécusable. Mme Dautel montre que l'exposition des jambes à la pluie et au vent, que la nudité du dos et des épaules peuvent provoquer des refroidissements, occasionner par conséquent des bronchites, des pleurésies; elle proteste, au nom de l'orthopédie, contre les talons hauts et l'on sait qu'un éminent chirurgien le professeur Quénu n'a pas craint d'entretenir l'Académie de médecine de cette question (2); il a montré, avec Maxime Ménard, que les hauts talons modifient le centre de gravité, provoquent une action de certains muscles qui amène de la fatigue et des troubles de la marche; la circulation en souffre à son tour, les masses musculaires ayant un rôle important dans la circulation du sang veineux; à cette même séance de l'Académie de médecine, M. Linossier attira l'attention sur les conséquences médicales de l'usage des talons hauts; chez des jeunes filles, on observe une albuminurie orthostatique qui disparaît si on supprime les hauts talons; le fait s'explique parce que les talons hauts provoquent ou exagèrent la lordose et que celle-ci détermine chez certains sujets de l'albuminurie orthostatique.

Au chapitre des conclusions de son étude sur les dangers du costume féminin, Mme Dautel propose que « des lois somptuaires interdisent à la femme, incapable d'en prendre la décision elle-même, tout ce qui entrave le libre jeu de ses organes. » Il serait curieux qu'un jour nos sénateurs et nos députés aient à légiférer sur ce sujet; nous entendrions certainement des discours qui ne manqueraient pas de saveur. Le ministre de l'Hygiène aurait à commenter l'opinion du docteur Desessarts affirmant, à l'époque du Directoire, « qu'il a vu mourir plus de jeunes filles depuis le système des nudités gazées que dans les quarante années précédentes. » Mais est-ce bien une loi qui pourra créer une nouvelle mode et l'imposer? N'est-ce pas le cas de dire avec les Romains :

Quid leges sine moribus?

Car la question de la toilette est surtout une question morale. Je n'irai pas jusqu'à prétendre que l'indécence des modes indique un dévergondage particulier; à toute époque, même à celle des vertugadins, il y eut des femmes très vertueuses et d'autres qui l'étaient moins ou même ne l'étaient pas du tout. Mais cependant, ce demi-déshabillage ne va guère sans une certaine allure qui semble tout au moins peu compatible avec une pudeur bien comprise; et nous trouvons ces modes tout-à-fait opposées à ce qu'on pourrait appeler la morale basée sur la physiologie féminine. En effet le rôle essentiel de la femme, c'est la maternité; la demi-nudité des femmes dans les rues, sur les plages leur est tout-à-fait inutile pour remplir leur rôle essentiel : plaire à leurs maris et avoir des enfants. Il n'y a qu'une condition nécessaire et suffisante pour la procréation d'un enfant : c'est que, dans le lit conjugal, les époux fassent leur devoir complètement, sans fraude et sans manœuvres anticonceptionnelles. Tout le reste n'a pas grande importance. Pourquoi donc les femmes montreraient-elles à tous les joliesses de leur poitrine et de leurs jambes? Elles provoquent ainsi, très inutilement, l'émoi des adolescents et rallument, non moins inutilement, le désir au cœur des vieillards. Nous n'avons jamais ouï dire que ces déshabillages puissent exercer une heureuse influence sur la natalité : les belles dames qui exhibent leurs épaules et le reste dans les dancings des plages à la mode ne sont pas, que je sache, d'une fécondité bien grande. Dans les landes du Finistère, sur les côtes du Morbihan, les femmes ont une tenue décente et ne laissent presque rien voir de leur corps; cela n'empêche pas les jeunes Bretons de savoir ce qu'ils ont à faire : courtiser une jeune fille de leur village, l'épouser et avoir de nombreux enfants; les départements Bretons comptent parmi les meilleurs dans la statistique de la natalité; on n'y oublie pas que la France a besoin de beaucoup d'enfants pour travailler à sa prospérité pendant la paix et la défendre lors de la prochaine guerre.

M. BRELET.

(1) Mme DAUTEL. Le costume féminin et ses dangers. *Th. de Bordeaux*, 1918-1919.

(2) QUÉNU et MÉNARD. L'influence des chaussures à hauts talons sur la physiologie de la station debout et de la marche. *Acad. de méd.*, 4 déc. 1917.

NOTES DE PRATIQUE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

Agir sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique par la compression de la région cervicale, sur le trajet de la carotide gauche, et par des pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque.

A titre de médicament vasculaire et vaso-constricteur : sulfate de quinine (1g50).

Proscrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants. Enfin, appliquer, de façon suivie, le traitement antitoxique par la Théosalvose pure ou phosphatée (2 cachets de 0g50 par jour).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

DOCTORAT D'ÉTAT. — 1. RABDFIERANA. — Contribution à l'étude historique de la variole et du vaccin antivariolique à Madagascar.

2. CONIL. — Comment favoriser la natalité.

3. LAURE. — Les phases infectieuses évolutives de la bacillose de Koch.

4. BERJONNEAU. — De la tuberculose mammaire secondaire aux abcès froids thoraciques.

5. BOUTET. — A propos de spondyloses et de spondylites.

6. SALVAING. — Des calculs latents des reins.

7. LESAFFRE. — Contribution à l'étude du traitement des fibro-myomes utérins par la radiothérapie.

8. SAVELLI. — Contribution à l'étude des fistules stercorales et des anus contre nature.

9. CRÉMIEUX. — Considérations sur l'hypotension du liquide céphalo-rachidien.

10. TERRASSON. — Les troubles de la kinésie négative tonique dans la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens.

11. OSWALD. — Les tumeurs parapharyngées.

12. PAULET. — Du cancer secondaire de l'ombilic dans l'épithélioma de l'utérus.

13. MISSIR. — La cure hélio-marine dans le traitement du mal de Pott.

14. SÉGUIN. — Les récidives ganglionnaires du cancer du testicule et leur traitement par la radiothérapie.

15. ALBARET. — Contribution à l'étude des lésions du testicule dans l'orchi-épididymite tuberculeuse.

16. BOISSEL. — Fracture du condyle externe de l'humérus chez l'enfant (Etude d'après 160 observations).

17. CAYLET. — Sur quelles données peut-on pratiquer la néphrectomie lorsque le cathétérisme urétéral est impossible (importance de la constante d'Ambard).

18. RICHARD. — A propos d'un nouveau cas de palilalie.

19. TRIAIRE. — Contribution à l'étude du chimisme hémoméningé dans quelques états nerveux.
20. LACROIX. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires.
21 WRISEZ. — Le traitement de la tuberculose aiguë hémoptoïque par le pneumothorax artificiel.
22. LECLERC. — Contribution à l'étude des fractures isolées de la branche ischio-pubienne (un cas de fracture isolée de la branche ischio-pubienne de cause indirecte).
23. VOULLAND. — De la crasse sénile à l'épithélioma (influence des rayons solaires sur cette affection).
24. MASCHI. — Le cinol (cinnamate de soude synthétique) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire.
25. GOURFINKEL. — Contribution à l'étude objective des états anxieux.
26. MONTOLIU. — Contribution à l'étude des ostéo-arthropathies vertébrales du tabes.
27. MARIA. — De la sécrétion mammaire au cours d'affections gynécologiques sans gravidité.
28. RIEUSSET. — L'étiologie syphilitique des cirrhoses ascitiques et leur traitement par le mercure (observations — étude critique des résultats thérapeutiques).
29. NÈGRE. — Une vieille tradition dans une vieille faculté. Le serment d'Hippocrate.
30. PINSARD. — Le spasme laryngé dans la tétanie.
31. BARBOT. Traité de la peste composé en 1376, par Jean Jaume, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
32. YANKELEVITCH. — Le traitement des pseudarthroses par le sérum de fracturé.
33. FLEURY. — Contribution à l'étude des occipito-iliaques gauches postérieures.
34. LAVENTURE. — Les déterminations articulaires de la fièvre de Malte.
35. JANOT. — Les accès mélancoliques, prodromes d'ictus apoplectiques.
36. RIEUSSET. — L'occlusion intestinale au cours de la tuberculose péritonéale.
37. FONT. — Des accidents épileptiques observés au cours de la démence précoce.
38. RECORDIER. — Contribution à l'étude des rapports entre l'encéphalite épidémique et la démence précoce.
39. DELCAMBRE. — Contribution à l'étude des chondrites costales éberthiennes. (A propos d'une auto-observation).
40 VIGNOLI. — Contribution à l'étude des aponévroses de la vessie.
41. GEOFFROY. — Sur l'association de la tuberculose et du cancer dans le sein et dans son territoire lymphatique.
42. DOMMERGUE. — Les décollements épiphysaires tardifs.
43. POMIER. — Considérations sur le traitement de la paralysie générale progressive.
44. OLIVIER. — De la fonction ammoniosécrétoire du rein. (Etude d'une épreuve nouvelle d'exploration rénale en chirurgie urinaire : l'ammoniurie provoquée).
45 REYNES. — La position de Judet dans les fractures du col du fémur
46. MODIANO. — De l'enfouissement dans l'appendicectomie.
47. THOMAS. — Contribution à l'étude des luxations latérales externes du coude.
48. BONNET. — Kyste hydatique pleuro pulmonaire récidivé Ablation Guérison.
49. BISSERIÉ. — Etude de deux observations d'ostéo-arthrite syphilitique.
50. TROUABD RIOLLE. — Des tumeurs malignes de la paroi abdominale antérieure. Essai de classification histologique.
51. COULOMB. — Essai sur l'auto-hémothérapie dans la tuberculose pulmonaire.
52. GIRAUD. — A propos de deux cas de xéroderma pigmentosum.
53. LABEILLE. — Contribution à l'étude des anomalies du gros intestin.
54. BOUYER. — Du traitement de la tuberculose primitive du sein.
55. ESTELLE. — Contribution à l'étude du cancer du corps thyroïde.
56. SIMÉON. — Sur les variations de l'indice réfractométrique du sérum particulièrement après la saignée.
57. COLLE. — Traitement des affections pulmonaires aiguës de l'enfance et de l'âge adulte par l'association des sérums et des vaccins. (Immunothérapie mixte).
58. GUILLON. — Lichens plans survenus à la suite du traitement par le novarsenobenzol.
59. LUSCAN. — Goitre exophtalmique et ménopause.
60. GALINIER. — Traitement du bubon chancrelleux par des injections de lait.
61. MATHIEU. — Le traitement des varices par les injections intravariqueuses. Les diverses méthodes. Leurs avantages. Leurs inconvénients.
62. REVELLI. — Contribution à l'étude du traitement de la chorée de Sydenham par le cacodylate de soude à hautes doses.
63. AUDIBERT. — Des ostéomyélites du frontal secondaires aux sinusites frontales.
64. SOLLIER. — Contribution à l'étude de la spirochétose ictéro-hémorragique.
65. RAMAIN — Recherches sur l'influence des radiations solaires ultra-violettes et infra-rouges sur le taux des globules blancs et la formule hémoleucocytaire.
66. GAUQUELIN. — Etude critique de quelques procédés de laboratoire applicables au diagnostic des tuberculoses externes.
67. SIMONNET. — Recherches sur la crase azotée sanguine au cours des néphrites et chez les urinaires chirurgicaux.
68. TRANCHANT. — Etat actuel de la vaccinothérapie dans les affections broncho-pulmonaires aiguës de l'enfance.
69. THOLANCE. — Contribution à l'étude étiologique et clinique des thyroïdites typhiques
70. FOULQUIER. — Quelques réflexions sur la cure de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel d'après quatre observations.
71. VOISIN. — Trois cas de syndromes du corps strié d'origine spécifique.
72. BLANC. — De la régénération osseuse dans l'ostéomyélite. Régénération spontanée périostique de l'os et greffe osseuse.
73 ROCCA-SERRA. — Du comblement des cavités ostéomyélitiques par greffes musculaires pédiculées.
74. GALLET. — Chondromes des os et troubles de croissance.
75. MARGAILLAN. — Les troubles oculaires d'origine ovarienne.
76. BOSC. — Considérations pathogéniques et thérapeutiques à propos d'un cas de pneumonie.
77. VIDAL (Mlle). — A propos d'un cas de contusion grave de l'abdomen.
78. FABRE. — Contribution à l'étude des orchi-épididymites blennorrhagiques et leur traitement par le gonovaccin formolé (vaccin du docteur Costa).
79. DOME. — Contribution à l'étude des ascites dans les fibromes utérins.
80. CHAPON. — A propos d'un cas d'absence congénitale du radius.
81 GIRARD. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la puerpéralité.
82. POULET. — Traitement des fractures du corps du fémur chez l'enfant par l'appareil plâtré de coxalgie.
83. BRUMENT. — Fonctionnement d'un préventorium.
84 DAUMAS. — Technique nouvelle de la réaction acétique pour la différenciation des exsudats et des transsudats.
85. SCHULTZ. — Comment, dans les salpingites, se ferme l'orifice abdominal de la trompe.
86. CASTILHON. — Contribution à l'étude du citrate de bismuth ammoniacal dans le traitement de la syphilis.
87. JEAN. — A propos de trois cas d'ostéomyélite aiguë des adolescents (essais sur la vaccinothérapie).
88. JULIEN. — Du traitement de la syphilis par le bismuth (quelques observations et résumé de l'état actuel de la question.
89. NICOLAI. — Contribution à l'étude des hydro-appendices (anatomie, pathogénie et nature).
90. FOURNIER. — La voie endo-veineuse dans la médication bismuthique. Sa possibilité, son innocuité, sa tolérance, ses avantages, ses inconvénients, sa valeur thérapeutique.
91. MERCIER. — Tenorraphie secondaire. Procédé de Pluyette.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 73. — MARDI 11 & JEUDI 13 SEPT. 1923. 96e ANNÉE. MARDI 11 & JEUDI 13 SEPT. 1923. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Heuyer, Brocq, Cleisz, Grivot, May, Flandin, Leveuf et Bergeret.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 29 octobre 1923.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 20 octobre, à seize heures.

Sont admis à concourir :

A. *Ancien régime d'études.* — 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

B. *Nouveau régime d'études.* — Les candidats pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants à quatre inscriptions : une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à huit inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie; *b.* Une composition de physiologie.

Etudiants à douze inscriptions : *a.* Une composition de médecine; *b.* Une composition de chirurgie.

Etudiants à seize inscriptions : *a.* Une composition de médecine; *b.* Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles; soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et d'histoire naturelle; soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » audit certificat.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. — COURS DE REVISION SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNÉE, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur C. Lian, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Tinel, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux; Deniker, chirurgien des hôpitaux; Le Mée, laryngologiste des hôpitaux; Velter, professeur agrégé, ophtalmologiste des hôpitaux; Fernet, médecin de Saint-Lazare; Guilly, dentiste des hôpitaux; Blechmann, Cottenot, Gaston Durand, H. Durand, Marsan, Passot, P. Pruvost, Ségard, Trèves, Vaudescal, anciens chefs de clinique, anciens internes des hôpitaux; Dausset, chef de laboratoire; G. Siguret; Duchesne; H. Leclerc.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1923, du 18 au 31 octobre, sont exposées, dans une série de conférences et de démonstrations pratiques, les notions nouvelles, cliniques

et thérapeutiques, dans toutes les branches de l'activité médicale.

Les conférences cliniques (11 h. à midi, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) auront lieu dans l'amphithéâtre des cours de la clinique propédeutique; les démonstrations pratiques (3 h. à 4 h.) seront faites dans le laboratoire ou dans le service du professeur Sergent.

En outre, chaque matin, de 9 h. à 10 h., une démonstration pratique aura lieu à tour de rôle dans le service hospitalier des divers conférenciers.

Seuls sont admis aux démonstrations et exercices pratiques les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 fr. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3, jeudi et samedi, de midi à 15 h.).

Les conférences cliniques sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — (*Mention « Médecine »*). —

1. YOVANOVITCH. — L'ostéomyélite des mâchoires chez l'enfant.

2. IVANKOVITCH. — Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

3. DJOURITCHITCH (Mlle). — Contribution à l'étude du syndrome de Madelung. Un cas de syndrome de Madelung sans incurvation du radius.

4. NESTOROVITH. — Des altérations psychiques dans la névraxite épidémique et la maladie de parkinson post-encéphalitique.

5. KOZAREVITCH (Dr). — A propos d'un cas de kyste hydatique du poumon.

6. TODOROVITCH. — De la rupture du tendon du long biceps brachial.

7. KOSTITCH. — L'invalidité morale acquise post-névraxitique.

8. STEVANOVITCH. — Un cas de radiculite prétyphique.

9. DIMITRIEVITCH. — Sur les paralysies tardives du nerf cubital à la suite des fractures du condyle externe huméral.

10. Mme POPOVITCH (née MITCHITCH). — A propos d'un cas de tuberculose verruqueuse.

11. RADOSSAVLIEVITCH. — Contribution à l'étude du traitement des hémoptysies tuberculeuses.

12. TZVETKOVITCH. — A propos d'un cas de méningite typhique.

13. NIKOLITCH. — Contribution à l'étude de l'uricémie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La thérapeutique du nourrisson en clientèle, par le professeur NOBÉCOURT et le docteur MAILLET. 1 vol in-8, 864 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le radiodiagnostic par les insufflations abdominales, par le docteur I. LACAYO. (Travail du Laboratoire de radiologie de l'hôpital Laennec.) 1 vol., 268 pages, 62 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Vigot frères.

Manuel de neurologie oculaire, par DE LAPERSONNE et CANTONNET. 1 vol., 416 pages, 113 figures, 4 planches en couleurs. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Chirurgie de la tête et du cou, par LENORMANT et BROCQ. 1 vol., 338 pages, 245 figures. — Prix : broché, 10 fr.; cartonné, 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Chirurgie vasculaire conservatrice, par le docteur MOURE. 1 vol., 144 pages, 110 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum, par les docteurs MONDOR et LAURET. — 1 vol., 186 pages, 14 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

Guide pratique aux « Villes d'eaux, stations climatiques, plages marines françaises », par le docteur L. PORCHERON. In-8, 1923, 532 pages, sur papier surglacé, 4e édition. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La syphilis aux points de vue physique et psychologique. Prophylaxie et guérison, par le docteur Louis BORY. 1 vol. — Prix : 10 fr. — Paris, F. Alcan.

Les désanglés du ventre. Maladies par relâchement des parois et organes abdominaux, par le docteur L. CHAUVOIS, ancien interne provisoire, lauréat de la Faculté et des hôpitaux de Paris. In-8, 1923, 167 pages, 103 figures, 7 planches dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Physiologie obstétricale normale et pathologique, par le docteur H. VIGNES. 1 vol., 456 pages. — Paris, Masson et Cie.

Diagnostic et traitement des sciatiques, par les docteurs H. ROGER et AYMÈS. 1 vol., 164 pages, 15 figures. — Paris, A. Maloine et fils.

Stérilisation de la syphilis, par le docteur GIRAUD. 1 broch., 92 feuilles. — Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Conférences sur les maladies vénériennes, par le docteur BIZARD. 2e édition. 1 broch., 116 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La voix : anatomie, physiologie et conseils médicaux, par le docteur MOUNIER. 1 vol. in-16, avec 21 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Les colites, par les docteurs CARNOT, LARDENNOIS, HARVIER, FRIEDEL. (Cours de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon.) 1 vol., 224 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

RENSEIGNEMENTS

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES AUTOMOBILES P.-L.-M. D'EXCURSIONS EN CORSE. — Dès le mois de septembre, alors que les chaleurs se sont atténuées, la Corse offre un attrait tout particulier. Aussi les voyageurs désireux de profiter de la fin des vacances pour visiter cet admirable pays apprendront-ils avec plaisir que la Compagnie des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée organise dans l'île, du 1er septembre au 13 octobre 1923, les services automobiles désignés ci-après :

Le dimanche au départ d'Ajaccio. Le mercredi au départ de Corte, *Service des Calanche* et du *Col de Vergio* en deux étapes, avec coucher à Piana : Ajaccio-Piana-Col de Vergio-Calacuccia-Défilé de Santa-Regina-Corte ou vice-versa. Prix du billet pour le transport en automobile : 50 fr.

Le samedi après-midi au départ d'Ajaccio, *Circuit de Bastelica* : Ajaccio-Cauro-Bastelica-Tolla-Ocana-Ajaccio. Prix : 30 fr.

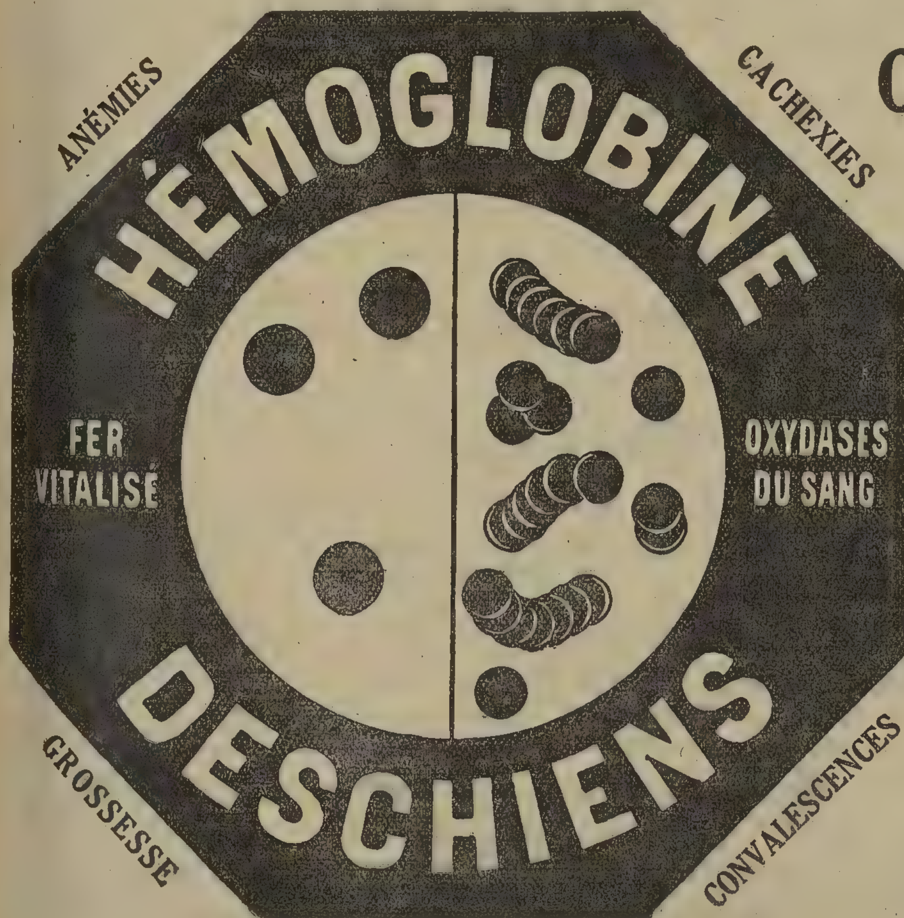
Le mardi au départ de Corte, *Circuit d'Orezza* : Corte-Vallée du Golo-Ponte-Leccia-Piedicroce-Orezza-Vallée d'Alesani-Cervione-Cateraggio-Aleria-Vallée du Tavignano-Corte. Prix : 60 fr.

Les Circuits de Bastelica et d'Orezza ne sont toutefois effectués que s'ils réunissent chacun un minimum de six voyageurs.

Il est rappelé que des billets directs avec enregistrement direct des bagages sont délivrés pour les relations entre les principales gares du Réseau P.-L.-M.; les ports d'Ajaccio, Bastia, Calvi, Ile-Rousse, Propriano et les gares de Corte, Ghisonaccia et Vizzavona.

L'attention des voyageurs est également appelée sur les services maritimes de jour : le vendredi, Nice-Ajaccio; le samedi, Nice-Bastia; le mardi, Nice-Calvi et Ile-Rousse.

La traversée de jour offre, en effet, un véritable charme. A peine les côtes de Provence ont-elles disparu dans le lointain que déjà apparaissent, à l'horizon opposé, les montagnes de la Corse.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SANG ET GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

Le nombre des globules rouges chez les sujets normaux et leurs variations dans diverses conditions physiologiques. (EINAR J. RUD. *Acta medica Scandinavica*, vol. LVII, 29 nov. et 21 déc. 1922, p. 142 et 325.) — Ce très important mémoire dans lequel sont mis à jour tous les travaux antérieurs sur le même sujet et exposées d'innombrables et minutieuses recherches personnelles donne lieu aux conclusions suivantes :

L'auteur a voulu établir le nombre moyen, le nombre maximum et le nombre minimum des globules rouges chez les individus en bonne santé. Il a examiné 69 adultes de tout âge et 49 enfants.

Les numérations ont été faites avec la chambre à numération de Bürker-Türk et les pipettes et mélangeurs de Ellermann-Erlandsen.

Les deux cellules de l'appareil étaient remplies avec le mélange sanguin et on comptait 512 petits carrés, ce qui correspond, en moyenne, à 3.000 globules rouges bien comptés; 586 numérations ont été faites. L'erreur moyenne a été d'environ 2 p. 100.

D'autre part, on a procédé 505 fois à la détermination de l'hémoglobine avec le colorimètre d'Autenrieth-Königsberger. Chez les sujets adultes du sexe masculin, le nombre moyen des globules rouges a été 5.330.000 par millimètre cube, le maximum 5.900.000, le minimum 4.370.000. Chez les femmes adultes, nombre moyen 4.850.000, maximum 5.390.000, minimum : 4.300.000. Les sujets d'un âge avancé présentaient des nombres moyens un peu inférieurs à ceux des sujets plus jeunes.

Parmi les enfants, les nouveau-nés avaient le nombre moyen le plus élevé : 5.680.000, maximum 6.590.000, minimum 4.470.000. Les nourrissons présentaient : moyenne 5.110 000, maximum 5.930.000, minimum 4.270.000. Enfin, les enfants de un à quatorze ans : moyenne 4.960.000, maximum 5.590.000. minimum 4.580.000. On n'a pas constaté que chez les enfants, le sexe eut une influence appréciable.

L'influence du repos et du travail musculaire ne s'est monmontrée ni constante ni nettement marquée.

Dans le cours de la journée, il ne semble pas qu'il se produise des variations réelles dans le nombre des globules rouges.

Quelques sujets, examinés à différents jours pendant une période assez prolongée, jusqu'à six mois, n'ont présenté que des variations rares et peu importantes dans le nombre des érythrocytes.

La menstruation n'a pas paru avoir d'action nette sur le nombre des globules. Les recherches effectuées sur des femmes en état de grossesse semblent confirmer l'existence d'une « anémie physiologique de la grossesse ».

L'auteur a attaché une importance particulière à la question des rapports entre les nombres des globules rouges dans divers territoires musculaires de l'organisme. En comparant le nombre des globules dans divers territoires capillaires de la peau, dans le sang veineux, dans le sang artériel, on ne trouve rien qui permette de supposer des différences réelles.

Les variations du nombre des leucocytes. Leur mécanisme. (Pierre MAURIAC et MOUREAU. In *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 janv. 1923, n° 1, p. 39.) — C'est une étude des variations leucocytaires au cours du choc hémoclasique. Faut-il conclure, avec Lumière, qu'il n'y a pas de leucopénie ni de leucocytose réelles, pas plus que d'hypo ou d'hyperglobulie effectives, mais de simples différences de distribution des globules?

L'inégale répartition de ceux-ci entre la circulation périphérique et la circulation centrale explique souvent les variations de la formule leucocytaire et il est probable que les réactions vaso-motrices commandent cette répartition. Mais, cette hypothèse n'éclaire pas tous les cas et les auteurs voudraient réhabiliter une autre théorie qu'on n'invoque plus guère que pour la combattre ; celle qui considère certaines leucopénies comme le résultat d'une destruction globulaire et certaines hyperleucocytoses comme le résultat d'une suractivité physiologique des organes leucopoiétiques.

Les adversaires de cette théorie font remarquer que la diminution du nombre des globules, puis leur retour au taux normal sont des phénomènes trop rapides pour correspondre vraiment à une destruction ou à une régénération, lesquelles devraient être, pour ainsi dire, instantanées. Pourtant les manifestations hémoclasiques sont comparables à ce que l'on observe dans l'hémoglobinurie paroxystique où la destruction des hématies est particulièrement brutale. De même, la régénération globulaire se manifeste parfois avec une surprenante rapidité après la saignée, l'injection de sérum artificiel, la transfusion. Pourquoi déclarer « à priori » que le globule blanc est invulnérable, alors que le globule rouge peut être détruit? Pourquoi nier la possibilité de la régénération rapide du leucocyte, puisque celle-ci existe manifestement pour l'hématie? Certes, on n'a jamais rencontré, au cours du choc hémoclasique, ni dans le sang, ni dans aucun organe, les cadavres des globules blancs, pas plus du reste que ceux des globules rouges dans l'hémoglobinurie paroxystique. Mais ce qu'on peut observer cliniquement et expérimentalement, c'est l'augmentation de la fragilité de la cellule blanche pendant les phénomènes de choc au moment précis où s'installe la leucopénie ; il semble que ces deux manifestations soient liées intimement. Quand apparaît ensuite l'hyperleucocytose, la résistance globulaire augmente ; il y a entre ces deux phénomènes, un parallélisme constant traduisant une activité physiologique nouvelle des centres leucopoiétiques.

En réalité, les variations de la formule leucocytaire constituent un problème complexe qu'aucune théorie, si ingénieuse soit-elle, ne peut expliquer à elle seule. Un rôle revient aux différences de concentration et de vitesse d'écoulement du sang, mais d'autres facteurs interviennent, telles les modifications physiologiques des émonctoires naturels, du système lymphatique, de l'intimité même des tissus, des plasmas intercellulaires et peut-être aussi du cytosarque des éléments anatomiques.

A propos de l'action coagulatrice de l'extrait d'hypophyse. (HANNS, STEFANOVITCH et ARNOVLJEVITCH. Travail de la clinique du professeur Bard (de Strasbourg), in *Presse méd.*, 1923, n° 26, p. 302.) — L'hypercoagulabilité sanguine qui suit l'injection intraveineuse d'extrait d'hypophyse, est-elle le résultat d'une propriété spécifique de l'extrait glandulaire, ou simplement une manifestation de choc hémoclasique comme le voudrait Faissly (de Lausanne)?

Le choc colloïdal comparable au choc anaphylactique doit, comme lui, s'accompagner d'hypotension et de leucopénie. Or, si l'hypotension est fréquente après injection d'extrait hypophysaire, elle n'est nullement constante, et sur 10 sujets elle fut seulement observée 4 fois. Il en est de même de la leucopénie, et un cas fut rapporté où le nombre des globules

blancs était, au contraire, augmenté. Il est hors de doute cependant, que l'injection intraveineuse d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse puisse déterminer parfois un phénomène de choc; mais dans ces cas, où hypotension et leucopénie sont réunies, il n'existe pas de relation entre l'intensité de ces deux phénomènes et l'accélération de la coagulation. Il est donc permis de penser que les modifications de la coagulabilité du sang qui peuvent ou non coexister avec un choc hémoclasique sont uniquement sous la dépendance d'une propriété spéciale de l'extrait hypophysaire.

La fonction splénique. (Paul CHEVALLIER. *Presse méd.*, n° 63, 8 août 1923, p. 691.) — La physiologie de la rate est loin d'être connue. Sans parler de son rôle dans l'hématopoïèse, ses fonctions paraissent multiples. C'est un organe d'assimilation des substances alimentaires charriées par le sang. L'auteur a spécialement étudié son action sur l'assimilation du fer et il conclut que la splénectomie modifie considérablement le métabolisme de cette substance.

Chez les animaux dératés, deux phénomènes fondamentaux apparaissent : une infiltration par l'élément ferrugineux de tous les organes et du foie en particulier, puis une excrétion exagérée de ce même élément par les urines et les fèces.

L'imprégnation métallique du foie se révèle au microscope par la sidérose, laquelle n'est pas comme on le croit souvent, l'aboutissant d'un défaut d'excrétion du métal ; elle traduit plutôt l'effort de l'organisme qui se débarrasse d'un produit inutilisable.

Histologiquement, la sidérose peut être : parenchymateuse quand le métal pénètre les cellules glandulaires, ou bien interstitielle, quand il se fixe à l'intérieur des macrophages. Ces deux formes peuvent coexister. D'aucuns ont pensé que l'une préparaît l'autre. Il n'en est rien ; chacune a sa signification propre. La sidérose parenchymateuse est un phénomène d'excrétion, la sidérose macrophagique, un phénomène d'assimilation.

La plupart des glandes de l'organisme présentent ces deux types de surcharge ferrique ; d'autres sont uniquement des organes d'élimination, telles les glandes sudoripares. Le poumon ne semble guère intervenir dans le métabolisme du fer, contrairement à ce qui se passe pour la rate, les formations lymphatiques, le foie, le rein, les villosités intestinales.

La sidérose d'excrétion est toujours pathologique ; la sidérose d'assimilation n'est que l'exagération d'un processus normal. Grâce à cette distinction, il est possible d'étudier la valeur thérapeutique des différentes préparations ferrugineuses. L'hémoglobine se fixe avec une prédilection marquée sur les parenchymes glandulaires ; c'est donc un produit que l'organisme rejette rapidement. Au contraire, le tartrate et le lactate de fer sont assimilés par les macrophages et représentent les meilleures formes thérapeutiques. La voie intraveineuse est peu recommandable ; elle aboutit à une élimination massive qu'accompagne une très légère imprégnation de modalité particulière et peut être toxique.

L'auteur pense que la fonction assimilatrice de la rate s'exerce encore sur beancoup d'autres substances, en particulier sur les éléments azotés. Les travaux de Ch. Richet concernant la nutrition des dératés confirment cette hypothèse. Mais cette fonction d' « assimilation sanguine » n'est peut-être qu'un cas particulier de la fonction macrophagique générale.

SYSTÈME NERVEUX. ORGANES DES SENS

Comment peut-on modifier la pression du liquide céphalo-rachidien. (P. WERTHEIMER. *Revue de chir.*, 1922, nos 10-11, p. 570.) — Weed et Mc Kibbers expérimentant sur des chats anesthesiés par l'éther ont constaté que la pression du liquide céphalo-rachidien était élevée par l'injection intraveineuse d'eau distillée, et abaissée par l'injection de solutions hypertoniques de chlorure de sodium, de bicarbonate de soude, de phosphate de soude et de glucose. Ils ont vu aussi que le cerveau mis à découvert par trépanation faisait saillie sous l'effet d'une injection intraveineuse d'eau distillée et s'affaissait quand on injectait une solution hypertonique. Ces données expérimentales ont été appliquées à l'homme par Haders, Foley, Saels et par Leriche. Foley en particulier a montré que les solutions hypertoniques pouvaient être employées par ingestions presque aussi bien que par injections.

Ce sont 10 observations de malades traités par cette méthode sous la direction de Leriche, que l'auteur relate et commente ici. Dans 8 cas il s'agissait d'hypertension du liquide céphalo-rachidien causée chez 5 malades par de l'épilepsie traumatique ou essentielle, chez les 3 autres par des affections diverses, méningite puriforme, aseptique, tumeurs cérébrales, migraine ; dans 2 cas l'hypotension était due à une épilepsie traumatique. Les résultats obtenus chez tous ces malades ont été satisfaisants et confirment pleinement l'exactitude des faits expérimentaux. Ils ouvrent la voie à une thérapeutique nouvelle des états morbides déjà connus ou encore inconnus dans lesquels il existe un déséquilibre de pression céphalo-rachidienne.

Comment doit être employée la méthode? En cas d'hypertension c'est la solution hypertonique de glucose qui paraît préférable. En ingestion on prescrit 40 grammes de glucose dans 80 à 100 centimètres cubes d'eau à prendre en 2 fois dans les 24 heures pendant 6 jours consécutifs. En injection on introduit dans la veine 20 centimètres cubes d'une solution à 30 p. 100, cette dose étant renouvelée 2 fois en 6 jours. Dans l'hypotension on pratique 3 injections de 20 centimètres cubes d'eau distillée à 2 jours d'intervalle.

Le mode d'action de la méthode est encore imparfaitement élucidé. Les variations qu'elle détermine dans la pression du liquide céphalo-rachidien sont à peu près indépendantes des modifications apportées à la pression vasculaire et semblent relever surtout de phénomènes osmotiques et d'échanges moléculaires. Il est probable qu'il y a hydratation ou déshydratation du tissu nerveux, les variations volumétriques de la masse cérébrale réagissant à leur tour sur la pression du liquide céphalo-rachidien. Il est possible aussi que l'injection de solutions hypotoniques ou hypertoniques augmente ou diminue la quantité du liquide céphalo-rachidien.

Les indications de cette thérapeutique paraissent devoir être nombreuses. Leriche a montré son importance dans l'épilepsie Jacksonienne. Les tumeurs cérébrales, spécialement les gliomes qui élèvent considérablement la tension peut-être en bénéficieront toutes les fois que l'hypertension résultera d'un rétrécissement du champ arachnoïdien et ventriculaire, de la gêne apportée à la circulation du liquide et non d'un développement extensif de la tumeur. Il faut citer encore certaines céphalées rebelles et diverses formes de méningite.

Le limaçon chez l'enfant nouveau-né. (Philippe BELLOCQ. Communication à la *Soc. anat. de Strasbourg*, Séance du 15 mars 1923.) — L'auteur a étudié les modifications anatomiques que subit le limaçon au cours de la croissance de l'enfant, notamment en ce qui concerne ses dimensions, sa configuration et son orientation.

Les dimensions n'augmentent jamais; l'organe, parfois même réduit son volume.

Aux tours de spire existant à la naissance, peut s'ajouter un quart ou un demi tour supplémentaire. Cet allongement résulte d'un processus physiologique local qui remanie uniquement le sommet du limaçon.

La position et l'orientation sont au contraire grandement modifiées. L'organe dans son ensemble s'abaisse, dirige son sommet en dehors et souvent relève son axe. Ces mouvements paraissent liés à des mouvements analogues que subissent dans le même temps le vestibule et les canaux demi-circulaires.

La position élevée du limaçon chez le nouveau-né s'expliquerait en partie par la présence immédiate au-dessous de lui, du sinus carotidien et de la carotide interne.

Recherches anatomiques sur l'innervation des capsules surrénales, des reins et de la partie supérieure de l'uretère. (LATARJET et BERTRAND. In *Le Lyon chirurgical*, t. XX, n° 4, juil.-août 1923, p. 452, 3 fig.) — L'innervation des capsules surrénales, du rein et de l'uretère dérive directement des splanchniques. Ceux-ci au nombre de trois se divisent en deux groupes : le grand et le petit splanchniques qui parcourent thorax et abdomen, puis le splanchnique inférieur dont le trajet est purement abdominal.

En ce qui concerne les surrénales l'innervation est assurée par deux pédicules nerveux qui gagnent la capsule, l'un par sa face postérieure, l'autre, par son bord interne.

Ces pédicules sont formés de nombreux filets indépendants, sans anastomose, extrêmement fragiles et qui parfois sur leur trajet présentent de petites masses gangliformes.

Le pédicule postérieur compte une vingtaine de filets provenant soit de la portion terminale du grand splanchnique, soit du ganglion surrénal principal : petite formation située entre l'extrémité du grand splanchnique et le ganglion semi-lunaire.

Le pédicule interne est fourni par le plexus solaire; les nerfs qui participent à sa formation sont relativement volumineux, entourés d'un tissu conjonctif dense; ils constituent pour la capsule un moyen de fixité important.

L'innervation de la surrénale est donc double : splanchnique par le pédicule postérieur, solaire par le pédicule interne, et les auteurs font l'hypothèse que peut-être les deux substances constitutives de ces glandes : corticale et médullaire ont une innervation séparée. Indépendamment de ces pédicules nerveux, la surrénale reçoit encore de nombreux filets de la branche sous-diaphragmatique du phrénique droit.

L'innervation du rein est sous la dépendance du petit splanchnique, du splanchnique inférieur et du plexus solaire. Les filets nerveux constituent deux groupes : antérieur et postérieur et demeurent habituellement au contact des vaisseaux.

Le groupe antérieur a son origine dans le plexus solaire; le groupe postérieur dans le petit splanchnique et le splanchnique inférieur.

Des filets venus du ganglion surrénal principal et du grand splanchnique s'anastomosent avec les éléments du groupe postérieur. On conçoit comment dans la ptose rénale, la capsule surrénale restant en place, des tiraillements se produisent sur le grand splanchnique, et c'est dans ce fait anatomique qu'il faut chercher peut-être l'explication des phénomènes asthéniques et douloureux qui accompagnent cette affection.

Les nerfs antérieurs et les nerfs postérieurs sont reliés entre eux par des anastomoses peu nombreuses et d'autant plus rares qu'on se rapproche davantage du hile du rein.

Du groupe postérieur partent des filets grêles, difficiles à trouver perdus dans l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein et qui se dirigent vers la face postéro-inférieure du bassinet. Ils accompagnent l'uretère dans sa partie supérieure; c'est le nerf supérieur principal de l'uretère dont le nerf inférieur principal provient des nerfs hypogastriques.

Les auteurs ont retrouvé une anastomose récemment décrite par Vernet, unissant les nerfs du rein au ganglion mésentérique inférieur et longeant le bord gauche de l'aorte.

Cf. — Contribution à l'étude des points d'émergence et du trajet des branches postérieures des nerfs rachidiens dans la zone de l'incision lombaire de néphrectomie. (BOPPE et BROUET. In *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1923, n° 4, p. 311.)

TÊTE ET MEMBRES

Au sujet d'un muscle anormal de la paroi antérieure du creux axillaire. (FLORENCE In *Montpellier Méd.*, 1er mai 1923, n° 9, p. 193.) — Le ligament suspenseur de l'aisselle est souvent considéré comme le reliquat de la portion humérale du petit pectoral. Le fait que chez l'homme le membre thoracique a perdu peu à peu son adaption à la locomotion expliquerait l'atrophie de cette portion du pectoral et sa transformation fibreuse.

Se basant sur des centaines de dissections faites sur l'homme et le singe, l'auteur met en doute cette origine du ligament suspenseur, car il a toujours trouvé cet organe sur un plan parallèle mais postérieur au plan des pectoraux.

Il est classique de considérer le ligament de Gerdy comme formé aux dépens de l'aponévrose clavi-coraco-axillaire. Cette aponévrose venue de la gaîne du sous-clavier se fixe sur le bord supérieur du petit pectoral qu'elle engaîne dans son dédoublement, puis se constituant en une seule lame va adhérer à la peau de l'aisselle. Cette conception serait fausse car dans les cas fréquents où le petit pectoral s'insère sur la clavicule, le sous-clavier est rejeté dans la profondeur, et aucune continuité n'existe entre ces deux muscles. Enfin, l'insertion du ligament suspenseur à la peau profonde de l'aisselle serait loin d'être constante.

En réalité le ligament de Gerdy est une lame fibreuse tramée avec des fils à directions différentes. Les uns, verticaux, sont les restes du pannicule charnu; les autres, transversaux, ont une origine difficile à préciser. Pour Vallois, ils seraient le reliquat fibreux d'un muscle regressé étendu transversalement dans la paroi antérieure de l'aisselle mais distinct des pectoraux. Cette hypothèse semble être confirmée par l'examen d'une pièce anatomique provenant d'un homme de 40 ans de race chinoise. Dans l'angle que forment en s'écartant le coraco-brachial et le court biceps d'une part, les trois chefs du petit pectoral d'autre part, on constate l'existence d'un muscle bipenné en partie tendineuse. Ce muscle se fixe près de l'insertion du brachial antérieur. Sa portion supérieure fibreuse s'enfonce jusqu'au trochin en passant en avant du grand dorsal. Il n'y a point de ligament de Gerdy.

Peut-être est-ce là le muscle en régression invoqué par Vallois et dont les fibres seraient l'origine des fibres transversales du ligament suspenseur. Peut-être aussi l'arcade de Struthers et le muscle de Wood en sont-ils les restes le plus fréquemment observés.

Nerf médian perforé par le muscle Grand palmaire (ROLLET DU COUDRAY. Communication à la *Soc. anat. de Paris*, Séance du 27 janv. 1923, in *Bull. et Mém.*, n° 1, p. 62.) — Il s'agit d'une disposition anatomique d'une extrême rareté rencontrée au cours d'une dissection chez un homme de 60 ans. L'anomalie unilatérale siégeait à droite.

Le nerf médian, superficiel à partir du tiers moyen de l'avant-bras descendait sur la face antérieure des fléchisseurs des doigts et prenait contact avec le bord radial du grand palmaire. Ce dernier, de volume moyen, était nettement dissocié des muscles voisins et avait une insertion proximale normale. Médian et Grand palmaire se croisaient en X au quart inférieur de l'avant-bras. A ce niveau le tendon du grand palmaire perforait le nerf en passant à travers une boutonnière ovalaire à grand axe longitudinal. Aucune adhérence n'existait entre les deux organes et le glissement du muscle se faisait aisément, favorisé par la présence au-dessus et au-dessous de la boutonnière, d'une petite dépression en forme de gouttière.

Anomalies du muscle adducteur du pouce. (H. BILLET et P. PARZY. In *Journ. des Sciences. méd. de Lille*, n° 18, 6 mai 1923, p. 281, 5 figures.) — Les anomalies du muscle adducteur du pouce ne sont pas exceptionnelles mais les descriptions qu'en donnent les Classiques ne se rapportent nullement aux types que viennent d'observer Billet et Parzy.

Main droite :

Le muscle est formé de 2 faisceaux, l'un supérieur, l'autre inférieur. Le premier est analogue au faisceau carpien du muscle normal; le second prend naissance sur la tête du 4e métarcapien par 2 fascicules qui d'abord distincts se rejoignent après un trajet de 3 cms et forment dès lors un corps musculaire unique aboutissant au sésamoïde interne du pouce où il rejoint le faisceau supérieur. Aucune insertion n'existe sur la diaphyse du 3e métacarpien et la dissection donne l'impression de 2 muscles parfaitement différents.

Main gauche :

L'adducteur est ici formé de 3 faisceaux. Le faisceau supérieur ou carpien est normal comme son homologue du côté droit. Le faisceau moyen ou métacarpien est subdivisé en 2 fascicules supérieur et inférieur; le 1er se fixe sur l'extrémité supérieure du 3e métacarpien et l'autre sur la face antérieure de la diaphyse de ce même métacarpien. Le faisceau inférieur ou articulaire large de 12 mm s'attache sur la capsule de l'articulation métacarpo-phalangienne du 4e doigt. Tous ces faisceaux convergent vers le sésamoïde interne du pouce.

Les faisceaux supérieur et moyen sont contigus, seul un peu de tissu cellulaire les sépare. Le faisceau inférieur est nettement distinct et constitue un muscle supplémentaire anormal.

De telles fantaisies d'insertions et de structure ont naturellement modifié la physionomie anatomique de la région, notamment en ce qui concerne les rapports de l'éminence thénar et des aponévroses palmaires.

A droite, l'arcade palmaire profonde occupe sa situation normale et émerge au-dessous du faisceau supérieur de l'adducteur. Le nerf cubital passe en avant de l'artère, décrit

sa courbe classique, donne les nerfs des deux derniers lombricaux, tous ceux des interosseux et se divise en 2 deux branches; l'une, volumineuse, continue le tronc principal et aboutit au faisceau supérieur; l'autre, très grêle, pénètre dans le faisceau inférieur au niveau de son tiers externe.

A gauche, l'arcade palmaire manifestement plus petite que son homonyme du côté droit, occupe encore une position normale. Le cubital est horizontal comme l'artère qu'il cache presque complètement; il s'insinue entre les faisceaux supérieur et moyen de l'adducteur dans lesquels il s'épuise après avoir donné des filets aux interosseux et au 4e lombrical. Le faisceau inférieur ne paraît pas innervé par le cubital mais plutôt par le médian qui par ailleurs fournit les nerfs des trois premiers lombricaux.

Pour expliquer l'origine de ces anomalies, les auteurs exposent et discutent d'intéressantes hypothèses tirées de l'embryologie et de l'anatomie comparée.

Absence congénitale du tibia. (PARISEL. *Journ. de Chir. et Ann. de la Soc. Belge de Chir.*, oct.-nov. 1922, p. 243.) — Cette anomalie est beaucoup plus rare que l'absence de péroné. L'auteur l'a observée chez un enfant de 2 ans qui présentait les symptômes classiques : flexion forcée et permanente du genou qui n'offre aucune solidité et présente en dehors un petit infondibulum, atrophie et raccourcissement de la jambe, pied en varus.

Sur la radiographie on constate l'absence complète du tibia et celle de la rotule; le péroné est en contact, mais non articulé avec le condyle fémoral, il est augmenté de volume surtout au niveau des épiphyses et coudé à sa partie moyenne.

Les recherches de Dareste et une observation d'Ehrlich montrent que cette malformation est due à l'étroitesse du capuchon amniotique et aux adhérences qu'il contracte avec l'embryon dans les deux premiers mois de la vie intra-utérine. L'infondibulum noté à la face externe du genou serait une dépression cicatricielle provenant de l'implantation d'une bride amniotique, et l'incurvation du péroné a probablement été causée par la traction de cette bride.

Tantôt, comme dans le cas ici relaté, le tibia fait complètement défaut, tantôt c'est une des extrémités seule qui manque et en général l'extrémité inférieure. La rotule n'est pas toujours absente.

A la suite d'Albert de Vienne on traite généralement les malformations par une fixation du péroné dans la fossette intercondylienne, le membre étant fixé en extension.

Sur deux cas d'anomalie du sciatique poplité externe. (J. FLORENCE. Communication à la *Soc. anat. de Paris*. Séance du 14 avril 1923. In *Bull. et Mém.*, n° 4, p. 318.) — Ces deux cas à peu près superposables ont été observés chez deux sujets à quelques mois de distance.

Chez le premier, à la partie supérieure du creux poplité, le tronc du sciatique se trifurquait. La branche interne répondait au poplité interne des classiques, la branche externe au poplité externe. Quant à la branche intermédiaire, anormale, elle cheminait d'abord entre les deux nerfs précédents, puis de haut en bas verticalement jusqu'à la partie postéro-supérieure de la malléole externe où elle devenait sous-cutanée. En cours de route elle émettait d'abord un volumineux saphène péronier qui du reste ne s'anastomosait point avec le saphène externe, puis un rameau cutané pour la région postéro-externe du mollet, et enfin trois rameaux pour le long péronier latéral et le court péronier. A noter l'absence complète du péronier antérieur.

Le cadavre ayant subi au cours de travaux de dissection une désarticulation médio-tarsienne, il ne fut pas possible d'étudier l'innervation dorsale du pied.

Le deuxième sujet présentait une disposition anatomique semblable, notamment en ce qui concerne l'indépendance des nerfs destinés aux péroniers latéraux.

Ces constatations ont conduit l'auteur à rechercher les anomalies de distribution du grand sciatique. La plus fréquente consiste en une division prématurée et paraît être l'apanage des races du Nord. La division tardive est plus rare. Elle fut observée chez un individu de 60 ans au niveau de l'extrémité supérieure des jumeaux; là, le nerf donnait naissance à trois troncs : un tronc tibial très volumineux, un tronc péronier de volume habituel, un tronc moins important réunissant les deux nerfs saphènes et le rameau cutané du mollet. Il n'y avait pas dans ce cas indépendance du tronc destiné aux péronniers.

De telles anomalies expliquent l'existence de paralysies bizarres succédant à des lésions dont le siège et l'étendue les faisaient prévoir toutes différentes.

Note sur le corpuscule rétrocarotidien (DUBECQ, MASSÉ et Georges LACOSTE. Communication à la *Soc. anat. clin. de Bordeaux*; séance du 15 janv. 1923. In *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 6, 1923, p. 205.) — Il s'agit d'un corpuscule rétrocarotidien provenant d'une femme de cinquante ans disséquée au pavillon d'anatomie de Bordeaux. L'organe adhérait par son bord externe à la carotide interne; sessile, libre par rapport à la carotide externe, il occupait une position rétro-carotidienne exactement au niveau de la bifurcation artérielle. Le ganglion n'existait que d'un côté. Pour Prenant et Princeteau, cet organe se formerait aux dépens de l'endoderme de la 3e fente pharyngienne; Stieda et Meuron trouvent son origine au niveau de la 4e. Histologiquement, il se compose d'un réticulum conjonctif emprisonnant dans ses mailles des amas de cellules épithéliales arrondies, ovalaires ou polyédriques par pression réciproque (cellules chromaffines). Stilling et Kohn comparent sa structure à celle de la substance médullaire des surrénales. Pour Luschka ce serait une glande à sécrétion interne. Arnold en raison de sa richesse vasculaire le rapproche de la rate. Enfin, récemment Alezay et Peyron en ont fait un organe para-sympathique; à côté des cellules chromaffines existeraient des amas ganglionnaires nerveux de tous points comparables aux ganglions du sympathique cervical.

ABDOMEN. APPAPEIL URO-GÉNITAL

Les lymphatiques de l'utérus (J. LEVEUF et H. GODARD. In *Revue de chir.*, 1923, p. 219.) — Le traitement du cancer utérin nécessite une connaissance aussi précise que possible des lymphatiques de l'organe. Aussi l'étude très minutieuse et très fouillée de Leveuf et Godard a-t-elle en dehors d'un intérêt purement anatomique, une grosse importance au point de vue pratique.

Les auteurs ont fait porter leurs observations sur 150 nouveau-nés et 2 adultes, essayant d'injecter un territoire déterminé de l'utérus par une seule piqûre avec la masse de Gérota et parfois avec suspension d'oxyde de chrome. D'excellentes et nombreuses figures schématiques ou d'après nature illustrent ce mémoire.

Contrairement aux données classiques les lymphatiques du corps et du col utérins ont une *voie principale* unique; celle-ci, suivant d'abord l'artère utérine se rend à un ganglion principal d'où partent les efférents para-vasculaires externes qui vont à la citerne de Pecquet. Mais ils ont des *voies collatérales* dictinctes; il y en a deux pour le col, postérieures, rétro-urétérales, qui finalement au-dessus du promontoire se jettent dans le courant principal, et un pour le corps, c'est la voie utéro-ovarienne montant jusqu'au rein pour redescendre vers la voie principale après avoir traversé des ganglions situés en avant des gros vaisseaux.

Cette conception nouvelle, qui relègue au rang de voie collatérale les lymphatiques utéro-ovariens dont Cunéo et Marcille faisaient le pédicule principal du corps utérin, se défend à l'aide des arguments suivants : la voie utéro-ovarienne n'est réellement bien injectée que par une piqûre faite au niveau du fond de l'utérus; le courant qui va du fond vers le col, le long des bords de l'organe n'est pas une simple anastomose, car, d'une part les injections du corps remplissent la voie principale, d'autre part les injections du col n'ont aucune tendance à remonter vers le fond à contre-courant, enfin, quand on injecte col et corps avec des masses diversement colorées on s'assure qu'aucun collecteur particulier ne se rend du corps à un ganglion pelvien. Mais il faut remarquer que à l'intérieur de l'utérus les territoires lymphatiques sont complètement indépendants.

Voici maintenant la description des voies lymphatiques ainsi comprises :

La *voie principale* est formée de deux ou trois collecteurs qui longent le bord antérieur de l'artère utérine jusqu'au niveau du tiers externe du ligament large, puis se dirigeant

transversalement en dehors abordent l'artère ombilicale autour de laquelle ils décrivent une véritable crosse avant de gagner le ganglion principal. Dans ce trajet le pédicule lymphatique est compris avec l'artère utérine dans une lame qui peut être isolée de l'utérus situé en arrière.

Le *ganglion principal* généralement unique et volumineux est accolé au versant externe de l'artère ombilicale, en avant de l'origine de l'artère utérine. Il peut être en situation haute sur la veine iliaque externe ou plus souvent en situation basse et alors au voisinage du nerf obturateur.

A la sortie du ganglion, la chaîne lymphatique gagne le bord externe de l'artère iliaque primitive par un trajet qui tantôt suit la face antérieure de la veine iliaque externe, tantôt le bord externe de l'artère de même nom; finalement elle contourne en dehors veine cave et aorte pour aboutir à la citerne de Pecquet. Il y a souvent un ganglion de relai au-devant de la veine iliaque et un autre au niveau de la bifurcation de l'aorte.

Des deux voies collatérales du col, l'une voie hypogastrique suit l'uretère, située en avant et au-dessous de lui et arrivée à la paroi pelvienne se jette dans un ganglion de la palmure hypogastrique, l'autre voie sympathique suit le nerf hypogastrique jusqu'au promontoire et se termine dans un ganglion adjoint à la veine iliaque primitive gauche. Ensuite les deux voies réunies en un tronc commun rejoignent la voie principale en passant au-devant des vaisseaux iliaques primitifs.

Il existe habituellement une anastomose pelvienne entre la voie principale et les voies collatérales et anormalement des connexions avec les lymphatiques de la veine et du rectum.

La voie utéro-ovarienne comporte 5 à 7 collecteurs qui enlacent les vaissesux utéro-ovariens, puis se recourbent « en pluie » pour atteindre 3 à 5 ganglions étagés de chaque côté au-devant de l'aorte. Les efférents de ces ganglions débouchent dans la voie principale au voisinage de la citerne de Pecquet.

Il n'y a pas de lymphatiques du ligament rond.

Le pli pariéto-colique (membrane de Jackson). (Mutel et Fourche. *Revue de chir.*, 1922, n°s 8 et 9, p. 509.) — La genèse de la membrane dont Jackson a donné en 1909 la première description précise à propos du syndrome de la péricolite membraneuse a été expliquée à l'aide de trois théories différentes : mécanique, inflammatoire et congénitale.

Les théories mécanique et inflammatoire sont à peu près abandonnées aujourd'hui. Reste la théorie congénitale proposée, pour la première fois, par Duval, en 1910, qui, seule, explique la forme et la situation constante de la membrane péricolique, voile séreux, homogène, à vaisseaux parallèles, toujours tendu entre le péritoine pariéto-rénal et la face antéro-externe du côlon ascendant.

Mais les études les plus récentes montrent que les partisans de cette théorie congénitale ne sont pas d'accord dans leurs conclusions. Pour les uns, la membrane de Jackson est formée par le diverticule droit du grand épiploon ou diverticule de Haller, et cette opinion a été défendue à l'aide d'arguments embryologiques par Cotte, Leveuf, Keiller, avec des arguments physiologiques par Mosley et des arguments expérimentaux par Bolognési. Pour les autres, la membrane de Jackson est le fascia d'accolement pariéto-réno-colique. Cette manière de voir appartient surtout à Valtorta et à Gaetano.

Mutel et Fourche ont cherché laquelle de ces théories était exacte et ont pratiqué, dans ce but, l'étude anatomique de quatre-vingts fœtus et nouveau-nés.

Sept premières observations portent sur des embryons de douze à seize semaines, mais à cet âge, l'examen est négatif, car il n'existe encore ni fascia d'accolement intestinal ni diverticule de Haller. Les autres observations sont divisées en deux groupes : dans le premier, il s'agit de fœtus dont le côlon ascendant est accolé et dont le diverticule de Haller n'apparaît pas encore ; dans le second groupe, les fœtus observés présentaient un diverticule de Haller.

Des observations du premier groupe, les auteurs concluent : la membrane de Jackson est une formation anatomique normale, mais rare : elle n'est pas autre chose que le fascia d'accolement pariéto-colique distendu non pas par le déplacement du cæco-côlon vers le bas (théorie de Valtorta et de Gaetano), mais plutôt par un développement interstitiel des parois intestinales entre lui et la zone d'accolement du méso-côlon.

Les observations du second groupe donnent lieu, d'autre part, aux conclusions suivantes : le pli pariéto-colique aux dépens duquel se développe la membrane de Jackson ne présente aucune relation d'origine avec le cul-de-sac de Haller ; mais quand ces formations coexistent, elles peuvent présenter des rapports de voisinage très étroits ; dans ce cas, le cul-de-sac de Haller touche ou recouvre le pli pariéto-colique, mais en demeure toujours facilement séparable.

Une singulière anomalie du cæcum. (Ch. Oberling. Communication à la *Soc. anat. de Strasbourg*. Séance du 24 janv. 1923. In *Bull. et mém de la Soc. anat. de Paris*, 1923, n° 1, p. 97.) — Cette communication a trait à une malformation très rare, unique peut-être de la région iléo-cæcale. Chez un sujet de soixante ans, mort d'un cancer du rectum, l'iléon s'abouchait au bord droit du cæcum en dehors de la bandelette antérieure. A l'endroit où d'ordinaire l'intestin grêle atteint le cæcum, existait un diverticule long de 35 centimètres, muni d'un mésentère propre et dont l'extrémité, se dirigeant en haut et en arrière, se terminait en cul-de-sac au voisinage de l'ombilic. L'appendice normal s'enfonçait vers le petit bassin. Il était impossible de saisir la limite exacte entre les deux segments iléon et cæcum, car la portion terminale du grêle se dilatait progressivement en entonnoir bien avant de rencontrer le gros intestin. La muqueuse, à ce niveau, était lisse ; il n'y avait pas de valvule de Bauhin. Par contre, à l'embouchure du diverticule, existait une valvule, en tout comparable à la valvule iléo-cæcale. Là encore, la muqueuse était lisse et sa structure histologique répondait à la texture normale de l'intestin.

Aucune autre malformation ne fut trouvée chez ce sujet.

L'auteur fait remarquer qu'il ne peut s'agir, en l'espèce, d'un diverticule banal du cæcum, car l'organe était revêtu d'une muqueuse d'iléon. Est-ce là un exemple de dédoublement partiel du grêle ?

Dans les nombreuses observations publiées de dédoublements intestinaux, les deux tubes sont réunis à leurs deux extrémités et l'intestin se divise à la façon des « bras d'une rivière autour d'une île ». Or, rien de semblable n'existait dans le cas publié où diverticule et iléon gardaient une indépendance complète.

Reste l'hypothèse d'un conduit omphalo-mésentérique anormalement disposé. Cette explication paraît acceptable, mais l'observation de faits analogues serait nécessaire pour juger cette malformation de façon plus objective.

Artère mésentérique supérieure double. (E. Delannay (de Lille). Communication à la *Soc. anat. de Paris*. Séance du 21 avril 1923. In *Bull. et Mém.*, n° 4, 1923, p. 346.) — Cette anomalie fut rencontrée sur un sujet mort de péritonite par oblitération des vaisseaux mésentériques.

Une première artère mésentérique naissait à quelques millimètres au-dessous du tronc cœliaque et présentait la direction et les rapports de l'artère normale. Après un trajet de 8 centimètres elle donnait sa première collatérale jejuno-iléale; de sa convexité émergeait toute la série des branches jejuno-iléales. A 9 centimètres de son origine elle donnait une branche qui, partant de son bord droit, s'anastomosait bientôt avec la deuxième mésentérique supérieure. Cette mésentérique supplémentaire naissait à 27 millimètres au-dessous de l'origine des artères rénales et se dirigeait très en bas et à droite. Après un trajet de 8 centimètres elle se jetait dans la collatérale droite du tronc mésentérique supérieur normal, sans avoir donné de collatérales.

Cf. — Les anomalies de l'artère obturatrice et leur importance au point de vue chirurgical. (E. Stincer. In *Revista de Med. y Cir. de la Habana*, 25 mai 1923, n° 10, p. 382, 5 fig.)

Rein unique avec deux uretères. (Cuvigny et Tourneux. Communication à la *Soc. anat. de Paris*. Séance du 27-1-1923. In *Bull. et Mém.*, n° 1, p. 63. — Le rein unique, de forme sensiblement normale, bien que très allongé et presque rectiligne était logé dans la fosse lombaire gauche. Trois pédicules vasculaires, supérieur, moyen et inférieur abordaient l'organe par son bord interne. Les pédicules extrêmes se composaient

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Liste des candidats :

Première moitié. — *Première série.* — MM. Adida, Aïdan, Alavoine, Albane, Alépée, Aletru, Allard, Amaraggi, Amid, Amiot, Angeras, Anglade, Archigènes, Ardin, Ardouin, Arestide dit Barbazza, Arguello, Arion, Arnaud (Jac), Arnaud (Robert), Arnaudet, Arnon, Mlle Arnould, M. Arondel, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Artin, Ashtiany, Asselin, Attal, Aubert, Aubin, Aubriet, Auclair, Aujay, Aupérin, Aymard, Ayzac, Bachman, Bailby, Baillet, Ballard, Baratoux, Barbara, Bardin, Bardonnant, Barré, Barreau, Barthélemy, Baudet, Baussan, Beaufils, Beauvais, Mlle Begaud, MM. Benassy, Benech, Bennetin, Berard, Bérardier, Béraut, Bernard (André), Bernard (Edouard), Bernard (Paul), Berthaud, Bertrand (Jean-Philippe), Bertrand (Jean-Raymond), Bertrand (Pierre), Besseyrias, Bessot, Beust, Bezier), Bichet, Billiard, Mlle Blanchy, MM. Blanquine, Blavier, Blin, Bloch, Boelle, Boidot, Mlle Bondoux (Annette), MM. Bondoux (Georges), Bonnahon, Bonnet (André), Bonnet (Eugène), Bonnier, Mlle Bordachar, MM. Bordier, Bosdeveix, Bosnière, Bosquet, Bossard, Boulègue, Mlle Bourdin, MM. Boureau, Bourgeois, Boutot, Bouxin, Boyer (Edouard), Boyer (Marius), Brandy.

Deuxième série. — MM. Braunstein, Bréhier, Bretey, Briau, Briol, Brisard, Brody (Charles), Mme Brody (Malvine), MM. Brun, Bruneau, Mlle Brunel, MM. Bruneton, Bruyerre, Buisson, Mlle Cabanel, MM. Cadinouche, Caillard, Caillaud, Caïn, Calamy, Calman, Mlle Camayor, MM. Camus, Cannac, Cao-Si, Capelin, Caraès, Carniol, Cassan, Castets, Cavalier, Cayet, Chabellard, Chabrol (Henri), Chabrol (Pierre), Chalnot, Chalot, Mlle Champagne, MM. Charapanovsky, Charles, Charrin, Chauveau, Chauvineau, Mlle Chevillon, MM. Chevrolle, Chincoulesco, Choffé, Chosson, Mlles Chrétien, Chuit, MM. Clément, Cliquet, Clupot, Cohen-Solal, Coliez, Mlle Colombani, MM. Comar, Constantoulakis, Contiadès, Coquelin, Coquille, Corbier, Cord, Cordier, Coste, Cot, Cottet, Cotty, Cougnot, Mlle Courtine, MM. Courtois, Cousin, Couvelaire, Cros, Mlle Cuenin, MM. Cuvillier, Dansaert, Dany, Dardenne, Daudans, Daure, Dausse, David, Debon, Degos, Delafarge, Deléage (André), Deléage (Pierre), Deleau, Delfraissy, Delmas, Delorme, Demailly, Demoly, Demoulin, Denichou, Denis, Derancourt, Deschamps, Mlle Desderli.

Troisième série. — MM. Desmier, Dessirier, Detcheparre, Detrois, Devaux, Devoucoux, Dhaussy, Douady, Douvry, Dragomiresco, Dreyfus, Droux, Dubard, Mlle Dubois (Mag.), MM. Dubois (Jean), Ducas, Mlle Duceux (Paule), MM. Duchatel, Duclos, Mlle Ducreux (Jeanne), MM. Ducrot, Dufet, Dumon, Dupont, Durand, Duranton, Durel, Duval, Duvernoy, El Baz, Enriquez, Even, Eydmond, Fabre, Faguet, Fail, Faivre, Fallex, Fardeau, Farell O'Reilly, Fau, Faucher, Favier, Mlle Fayot, MM. Ferrand, Ficonetti, Filippini, Flamet, Fleury, Forgeois, Fort, Mlle Forthomme, MM. Fortier, Fortin (André), Fortin (René), Fourcade, Fournié (Francis), Fournié (Roger), Mlle Fournier (Berthe), MM. Franco, François, Friedmann, Fromont, Gabriel, Gadaud, Gallot, Gannat, Garat, Gasiglia, Gasser, Gaston, Gaucher, Gauthier, Georges, Gerodias, Giard, Gibert, Mlle Gillard, M. de Ginestet, Mlle Ginger, MM. Giorgi, Girard, Girond, Glaive, Gloppe, Godefroy, Goduillon, Goidin, Mlle Goldberg, M. Colé, Mlle de Gontant-Biron, MM. Gordon, Gorodiche, Goulet, Goupille, Gousseinbekoff, Gozlan, Grand, Griolet, Griveaud.

Quatrième série. — MM. Grollet, Grunberg, Gueyne, Guillain, Guillemin. Guillon, Guillot, Guilmard, Guybert de la Bausserie, Guyot, Hage, Hainarosie, Halphen, Hamel, Hamelin (Jean), Hamelin (Robert), Hazan, Héber-Suffrin, Hébert, Heim, Hellmann, Hennion, Mlle Henry, MM. Herman, Hervy, Ho-Dac, Hodanger, Hollander, Horovitz, Hude, Mlle Huguet, MM. Hurpy, Iehiel, Illaire, Mlle Imbert, M. Ismojik, Mlle Jacob (Elisabeth), MM. Jacob (Erwin), Jampolsky, Jaudel, Jaymes, Jesover, Jonard, Joseph, Jouanneau, Jouniaux, Jourdan (Georges), Jourdan (Pierre), Jousset, Jubelin, Juge.

Deuxième moitié. — *Première série.* — MM. July, Kapandji, Katz, Kaufmann, Kintgen, Kirszblum. Kreyts, Kuborn. Kuntzli, Laborde (Jean), Laborde (Pierre), Lacaille, Lacaze, Lacoste, Lacroix, Laflotte, Lagasquie, Mlle Lamberjack, MM. Lambert, Lancesseur, Lançon, Landrieu, Lapeyre, Lapiné, Lardat, Lardennois, Laroche, Larsonneur, Laussel, Laverdet, Lazerme, Lebenthal, Lebis, Leblanc, Lebleu, Mlle Lebois, MM. Le Buanec, Lecallier, Lechertier, Leconnier, Ledos, Lefas, Lefranc, Legâté, Lelièvre, Le Loupp,

Lelourdy, Lemasle, Le Moniet, Lenègre-Thourin, Lequint, Lereboullet, Le Renard, Leroy, Lersch, Mlle Letailleur, MM. Levassor, Lévy (David), Mlle Lévy (Françoise), MM. Lévy (Emmanuel), Lévy (Missin), Lévy-Klotz, Mlle L'Hoir, MM. Lièvre, Lignières, Limal, Lionnet, Lioret, Lortat-Jacob, Loué, Louvet (Engène), Louvet (Louis), Mlles Magrah, Maigron, MM. Mainguy, Maire (Jacques), Maire (Roger), Maire-Améro, Malachier, Maldavan, Malfuson, Malpart, Mamon, Manesse, Mantion, Maraval, Marceau, Marcus, Mariau, Maricot, Marion, Martellière, Martin (Fleury), Martin (Henri), Martin (René), Marty, Maruani, Masquet, Masquin, Massina.

Deuxième série. — MM. Massot, Mastagli, Matamoros, Matifat, Mlle Matrat, Mme Maunoury, Mlle de Mayo, MM. Médioni, Meillaud, Mlles Meinier, Mennerêt, MM. Mérand, Mercier, Merle, Meunier, Meyer, Mezger, Mialaret, Michaut, Miget, Milhiet, Milleret, Minor, Miquel, Moline, Mondon, Monmignaut, Mlle Monneyrat, MM. Monod (Olivier), Monod (Pierre) Montant, Mlles Thibaut de Montauzon de Lafaye, Moreau (Denise), M. Moreau (René), Mlle Moret, MM. Mortzun, Mouchet, Moullard, Moureau, Mourrut, Moussette, Moutarde, Moyse, Muffang, Munié, Nadji, Naggiar, Natier, Negroni, Nesis, Mlle Neveu, MM. Nicoglou, Nicolle, Nouvion, Odobachi, Mlle Odru, MM. Ogarrio, Mlle Oguse, M. Ollivier-Henry, Mlle Oppenot, MM. Ottavi, Padovani, Pagès, Mlle Paounovitch, M. Papadopoulos, Mlle Papaïoannou, MM. Parent, Paschetta, Patry, Patte, Paul (Christian), Paul (Georges), Paulin, Pecker, Parachon, Peraire, Mlle Péraud, MM. Péri, Péron, Perrier, Mlle Perrin, M. Petit, Mlle Petrovitch, MM. Phalippou, Philouze, Picard, Picarda, Mlle Pichot, MM. Picot, Piet-Lataudrie, Pigache (André), Pigache (René), Pillière de Tanouarn, Pilpoul, Mlle Pinel, MM. Piquard, Pirel, Poinceau, Polacco, Poligone.

Troisième série. — Mlle Polouski, MM. Poublan, Prat, Préaut, Pressat, Preux, Prévost, Mlle Prieur, MM. Prince, Prugniaud, Puche, Puyaubert, Queriault, Quivet, Quivy (Jacques), Quivy (Jean), Mlle Rabanit, MM. Rabetrano, Raganeau, Ranglaret, Rault, Régis, Rétat, Revel-Moreau, Rey, Richard, Rigaud, Rigot, Ringard. Mlle Riom, MM. Ripert, Rivière (Jean), Rivière (René), Roeder, Rogès, Rondepierre, Rone, Roquejeoffre, Rosenthal, Rosso, Rothéa, Rouart, Rouchon, Roulin, Rousseau, Roussier, Rouzaud, Rudaux, Rue (de la), Ruggiero (di), Saint-Martin, Saint-Pierre, Sallet, Saponnik, Saraudy, Saulgeot, Mme Saulnier, née Billard, MM. Savigny, Schalck. Schapiro, Schatz, Schiever, Schlesinger, Schmidl, Schwob, Sée, Séjournet, Mlle Selikowitch. MM. Sens, Sergent, Serré, Servy, Sevestre, Mlle Seyrig, MM. Sicard, Signeux, Mlles Simon, Skwirsky, MM. Solakian, Soulié. Sourice, Spatzierer, Spindler, Mlle Stankiewicz (de), MM. Sterbini, Sterianos, Stoolet, Storoge, Sustendal, Mlle Sylvestre, MM. Szumlanski, Tabuteau, Taillandier (de), Mlle Talmazsky, MM. Tchou, Tellier, Terrade, Terrenoire, Thevenin.

Quatrième série. — Thiercelin, Thoison, Thuet, Thuvien, Tillé, Timsit, Tolila, Toubiana, Tournadre, Tournant, Touvet, Trial, Tribalet, Mlle Trousson, MM. Trubert, Uhry, Vala, Van der Elst, Mlle Vannier, M. Vasseur, Mlle Vaudier, MM. Vaudour, Vayssière. Verboud, Vernier, Mlle Versini, MM. Vetillard, Vezin, Mlle Vidal, MM. Villechaize, Villeneuve, Villequez, Villoutreix, Vincent, Voignier, Voillemin, Waddington, Weill (Adrien), Mlles Weill (Suzanne), Weiss, M. Werblunsky, Mlle Wertheimer, MM. Wester, Weyl, Wibaux, Zagdoun, Zaliouk, Zambeaux, Zimmer (Louis), Zimmer (Hirsch), Zitzerman.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés : *Au grade de médecin aide-major de 2e classe dans le cadre des réserves.* — MM. les médecins auxiliaires Lévy et Triaire.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — Nous sommes informés que le Comité italien, organisateur, se trouvant dans l'impossibilité de tout préparer pour recevoir aussi dignement qu'il le veut les congressistes étrangers, le 7 octobre prochain, a décidé de reporter le Congrès au printemps de 1924.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de grand officier.* — M. le professeur Bergonié (de Bordeaux); M. le docteur Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

Au grade de commandeur. — MM. le docteur J.-B. Pierre Bazy (de Paris); les professeurs Léon Bernard (de Paris), Borrel (de Strasbourg), les docteurs Faivre, Louis Martin, Jules Renault; M. René-Marie Vallery-Radot, président du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur de Paris.

Au grade d'officier. — MM. le docteur Bouquet (de Brest), le professeur Brumpt (de Paris), le docteur Brunschwig (du Havre), le professeur Courmont (de Lyon), le docteur Cruveilhier (de Paris), le professeur Domergue (de Marseille), les docteurs Dufour (de Fécamp); le professeur Fernbach (Institut Pasteur); M. Fourneau, chef de service à l'Institut Pasteur; les docteurs L.-J. Fournier, Guilhaud, L. Guinon (de Paris), Loir (du Havre), Macé (de Paris), les professeurs A. Marie et Mesnil (de l'Institut Pasteur), M. Ott (de Paris), M. Piot (du Caire); le professeur Poisson (de Nantes), M. Prévot (de Garches), chef de service à l'Institut Pasteur; les docteurs Queyrat, Thierry, M. Tourtel, les docteurs Veillon, Emile-Weil (de Paris), Edmond Weill (de Lyon), M. Marchadier (du Mans), le docteur Carpentier-Méricourt (de Paris).

MM. les docteurs Alexandre (Gaston), Kemhadjian (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Abt (de Paris), Arnaud (de Marseille), le professeur Arthus (de Lausanne), les docteurs Bain (du Caire), Bayeux, Berthelot, Besredka, M. Boquet, les docteurs Bouquet, Briend, M. Césari, les docteurs Danysz, Henri Darré, M. Dimitri, les docteurs Dujaric de la Rivière, Dumas (de Paris), Eméric (de Saint-Etienne), Fabre [Mme], M. Fontête, les docteurs Lafosse, Ledebt [Mlle] (de Paris), Lhomme (de Larochefoucauld), Mestrezat, M. Mouton, les docteurs Nattan-Larrier (de Paris), Nègre (d'Alger), Pagliano (de Marseille), Pozerski, M. Ramon, les docteurs Saleil, Sérieux, M. Tendron, les docteurs Turchini (de Paris), Vallée (de Lille), M. Viala, les docteurs Vitout, Weinberg (de Paris), Parisot (de Nancy), Bourny (de Salins), Lebailly (de Caen), Roullies (d'Agen), Villeneuve (de Rambouillet), Larcher (de Paris), Matza (de Paris), MM. Duclaux, Vallaert (de Lille), Agulhon, les docteurs L.-J. Vallery-Radot-Pasteur (de Paris), Vansteenberghe (de Lille), Rouché (de Paris).

MM. les docteurs Jules Bongrand (de Paris), Clarou (du Vigan), Durand (du Puy), Guillier, Kritchevsky, Lanos [Mme] (de Paris), Nivière (de Vichy), Raffegeau (du Vésinet), du Souich (de Villeneuve-Saint-Georges), Sersiron (de La Bourboule), Gillet (de Marseille), Lora (de Djidjelli).

RENSEIGNEMENTS

STÉNO-DACTYLO, comptable 6 ans hôpit., dés. secrét. ou écon. dans clin. France ou colonies. Exc. réf. S'ad. Journal.

REVUE GÉNÉRALE

RÉFLEXES SYMPATHIQUES CUTANÉS

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Laennec.

L'étude des *syndromes sympathiques*, que j'ai analysés ailleurs (1), nécessite l'exploration des *réflexes sympathiques*.

Après quelques généralités sur les *réflexes sympathiques*, je me limiterai ici à l'exposé des *réflexes sympathiques cutanés*.

*
* *

I. **Réflexes sympathiques.** — Pour étudier les syndromes sympathiques, il faut avoir, comme pour l'examen du système nerveux de relation, un certain nombre de *réflexes* à rechercher, réflexes, dont l'exagération, la diminution, la suppression ou l'asymétrie ont une valeur localisatrice. A titre d'exemple, citerais-je les réflexes sympathiques partiels?

Dans son remarquable travail sur les troubles de la réflectivité sympathique dans la syringomyélie, André Thomas (2) a insisté sur l'importance sémiologique des *réflexes partiels*. Soit, par exemple, le réflexe pilo-moteur déclenché par une excitation cervicale et qui s'arrête à tel étage radiculaire. Cet arrêt n'implique d'ailleurs pas que la colonne sympathique soit interrompue ou disparue dans tout le segment spécial qui correspond à la zone d'aréflexie, le réflexe pouvant quelquefois être obtenu dans cette zone en excitant un autre point de la peau en relation plus directe qu'elle. Dans ce dernier cas, ce réflexe partiel est vraisemblablement un réflexe exclusivement spinal, puisqu'il peut se produire par excitation dans une région anesthésique.

« Les réflexes partiels sont donc comparables, ajoute avec justesse André Thomas, dans une certaine mesure, aux réflexes spinaux de défense, et d'ailleurs le réflexe spinal pilo-moteur peut accompagner les mouvements réflexes de défense. Les réflexes partiels présentent encore cette particularité, un peu paradoxale, d'être plus facilement provoqués par des excitations appliquées en zone anesthésique que le réflexe encéphalique sur le côté sain par des excitations en zones sensibles.

La *peau* et la *pupille* sont les lieux d'élection de la recherche des réflexes sympathiques. De plus, en raison des fonctions *viscérales* et *métaboliques* du sympathique, il est nécessaire de mettre en évidence des *réflexes viscéraux* et l'*activité des échanges*. Enfin, des agents chimiques comme le nitrite d'amyle, des hormones comme l'adrénaline et des alcaloïdes comme l'atropine, la cocaïne, la nicotine, la pilocarpine, l'ésérine, déterminent des réactions si électives qu'elles constituent comme des *irritants réflexes spécifiques*.

Une étude complète des réflexes sympathiques devrait donc comprendre les *réflexes cutanés vaso-moteurs*, *pilo-moteurs*, *sudoraux*, les *tests* à l'*atropine*, l'*adrénaline*, la *pilocarpine*, l'*ésérine*, la *cocaïne* et les *extraits glandulaires*, le *réflexe oculo-cardiaque* et ses analogues, les *réflexes viscéraux* dont je rapproche l'*épreuve de l'hémoclasie digestive* et l'*épreuve du métabolisme basal*, enfin les *réflexes pupillaires* et *tendineux*, qui ne dépendent pas seulement du système nerveux de relation. Je dois aujourd'hui me limiter aux réflexes sympathiques cutanés.

II. **Réflexes sympathiques cutanés.** — J'envisagerai successivement les réactions *vaso-motrices*, *thermiques*, *pilo-motrices* et *sudorales*.

Réflexes vaso-moteurs cutanés. — Les *réflexes vaso-moteurs cutanés* sont déterminés par tant de causes qu'ils doivent être étudiés d'abord dans leur manifestation locale consécutive à une *excitation mécanique*, c'est-à-dire dans la *raie vaso-motrice de Vulpian*, appelée selon la prédominance de la réaction vaso-dilatatrice ou de la réaction vaso-constrictive, *raie méningitique de Trousseau* ou *raie blanche*. Avec la pointe mousse d'un crayon formant, avec la peau, un angle de 60 degrés environ, on trace sans pression une raie sur la peau. D'abord blanche, de la largeur de la pointe traçante, elle devient rouge, bordée de deux bandes blanches. Bientôt les bords de la raie rouge se délayent en dents de scie rose dans les deux bandes blanches, dont les limites s'effacent, et tout disparaît. Chez l'individu normal, l'intensité et la durée des raies rouges et blanches ne sont pas les mêmes selon les régions. Aussi faut-il, dans des études comparatives, se mettre toujours rigoureusement dans les mêmes conditions.

Quand la raie rouge est précoce, très marquée, dure longtemps et persiste seule, après la disparition des bandes blanches, c'est la raie « méningitique » de Trousseau, qui ne s'observe, d'ailleurs, pas seulement dans les méningites, mais toutes les fois que la vaso-dilatation l'emporte sur la vaso-constriction. Si la raie devient papuleuse, c'est le *dermographisme*, avec ses deux variétés, le rouge et le blanc, ce dernier répondant à l'*urticaire*.

La raie méningitique de Trousseau s'observe toutes les fois que la vaso-dilatation l'emporte sur la vaso-constriction.

Il en est ainsi chez les sujets chez lesquels Marañon (1) a découvert le **signe de la tache rouge thyroïdienne**. Quand, dit-il, on frotte doucement avec le bout des doigts ou avec un objet émoussé la peau de la partie antérieure du cou et antéro-supérieure du thorax d'un individu ayant le système nerveux un peu irritable, la peau irritée prend une couleur rouge plus ou moins intense et généralement passagère. Dans certains cas, la réaction produite par le frottement se limite et persiste au niveau de l'aire de projection cutanée du corps thyroïde, dont elle reproduit le contour quelquefois avec une exactitude remarquable, coïncidant ainsi avec l'hyperesthésie de Lian (2). Suivant Marañon, chez 80 p. 100 des malades atteints d'hyperthyroïdisme, on observe cet érythème, qui est lié à une hypersympathie vaso-motrice.

---

(1) M. Laignel-Lavastine. *Pathologie du sympathique. Essai d'anatomo-physio-pathologie clinique*. In-8 de 900 pages, Alcan, 1923.

(2) André Thomas. *Soc. de neurol.*, 4 mai 1922; — *Revue neurol.*, juillet, p. 886-901.

(1) G. Marañon. Sur le signe de la tache rouge thyroïdienne, *Soc. méd. des hôpit.*, 1er déc. 1922, p. 1635-1641; — Un sintoma muy constante de l'hyperthyroïdisme, *Rev. espan. de med. y cir.*, Barcelone 1919.

(2) Lian. Les petits basedowiens, *Presse méd.*, 1918, n° 72.

Quant au signe de Lian (1), il se peut qu'il soit lié aux troubles vaso-moteurs. Certains troubles de la sensibilité cutanée peuvent aussi rentrer dans les réflexes sympathiques, comme les zones radiculaires de Head, les cas de J. Mackenzie où une perturbation viscérale provoque des troubles de la sensibilité cutanée par l'intermédiaire d'un réflexe sensitif. Lian se demande si l'hyperesthésie de la région thyroïdienne, qu'il a décrite chez les basedowiens, relève de ce mécanisme ou d'une imprégnation toxique des filets sympathiques thyroïdiens.

Quand la raie, consécutive non au passage du crayon, mais à l'effleurage du doigt, apparaît et persiste blanche, c'est la *ligne blanche*, *dite surrénale*, *de Sergent*.

Comme cette ligne blanche a donné lieu à toute une polémique, il faut d'abord bien s'entendre sur la *technique* de sa recherche.

Voici comment la décrit Sergent (2) lui-même.

« Pour rechercher la « ligne blanche surrénale », on choisit, de préférence, la peau de l'abdomen, sur laquelle on trace une figure géométrique, un rectangle, un triangle, une croix; de cette façon, on évite la confusion avec une trace quelconque de cicatrice, de pli de la peau, etc. J'ai l'habitude de tracer un rectangle autour de l'ombilic. On trace cette figure à l'aide d'un *corps mousse*, l'extrémité arrondie d'un porte-plume, ou, plus simplement, la pulpe du doigt, en ayant le plus grand soin d'*éviter le frottement*, si léger soit-il, de l'ongle; le tracé doit être fait par un *simple frôlement*, superficiel; il ne faut ni appuyer, ni gratter; il faut procéder *lentement* et non point avec rapidité; un tracé hâtif est toujours brutal, appuyé; il heurte et surprend les vaso-moteurs, dont il trouble les réactions, au lieu de les solliciter; j'ai coutume de dire à mes élèves qu'une telle manière de procéder est tendancieuse, parce qu'elle provoque l'erreur. *Lorsqu'on a ainsi fait ce tracé, on interdit tout mouvement au malade et on attend.* Dès le premier moment, si la technique a été bien suivie, on ne doit rien voir; ce n'est qu'*après plusieurs secondes*, une demi-minute environ, qu'on voit apparaître, sur tout le trajet qu'a suivi le doigt, une bande linéaire, pâle, qui peu à peu, devient de plus en plus nette, de plus en plus blanche, en même temps qu'elle s'élargit, au point de dépasser la largeur du tracé dessiné par le doigt. Cette ligne blanche atteint son *maximum de netteté au bout d'une minute environ* et le conserve une, deux, trois minutes avant de *s'effacer progressivement*. C'est, du moins, ce qu'on constate dans les cas les mieux caractérisés, les seuls, d'ailleurs, qui aient une valeur réelle et que, pour ma part, j'aie retenus pour mes observations. Un certain nombre d'*erreurs* peuvent provenir d'une mauvaise technique; je ne reviendrai pas sur celles qui sont imputables au *degré de pression* exercée par l'observateur, quand il fait son tracé; je veux signaler des causes d'erreur, sur lesquelles je n'ai point encore attiré l'attention et que j'ai eu l'occasion de reconnaître. Tout d'abord, l'*éclairage* joue un rôle important; sous la grande lumière du jour, au soleil, de même que dans un éclairage artificiel trop intense, surtout électrique, il est parfois difficile d'apercevoir la ligne blanche; j'ai coutume, après avoir dessiné mon tracé, de relever le drap ou la chemise du malade, de telle façon que je porte une ombre légère, comme celle que donnerait un écran; par cette précaution, j'ai mis en évidence des lignes blanches, qu'un premier examen n'avait pas décelées. »

Recherchée dans ces conditions, la ligne blanche peut s'observer dans l'insuffisance surrénale. Raie blanche, essentiellement normale et physiologique, elle paraît être, avant tout, une *réaction idio-musculaire* des petits vaisseaux cutanés (1).

Par cette contractilité idio-musculaire s'expliquerait l'observation, faite par Sézary (2), d'une raie blanche provoquée par frôlement de la paroi abdominale d'un sujet, mort de *delirium tremens*, depuis dix minutes environ. C'est cette contractilité idio-musculaire, que j'ai étudiée avec Tinel (3), en montrant le rôle de la pesanteur dans sa mise en évidence et son exagération au niveau d'un nævus vasculaire du fait d'une malformation sympathique. Là était saisie sur le vif la relative indépendance de la contractilité capillaire vis-à-vis des vaso-moteurs des artérioles.

Après la ligne blanche doit être citée la *tache blanche*. J'ai relevé, avec M. Hallion (4), chez des sujets sains et surtout chez des malades, la rapidité avec laquelle s'efface la tache blanche, provoquée sur la peau, non point par un frottement, action essentiellement excitante, mais par une simple compression passagère, agent d'anémie essentiellement mécanique. Nous cherchions à apprécier ainsi la rapidité de la circulation capillaire, dans diverses circonstances normales et pathologiques.

A priori, on pouvait présumer les conditions capables d'influer sur ce phénomène.

Dans la zone anémiée par la compression, le sang reviendra d'autant plus rapidement, qu'il trouvera le réseau capillaire plus perméable, et surtout qu'il l'abordera sous une poussée plus forte. Quand la pression artérielle est élevée, quand les artérioles de la peau sont dilatées, le sang affluera vite; de même, si l'on détermine une forte pression veineuse, le sang refluera. Des conditions inverses engendreront des effets inverses.

Nos recherches cliniques, poursuivies pendant plus d'un an, sur quatre cents sujets environ, nous ont donné des résultats conformes à la théorie.

L'influence veineuse ne s'exerçant pas d'une façon appréciable dans les circonstances physiologiques, restent deux facteurs principaux de variations : la *pression artérielle générale* et la *perméabilité des artérioles locales*.

Nous avons dressé des tableaux comparatifs de la température centrale, du pouls radial, de la tension artérielle, du pouls capillaire et de la tache blanche.

Nous avons vu ainsi que la rapidité d'effacement

(1) C. Lian. Sur le signe de l'hypéresth. de la r. thyr., *Soc. méd. des hôpit.*, 15 nov. 1918, p. 1031-1046, et 12 janv. 1923, p. 36-42.

(2) E. Sergent. La « ligne blanche surrénale ». Comment il faut la rechercher. La valeur séméiologique qu'il convient de lui donner, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mai 1916, p. 390.

(1) Samson Wright. Some obs. of the nat. and diagn. signifiance of the white line of Sergent, *Endocrinology*, juillet 1922, p. 493-510.

(2) A. Sézary. La ligne blanche cutanée dite normale, *Ann. de méd.*, mai 1922, p. 405.

(3) Laignel-Lavastine et Tinel. Un cas de nævus pseudo-radiculaire du membre supérieur. Contribution à l'étude des topographies sympathiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 juillet 1920, p. 1048-1052.

(4) Hallion et Laignel-Lavastine. Recherches sur l'activité de la circulation capillaire de la peau à l'aide d'un procédé nouveau, procédé de la tache blanche, *Soc. de biol.*, 26 juillet 1902; *Soc. méd. des hôpit.*, 30 janv. 1903.

de la tache était en raison directe de l'amplitude du pouls capillaire.

La durée de la tache blanche nous renseigne sur l'activité de la circulation capillaire, et, par suite, sur la valeur de la pression capillaire dans la région explorée.

La pression capillaire est, elle-même, sous la dépendance de certains facteurs, dont les plus directs sont l'état de la pression artérielle générale et l'état de vaso-constriction ou de vaso-dilatation des artérioles locales.

Pour des valeurs sensiblement équivalentes de la pression artérielle, la durée de la tache blanche reflète les variations vaso-motrices locales.

Elle montre que telle rougeur cutanée, qu'on attribue couramment à une vaso-paralysie, est associée en réalité à une constriction des petits vaisseaux. Nous l'avons constaté chez des hémiplégiques. Très simplement, l'exploration que nous avons proposée permet de distinguer une *angioparésie* d'un *angiospasme*. La durée de la tache est courte dans le premier cas, prolongée dans le second.

Pareillement, pour un état sensiblement identique des conditions qui influent sur la tonicité des artérioles locales (la température du milieu ambiant en fait partie), la tache blanche trahit les modifications de la pression artérielle. A ce point de vue, le signe clinique de la tache blanche a, sur l'exploration sphygmomanométrique directe, le désavantage d'une moindre précision. Il offre, par contre, l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi d'un appareil, et nous avons vu qu'il peut fournir, notamment sur l'état du cœur au cours des infections, des renseignements très valables.

En définitive, le procédé, que j'ai proposé avec Hallion pour l'exploration de la pression capillaire, est exact en principe, fidèle en fait, simple, facilement applicable à la clinique, et capable de fournir des renseignements intéressants sur la pathogénie de certains troubles morbides, sur le diagnostic et le pronostic de certaines affections.

Ces diverses épreuves ne nécessitent pas d'instrumentation ; aussi doivent-elles être précisées et complétées.

Or les ingénieux instruments qu'a fait construire L. Schwartz [de Bâle] (1) permettent justement cette mesure. Ces instruments, susceptibles de mesurer la pression déterminant l'érythème ou *éreutomètres*, ont l'un une extrémité plane et l'autre une fine extrémité pointue et obliquement dirigée, pour ne pas piquer la peau, quand on y trace une raie. Selon le vocabulaire de M. Schwartz le premier éreutomètre permet la mesure du dermographisme périphérique rouge ou blanc, c'est-à-dire de la raie de Vulpian et de la raie blanche de Sergent, et le second éreutomètre la mesure du dermographisme douloureux réflexe, rouge ou blanc.

Ces instruments, en introduisant des nombres dans une méthode d'investigation de portée très générale, peuvent rendre de grands services, et c'est pourquoi j'ai tenu à les signaler.

Pour étudier la circulation capillaire des doigts et des orteils et les variations des réflexes vasomoteurs, Jean Camus a fait construire des instruments susceptibles de donner des *tracés* de grande amplitude.

(1) L. Schwartz (de Bâle). Le dermographisme comme méthode d'investigation neurologique et générale, *Congr. des alién. et neurol.*, Besançon, août 1923.

Ces appareils permettent de prendre, isolément, le pouls capillaire de la pulpe des doigts et des orteils, de la face dorsale des doigts et des espaces interdigitaux.

L'inscription simultanée des modifications vasomotrices de deux doigts symétriques permet de juger de la valeur des réflexes des deux côtés sous l'influence du froid et du chaud.

Ces appareils de Camus synthétisent le *pléthysmographe digital d'Hallion et Comte* et l'*oscillomètre de Pachon*.

Ces deux instruments, d'un emploi facile et courant en clinique, donnent des renseignements de premier ordre non seulement sur les réactions vaso-motrices cutanées, mais encore sur les réactions cardio-vasculaires en général.

C'est ainsi que le *pléthysmographe digital* permet d'enregistrer les modifications du pouls capillaire dans toutes les circonstances possibles et, par conséquent, fournit un élément dans tous les réflexes sympathiques.

C'est ainsi que l'*oscillométrie* est maintenant à elle seule toute une science. Les perturbations nerveuses par les modifications qu'elles apportent soit à la maxima, soit à la minima de la pression artérielle, soit à la grandeur des oscillations de l'aiguille du grand cadran dans l'appareil de Pachon, sont au premier rang des causes des variations oscillométriques.

Aussi, pour le neurologiste, l'oscillomètre de Pachon est-il encore plus utile que le sphygmotensiophone de Vaquez-Laubry, qui ne permet pas de comparer l'amplitude des oscillations. Par contre, l'appareil de Vaquez-Laubry, par le signe de la *vibrance* artérielle, qu'il décèle et dont il permet de mesurer les conditions d'apparition et de disparition, complète, avec le Pachon, l'arsenal vasculaire du neurologiste.

Le *graphique oscillo-auscultatoire poignet-bras*, tel que l'a établi Delaunay (1), permet d'exprimer par des courbes des différences d'origine nerveuse. Pour établir le graphique, le sujet étant couché, on note d'abord le pouls et l'on prend la courbe oscillométrique au poignet ; il suffit de déterminer rapidement, au cours de l'exploration habituelle, l'amplitude des oscillations, de les reporter ensuite sur une feuille quadrillée, portant sur la ligne des abscisses les pressions en centimètres de mercure et sur celle des ordonnées les valeurs d'amplitude des oscillations, une demi-division du cadran répondant à un centimètre de mercure. En réunissant par une ligne droite, comme pour la courbe thermométrique, les divers points ainsi déterminés, la courbe oscillométrique est tracée ; elle doit être lue de droite à gauche.

La courbe du bras est établie de la même manière dix minutes plus tard ; mais, en outre, au cours de l'exploration, grâce au sphygmophone placé au pli du coude, la pression correspondant à la Mx auscultatoire est exactement déterminée et notée.

La comparaison des graphiques oscillométriques recueillis au poignet et au bras a permis à H. Delaunay (2) les remarques suivantes : à l'état normal,

(1) H. Delaunay. L'exploration oscillométrique de la circulation. Le graphique oscillo-auscultatoire, *La Médecine*, sept. 1920, p. 737-740.

(2) H. Delaunay. Le graphique oscillométrique poignet-bras ; rapports normaux et pathologiques des deux courbes, *Soc. de biol.*, 7 juin 1919, p. 623.

la courbe du poignet est régulièrement incluse dans celle du bras et en est la réduction symétrique.

Dans la vaso-dilatation la courbe du poignet s'amplifie plus que celle du bras. Au contraire, la vaso-constriction diminue surtout l'amplitude de la courbe du poignet.

A l'état pathologique, la convergence des courbes a pour cause principale la vaso-dilatation périphérique; la divergence des courbes s'observe inversement dans les états de vaso-constriction périphérique.

Le décalage des courbes peut avoir pour cause la sphygmolabilité du sujet. On l'observe, par exemple, pour une diminution de l'élasticité artérielle du segment bras-poignet.

On sait que les tracés pléthysmographiques des doigts, de la main, de l'avant-bras, etc., rendent compte des modifications de volume déterminées dans le membre sous l'influence du froid, de la chaleur, du travail musculaire ou cérébral. Les tracés oscillométriques varient aussi selon ces causes.

Pléthysmographe et oscillomètre serviront donc à l'*épreuve de la glace*, l'*épreuve du bain chaud*, l'*épreuve du travail musculaire* ou *cérébral*.

L'épreuve de la glace a été précisée par O. Josué et Paillard (1). Le sujet est couché commodément; le membre supérieur est découvert et débarrassé de tout lien pouvant exercer une constriction. L'avant-bras repose sur le lit, la face antérieure dirigée en haut. On veillera à ce que le sujet ne change pas la position du bras, de l'avant-bras ou de la main et à ce que les masses musculaires soient en résolution complète. On prend le pouls et la pression trois fois de suite à deux minutes d'intervalle, et l'on fait agir la glace deux minutes après, c'est-à-dire six minutes après le début de l'épreuve. On se rend compte, en procédant de la sorte, de l'influence de l'émotion sur le malade.

Au bout de ce temps, on fait placer par un aide un morceau de glace, de forme appropriée, au pli du coude, du même côté ou du côté opposé. Le fragment de glace sera assez grand pour occuper environ toute la largeur de la région. On aura soin d'éviter toute pression, qui pourrait gêner le cours du sang; le morceau de glace sera simplement maintenu. Aussitôt le fragment posé, on prend le pouls et la pression, puis on recommence après deux, quatre et six minutes; deux minutes plus tard, on enlève la glace et on essuie la peau, puis on procède aussitôt à une nouvelle mesure. On prend ensuite le pouls et la tension deux, quatre et six minutes après que la glace a été enlevée. Quand l'accommodation du système artériel est normale, la pression reste presque invariable, tandis que la fréquence du pouls se modifie; ou bien pouls et pression oscillent simultanément, mais les oscillations sont conformes à la loi de Marey, c'est-à-dire que le pouls se ralentit quand la pression augmente, tandis qu'il s'accélère quand la pression baisse. A l'opposé, dans la réaction de mauvaise accommodation ou d'incoordination, le pouls reste immuable, tandis que la pression varie, ou bien pouls et pression se modifient simultanément, mais les oscillations se font en sens inverse de la loi de Marey.

Pour juger de l'asymétrie des réactions vasculaires dans les affections nerveuses, il faut appliquer la glace, soit dans le dos, soit sur le sternum. Ainsi sont exagérées des asymétries vaso-motrices, telles que celles que Logre et Bouttier ont observées chez des commotionnés.

On peut remplacer la glace par un *tampon d'éther*, mais les réactions sont plus complexes, à l'action du froid s'ajoutant celle des vapeurs inhalées.

L'épreuve du bain chaud, bien codifiée par Babinski, permet de distinguer l'angiospasme, qui cède à la chaleur, de l'artérite oblitérante, dont les effets ne sont pas modifiés par l'épreuve.

L'épreuve de la chaleur, réduite à l'application de tubes chauds sur la ligne médiane du dos ou de la poitrine, est symétrique de l'épreuve de la glace et renseigne comme elle sur l'ampleur et la symétrie des réactions vaso-motrices.

D'ailleurs, il est toute une thérapeutique, l'**hydrothérapie**, qui est basée sur les effets différents obtenus par des variations de chaleur ou de percussion et qui réalise au mieux toutes les épreuves vaso-motrices cutanées.

Les épreuves du travail musculaire sont classiques depuis Mosso, de même que celles du *travail cérébral*.

Je ne peux insister, mais je dois faire remarquer que, dans toutes les épreuves précédentes, sont confondues les réactions des capillaires cutanés et des artérioles et artères des membres. Or, le *régime moteur des capillaires* est distinct de celui des artérioles : l'anatomie et la physiologie l'avaient montré depuis longtemps, et c'est ce que met en évidence une nouvelle méthode clinique, le **capillaroscopie**. Rouget (1) le premier considéra les capillaires comme contractiles et expliquait la pâleur émotive de la face par la contraction des capillaires. S. Mayer (2) a confirmé les observations de Rouget. Inversement, Dale et Richards ont montré que l'histamine cause une dilatation intense des capillaires.

Chez les mammifères, la démonstration oculaire de la contractilité des capillaires est donnée, dit Langley (3), par une simple excitation mécanique.

En 1920, Hooker interprète la pâleur de l'oreille du chat, causée par l'excitation du sympathique cervical, comme comprenant une contraction capillaire active.

Enfin, pour Langley (4), l'action des nerfs sur les capillaires doit être aussi rapide que sur les artérioles, et, pour lui, la question de la dilatation capillaire par les fibres afférentes rentrerait dans le domaine des actions antidromiques.

La capillaroscopie permet d'étudier *de visu* sur l'homme l'activité propre des capillaires. Imaginée en 1912 par l'Américain Lombard, acclimatée en France par Policard (5), elle a été étudiée par de nombreux auteurs et particulièrement Laubry et Meyer (6). La technique capillaroscopique, disent Laubry et Meyer, est facile et à la portée de tous. Il suffit d'avoir un microscope avec objectif 3 et oculaire 3 ou 4, une lampe de 50 bougies, une bonne lampe et de l'huile de cèdre.

(1) O. Josué et Paillard. *Arch. des mal. du cœur*, 1909, n° 4, p. 193.

(1) A. Rouget. *Physiologie normale et pathologique*. V, 1873, p. 656; — *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1879, t. LXXXVIII, p. 916.

(2) S. Mayer. *Wien Sitzb.*, 1886, Bd XCIII, f. 3, p. 45; — *Anat. Anz.*, 1902, Bd XXI, p. 442.

(3) Langley. *Journ. of physiol.*, 1911, t. XLI, p. 483.

(4) Langley. *Aut. nerv. syst. T. I. Anat.*, p. 64.

(5) Policard. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 9 déc. 1919; — *Lyon méd.*, 25 janv. 1920, n° 2.

(6) Ch. Laubry et J. Meyer. Capillaroscopie et syndromes circulatoires, *Arch. des maladies du cœur*, mai 1922,

Les capillaires les plus complaisants sont ceux de la racine de l'ongle : on placera donc le doigt du sujet sur la platine du microscope, après avoir lubrifié à l'huile de cèdre la face dorsale de la troisième phalange. La source lumineuse est à une distance d'environ 0m50 ; la lampe, maintenue par un support quelconque, on fait converger les rayons sur le doigt.

L'observateur abaisse lentement l'objectif : il voit d'abord se développer le noir quadrillage de l'épiderme ; à ce point un minime tour de vis découvre les lignes roses des capillaires. Il est bon de savoir que cet examen ne comporte que chez quelques sujets une pareille aisance. Que de fois un tremblement incoercible ne constitue-t-il pas un obstacle rebelle ? Pour le vaincre, il devient indispensable d'employer une gouttière en plan incliné, dans laquelle la phalange sera modérément, mais suffisamment serrée.

Les capillaires apparaissent sous forme d'arcs de cercle ou de huit de chiffre nettement séparés les uns des autres. Chaque anse comprend deux portions de calibre différent, qui se joignent par une gradation douce ou au contraire à la faveur d'un brusque ressaut. On voit, d'après le sens de la circulation, que la branche la plus grêle est artérielle et que l'autre est veineuse.

L'aspect général des champs capillaires varie selon les réactions vaso-motrices. Un moyen commode d'atténuer ces différences est de réaliser une vaso-dilatation systématique. Un bain chaud, l'ingestion de dix gouttes de la solution officinale de trinitrine au centième donneront de bons résultats.

C'est encore plus simple d'exercer une compression modérée de l'avant-bras avec un brassard de sphygmomanomètres. En effet, il suffit d'interrompre la circulation de retour pour réaliser une dilatation très rapide. Par cet artifice, les anses gonflées se dessinent nettement sur un fond plus foncé.

Au point de vue de la pathologie cardio-vasculaire, on reste surpris, disent Laubry et Meyer (1), du peu de renseignements, que fournit la capillaroscopie. Le cas le plus intéressant, cité par ces auteurs, est celui de sujets d'apparence anémique avec rétrécissement capillaire. « Les images les plus belles montrent des capillaires filiformes allongés et enchevêtrés. Le champ est si clair, l'image si nette que des anastomoses se dessinent. La circulation est apparente, fragmentée et rapide. Des spasmes. rétrécissant et annulant même la lumière du vaisseau, courent le long des anses. » Si alors, sous l'influence d'un vaso-dilatateur, les capillaires ne reprennent pas leur aspect normal, il s'agit bien plus de méiopragie que de spasme, et le pronostic est sévère.

Dans les cas d'anémie cutanée des extrémités, si fréquente dans beaucoup de syndromes sympathiques et psychopathiques, cette méthode de diagnostic entre le spasme et la méiopragie capillaire mérite d'être appliquée.

Pour en finir avec les épreuves relatives aux réflexes vaso-moteurs cutanés, je citerai encore le *grattage méthodique*, l'*épidermolysoscopie*, qui rentrerait plutôt dans les réflexes trophiques, si j'osais aventurer cette expression, et les *intradermo-réactions*, permettant l'étude des réflexes locaux électifs aux agents pharmacologiques.

(1) Ch. Laubry et J. Meyer. Capillaroscopie et syndromes circulatoires, *Arch. des mal. du cœur*, mai 1922.

Le grattage méthodique a été indiqué par Brocq et Clément Simon pour l'étude des réactions vasomotrices cutanées locales. En grattant légèrement avec l'ongle de l'index et sans utiliser la force du poignet, on produit d'ordinaire de la rougeur, du purpura, puis une hémorragie cutanée. En comptant le nombre de coups d'ongles nécessaires à l'apparition des phénomènes au niveau de la région malade et dans la région symétrique, on obtient une donnée de valeur comparative. Outre que ce procédé est loin d'être aseptique et est désagréable pour le patient, il ne fournit que des renseignements bien peu précis.

Mieux vaut la méthode de Milian.

L'épidermolysoscopie de Milian (1) est un mode d'exploration du tonus de l'épiderme. « Lorsque, chez un sujet sain, on applique le cryocautère sur la peau du bras gauche, face externe, par exemple, on ne produit la rougeur, suivie de production d'une bulle dans les vingt-quatre heures, qu'après une application de quarante-cinq secondes environ. Chez un syringomyélique, qui faisait des bulles spontanées (éruption pemphigoïde), la bulle était produite par une application de quinze secondes. »

Or, cette « fragilité du tonus de l'épiderme, fonction fréquente de la vaso-dilatation sous-jacente », révèle, pour Milian, une altération sympathique préalable, qui facilite les réactions cutanées, comme chez ce syphilitique qui fit un érythème dû à la benzine (2).

La méthode des intradermo-réactions mérite d'être appliquée à l'étude des réactions vaso-motrices cutanées locales. On emploiera l'intradermo-réaction à l'adrénaline et à la pilocarpine, selon la technique de Juster (3).

« Normalement, l'intradermo-réaction, faite avec 1 millimètre cube de la solution d'*adrénaline* à 1 p. 1.000, produit, après quelques minutes, la réaction suivante, nette après un quart d'heure : au centre, une zone blanche d'anémie avec peau ansérine de la largeur d'une pièce de 1 à 5 francs, et à la périphérie un halo plus ou moins large (de 5 centimètres à plusieurs). Quelquefois, il peut apparaître, à l'endroit de l'injection, une petite zone rouge. Au bout d'une heure, la réaction commence à s'atténuer, pour disparaître après une heure et demie environ.

« La *pilocarpine* donne une réaction assez analogue. La zone blanche, avec peau ansérine, nous a paru souvent moins étendue et moins intense et la zone rouge plus accentuée que dans l'intradermo-réaction à l'adrénaline. Nous avons utilisé ces réactions pour le diagnostic des états vagotoniques et sympathicotoniques. L'atropine, l'ésérine, ainsi que d'autres médicaments sympathicotropes sont également à utiliser. La **méthode des scarifications**, suivie d'un badigeonnage de la région avec ces substances, donne également des résultats intéressants. »

Une remarque très importante est à faire avec Juster et tous ceux qui se sont occupés de ces questions au sujet de la sémiologie du système

(1) Milian et Lelong. L'épidermolysoscopie, *Congrès de méd.*, Paris, mai 1922.
(2) Milian. Erythème dû à la benzine par prédisposition morbide des centres sympathiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 nov. 1923, p. 1441-1445.
(3) E. Juster. *Soc. de biol.*, 23 déc. 1922, p. 1329.

vaso-moteur ; les réactions vaso-motrices diffèrent selon les régions. Les lieux d'élection paraissent être le thorax au-dessus des seins pour les raies vaso-motrices, la face postéro-latérale des bras et la face antéro-latérale de l'abdomen pour les intra-dermo-réactions. Dans le dos et à la nuque, les raies faites avec une épingle ont normalement une tendance à devenir urticariennes. Pour l'étude des réactions des membres inférieurs, le sujet doit être couché.

Réactions thermiques cutanées. — Je n'envisage ici que les réactions sympathiques, se caractérisant par une élévation ou un abaissement de la température locale cutanée, constatée soit à la main, soit mieux avec un thermomètre local.

J'ai vu un exemple remarquable d'hyperthermie locale par vaso-dilatation active dans un cas de causalgie par blessure du sciatique, à la cuisse. L'asymétrie thermique était telle entre le membre malade et le membre sain, qu'on s'en apercevait au simple contact.

Babinski a insisté sur la thermo-asymétrie fréquente dans les lésions unilatérales bulbo-protubérantielles.

La thermo-asymétrie est la règle chez les hémiplégiques ; j'ai noté jadis ses variétés et leur évolution (1).

Des affections viscérales, telles que la tuberculose pulmonaire unilatérale, entraînent souvent des différences thermiques relevées dans les aisselles. Casali (2) a constamment trouvé, dans ces conditions, la température axillaire plus élevée du côté malade ; cette asymétrie des réactions thermiques est fonction des modifications du système végétatif.

On peut, plus complètement, étudier les réactions thermiques locales par la technique d'André Thomas, qui, avec des thermomètres locaux, enregistre la courbe des températures locales, consécutivement à une réfrigération locale et médiane produite à distance. « Cette méthode a pour but de rechercher si les asymétries, constatées dans divers cas pathologiques, sont de nature à fournir quelques indications, sur le fonctionnement des centres vasomoteurs et thermiques, sur la conductibilité des voies, qui les relient à la périphérie ou même aux centres plus élevés (3). »

Ces variations thermiques, observées après réfrigération, étudiées expérimentalement par Brown-Séquard et Tholosan, Charles Richet, François Franck, Nuel, Theissier et Kauffmann, etc., ne sont pas l'expression de simples réflexes vaso-moteurs.

Il n'y a pas de parallélisme constant entre la courbe thermique et vaso-motrice. La sensation de froid détermine, chez l'homme, outre des réflexes, des réactions multiples très compliquées. Aussi faut-il, avec André Thomas, parler de réactions thermiques plutôt que de réflexes.

Quoi qu'il en soit, André Thomas a vu des réactions asymétriques liées à des lésions unilatérales du grand sympathique. C'est donc là un procédé d'avenir en sémiotique sympathique.

(1) Laignel-Lavastine. *Cong. des alién. et neurol.*, Bruxelles 1903.
(2) Casali. *Gazz. degli ospedali*, 1909, n° 99.
(3) André Thomas. Variations et réactions thermiques locales dans les blessures du système nerveux, *Mém. de la Soc. de biol.*, 4 nov. 1916, t. LXXIX, p. 954.

Réflexes pilo-moteurs. — André Thomas (1) a montré la grande valeur sémiologique des *réflexes pilo-moteurs* et décrit minutieusement la technique de leur recherche. Là encore, le plus simple est l'excitation mécanique ; le frottement et la malaxation de la région cervico-scapulaire déterminent, à l'état normal, une chair de poule généralisée, qu'on voit bien à jour frisant. Dans un territoire d'un nerf périphérique sectionné, une excitation mécanique locale peut déterminer l'érection des poils dans un îlot plus ou moins grand autour du point irrité. Il s'agit alors de *contraction idio-musculaire des muscles érecteurs des poils*, réaction purement locale, qu'il ne faut pas prendre pour un réflexe pilo-moteur, dont le centre est essentiellement spinal.

Une variété intéressante du réflexe pilo-moteur est le *réflexe mamillo-aréolaire*, déclenché par chatouillement, pincement ou pression de la nuque. « Il consiste dans la rétraction de l'aérole qui se fripe et se plisse, la projection du mamelon ou télothisme (2). » On l'obtient aussi par excitation locale, par traction. On doit rapprocher des réflexes précédents le *réflexe du dartos scrotal*, qui est, en général, synergique des deux autres, consécutivement aux excitations de la nuque. Souvent le dartos pénien se contracte en même temps. Le *réflexe du dartos pénien* n'est qu'une extension du réflexe dartoïque scrotal.

Le tonus dartoïque est lié à l'état général de l'organisme. Les nourrices le savent bien, qui regardent leurs bébés à la région pénio-scrotale et sont rassurées par un scrotum ferme, et plus tard, chez l'adulte, la flaccidité scrotale est, en général, l'indice d'une insuffisance nerveuse ou d'un mauvais état général.

Réflexes sudoraux. — Le *réflexe sudoral*, souvent exalté chez les hyperémotifs, dont on sent les mains moites ou dont on voit, de l'aisselle, couler un filet de sueur quand on les examine nus, donne des renseignements précis sur le siège de certaines lésions quand, déclenché par une injection sous-cutanée d'un centigramme de nitrate de pilocarpine par exemple, il manque dans certains territoires. C'est ainsi que, depuis Strauss, il est classique de considérer l'absence de réaction sudorale, dans le territoire du facial, comme caractéristique d'une paralysie faciale de type périphérique, la réaction sudorale étant conservée dans les paralysies faciales d'origine centrale.

C'est ainsi qu'André Thomas (3) et moi (4) avons montré que l'étude des territoires anhidrosiques, liés à certaines lésions du grand sympathique, permettait d'établir pour les métamères sympathiques une topographie, qui ne coïncide pas avec celle des racines spinales. Un bon moyen, pour rendre objective à l'œil la délimitation des zones anhidrosiques et sudorales, est le procédé de Purve Stewart (5), qui

(1) André Thomas. *Le Réflexe pilo-moteur*, 1921 ; — Les troubles de la réflectivité sympathique dans la syringomyélie, *Rev. neurol.*, juillet 1922, p. 886-901.
(2) André Thomas. *Le Réflexe pilo-moteur*, p. 53.
(3) André-Thomas. Loc. cit.
(4) Laignel-Lavastine et P. Courbon. S. symp. cerv.-ocul. de par. avec hémi-anhidrose cervico-faciale et aphonie hyst. par blessure cerv. droite, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1918, nos 5-6, 10 p.
(5) Purve Stewart. *Le Diagnostic des maladies nerveuses*, trad. Scherb, Alcan, Paris, 1910, p. 409.

consiste à projeter sur le malade une fine poussière de charbon, qui n'adhère que dans les régions couvertes de sueur.

Au point de vue de la valeur sémiologique générale du réflexe sudoral, je dois faire remarquer que, si, anatomiquement, il dépend du grand sympathique, puisque les centres des protoneurones efférents sudoraux sont dans la moelle dorsale, au point de vue pharmacologique, le réflexe sudoral se comporte comme s'il dépendait du système vagal, qu'on appelle parasympathique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1923)

Contribution à l'étude des rayons X secondaires. — M. PUTHOMME a constaté que l'interposition d'un filtre entre l'organisme et la plaque pouvait déterminer une absorption satisfaisante des rayons secondaires, soit que l'on utilise une plaque d'aluminium de 5 millimètres d'épaisseur, soit une lame de fer de 3 dixièmes, soit une feuille d'or de 3 centièmes.

Ce dernier métal, dont le prix élevé limite l'emploi aux petits formats, convient particulièrement aux examens des voies biliaires, car la faible épaisseur nécessaire n'augmente pas sensiblement la durée de l'examen.

Pour augmenter l'efficacité des systèmes utilisés pour la protection contre l'action nocive des rayons X, il y aurait avantage à utiliser des cloisons multiples dont la qualité (nature et épaisseur), le nombre et la distance respective à la source de radiations seraient fonction de la tension utilisée et de la durée de fonctionnement de l'ampoule.

Rôle des protéiques déficientes dans la couverture du besoin minimum d'azote. — MM. E.-F. TERROINE, P. FLEURET et Th. STRICKER rappellent que des recherches déjà anciennes ont établi le fait que des substances protéiques, du type de la gélatine ou de la zéine, maintenant appelées *déficientes*, parce que incapables à elles seules de couvrir la totalité du besoin azoté, possèdent cependant des propriétés alimentaires autres que leur valeur énergétique. Elles peuvent couvrir une part fort importante parfois — de l'ordre de 50 p. 100 — du besoin minimum d'azote : d'où leur nom d'*aliments d'épargne azotée*. D'autre part, il est incontestable qu'une part également importante du besoin minimum d'azote peut être couvert par l'azote ammoniacal (citrate, lactate, acétate).

Aussi, M. Terroine a-t-il déjà été amené à penser que la couverture du besoin azoté, par une albumine suffisante, était la conséquence d'un double apport : apport d'azote différencié sous forme d'acides aminés indispensables; apport d'azote indifférencié sous forme d'acides aminés non indispensables et susceptibles d'être remplacés par des sels ammoniacaux.

M. Terroine et ses collaborateurs ont pu établir expérimentalement que l'ingestion de gélatine permet toujours une économie de dépense azotée, très sensiblement plus élevée que l'ingestion de citrate d'ammoniaque.

Le rôle des protéiques déficientes ne semble donc pas être réduit à un apport d'ammoniaque, et les auteurs s'efforcent, par de nouvelles expériences, de rechercher quels sont les constituants de la gélatine, et d'une manière plus générale des protéiques déficientes, qui assurent leur supériorité sur les sels ammoniacaux, et quelle est la signification physiologique du besoin d'azote indifférencié, dont la grandeur est loin d'être négligeable et qui peut être couvert par un sel ammoniacal.

Etude des vitamines chez les mollusques. Sur la présence du facteur antiscorbutique dans l'huître. — Mme RANDOIN, pour déceler la présence de la vitamine C dans les huîtres, a employé comme réactif biologique des cobayes soumis à un régime renfermant, *sauf le facteur antiscorbutique*, tous les éléments indispensables, en proportions convenables.

Bien que ces expériences aient été faites en plein été, époque de l'émission du frai, elles ont montré nettement qu'à la dose de 15 grammes par jour, les huîtres renferment assez de facteur C pour prévenir les accidents scorbutiques. Il est à peu près certain qu'en hiver, dans des conditions beaucoup plus favorables à tous les points de vue, l'emploi d'une quantité d'huître moins forte aboutira aux mêmes résultats.

Mme Randoin pense que la présence, en quantité notable, du facteur antiscorbutique dans l'huître se trouve évidemment en rapport avec la nourriture de ce mollusque, laquelle consiste en organismes microscopiques du plankton et, essentiellement, en diatomées.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie médicale. Tome II : *Maladies de l'appareil respiratoire* (1), par F. BEZANÇON et S.-I. DE JONG.

Des six volumes que doit comprendre le précis de pathologie médicale, deux, le tome IV (maladies du sang, maladies des reins) et le tome V (maladies de l'appareil digestif et de la nutrition) ont paru l'an dernier.

Le professeur F. Bezançon, dont les travaux sur les maladies de l'appareil respiratoire font autorité, et M. S.-I. de Jong, son élève et collaborateur de longue date, ont condensé dans ce volume le fruit de leur expérience; mais tout en maintenant leur exposé dans les grandes lignes classiques, ils se sont efforcés d'envisager les maladies des voies respiratoires d'un point de vue général, très heureusement exposé dans leur introduction.

Si l'on considère, en effet, la constitution anatomique et la physiologie des bronches et du poumon, on comprend que l'appareil respiratoire soit exposé à quatre ordres de troubles pathologiques.

1° L'*infection*, dont la part singulièrement exagérée « dans l'enthousiasme du début de l'ère bactériologique » est encore considérable. Cette infection se fait dans la plupart des cas, pour MM. Bezançon et de Jong, par voie descendante, canaliculaire, exceptionnellement par voie sanguine.

2° Les *troubles de la mécanique respiratoire* dont on commence seulement à comprendre toute l'importance, qu'il s'agisse de déformations thoraciques d'ordre rachitique ou d'obstruction nasale entravant le fonctionnement normal du poumon.

3° Les *relations intimes et immédiates de la circulation pulmonaire avec le cœur* expliquent le retentissement extrêmement important des affections de ces deux organes l'un sur l'autre. MM. Bezançon et de Jong insistent, avec raison, sur le rôle éliminateur, si important, du poumon et montrent le retentissement que les troubles de l'équilibre humoral peuvent avoir sur les premières voies aériennes, en déterminant les hypersécrétions de liquide que les anciens appelaient catarrhe.

4° Enfin, le *poumon est également l'aboutissant de réflexes importants partis des centres bulbaires* : « Coryza spasmodique, hydrorrhée nasale, trachéite et trachéo-bronchite spasmodique, asthme vrai représentant des réactions équivalentes de l'appareil respiratoire à des irritations réflexes venues d'un bulbe hyperirritable, le long d'un pneumogastrique hypersensible. »

On voit donc que, pour MM. Bezançon et de Jong, l'infection n'est pas tout en pathologie respiratoire, mais que les réactions pathologiques d'un appareil aussi complexe sont dues, le plus souvent, à des causes multiples qui se combinent, s'intriguent et retentissent les unes sur les autres.

Ce précis, abondamment illustré, est, malgré sa concision voulue, un véritable petit traité des affections respiratoires, parfaitement au courant des acquisitions les plus récentes de la science moderne.

(1) Un vol. avec 82 fig. et 2 pl. en couleurs. — Prix : broché, 20 fr. ; cartonné toile, 25 fr. — Paris, 1923, Masson et Cie.

Certains chapitres présentent un intérêt tout spécial en raison de la compétence particulière des auteurs, ceux, en particulier, sur les bronchites, l'asthme, l'emphysème, et ceux consacrés à la tuberculose pulmonaire. L. S.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Émile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. — *Tome XXVII* : **Diagnostics de laboratoire**; Tome II : *Tumeurs. Diagnostics histologiques* (1), par le professeur MASSON (de Strasbourg).

Les ressources offertes au médecin par le laboratoire sont, on le sait, extrêmement précieuses et bien des examens cliniques sont maintenant obligatoirement contrôlés par la recherche microscopique. L'anatomie pathologique, après avoir occupé une place considérable dans l'enseignement, semblait avoir perdu, il y a quelques années, son rôle de premier plan, parce qu'on ne lui trouvait que peu d'applications pratiques. Cependant, la biopsie rendait d'inappréciables services à ceux qui savaient lire une coupe histologique. Depuis plusieurs années, la question des cancers a été remise à l'ordre du jour. Elle a nécessairement comporté une étude anatomique extrêmement fouillée. Comment, en effet, discerner sans microscope, une tumeur d'une lésion inflammatoire, comment aussi savoir la nature d'une tumeur et déterminer son caractère de bénignité et de malignité si, précisément, on manque de l'examen histologique. Les inflammations elles-mêmes ont des caractères spéciaux qui, dans bien des cas, permettent de remonter à l'agent pathogène. Aussi, n'est-il pas douteux qu'une étude histologique des tissus altérés, isolés par biopsie ou par l'intervention chirurgicale, devient maintenant indispensable. Cette étude doit également servir de contrôle à la thérapeutique. Qui peut affirmer la puissance d'un remède contre une tumeur, quand la certitude manquera sur la maladie traitée, qui pourra être une inflammation et non une tumeur.

Toutes ces questions sont traitées dans le livre qu'a bien voulu écrire M. Masson, professeur d'anatomie pathologique, à la Faculté de Strasbourg, avec la compétence qui lui est universellement reconnue. M. Masson a écrit des pages extrêmement attachantes sur la nature des tumeurs ; il a écrit pour le praticien, ce qu'il faut savoir des désordres créés dans les tissus par les différents agents pathogènes, il a montré tout l'intérêt qu'il y a pour le malade, à ce que sa maladie soit nettement définie. Il a exposé la technique simple et impeccable à laquelle on doit avoir recours. Ce livre en main, un étudiant pourra lire une coupe, et tirer de son examen les conclusions utiles. Bref, c'est une très belle œuvre, non seulement au point de vue littéraire, mais encore au point de vue matériel. Il n'y a pas de traité classique qui actuellement présente une aussi abondante illustration. Il faut féliciter l'éditeur d'avoir su consentir les sacrifices nécessaires pour présenter un ouvrage digne de son auteur. L. G.

Consultations médico-chirurgicales [Bréviaire du praticien] (2), par le docteur A. DELANGRE.

Ces consultations ont trait aux affections ressortissant aux pathologies interne et externe et aux notions des spécialités utiles au praticien avec leur thérapeutique médicale et chirurgicale (indications opératoires et esquisse technique des interventions).

Elles constituent en quelque sorte un *vade-mecum* de thérapeutique appliquée, fixant en *style télégraphique* une synthèse médico-chirurgicale (étiologique, symptomatique, diagnostique et thérapeutique) de la pratique journalière à un moment de son évolution... tâche parfois bien délicate à réaliser dans une forme condensée en raison de la multiplicité des facteurs constituants : nouveaux moyens d'investigation ; méthodes controversées ou en voie d'évolution ; procédés créés durant ces dernières années ; progrès de la chirurgie moderne ; applications vitaminiques ou carencielles, séro et vaccinothérapiques, anti-anaphylactiques, radio et radiumthérapiques, etc.

Outre la table des matières et des auteurs, ce livre comporte un index alphabétique facilitant, au praticien pressé, la recherche d'une affection ou d'une intervention déterminée, d'un détail technique symptomatique ou thérapeutique, d'une cause dans une étiologie complexe ou de certains signes contribuant à tracer les directives de la diagnose ou du traitement.

Cet ouvrage, d'un format commode et dont la présentation typographique a été mise en accord avec les buts que poursuivait l'auteur, sera très apprécié par tous les praticiens (il a été écrit par un des leurs) pour lesquels il sera bientôt le livre « de chevet ». L. G.

(1) In-8°, 1923, 163 fig., 6 pl. couleurs. — Prix : 50 fr. — Paris, A. Maloine et fils.
(2) Un vol. in-8° de 1.200 p. — Prix : cartonné toile, 45 fr. — Paris, G. Doin.

Cancer de l'intestin (1), par G. OKINCZYC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

L'auteur a eu l'heureuse idée de réunir, en un volume, toutes les formes du cancer de l'intestin, depuis le duodénum jusqu'au rectum, non compris. Le cancer se rencontre au niveau de l'intestin, sous deux formes : l'épithéliome et le sarcome. Mais alors que l'épithéliome est de beaucoup le plus fréquent au niveau du gros intestin, le sarcome prédomine au niveau du grêle d'une façon générale.

Okinczyc étudie ainsi successivement le cancer du duodénum, le cancer du jéjuno-iléon, les cancers de l'intestin à localisations multiples, le sarcome du jéjuno-iléon, le cancer de l'appendice et les cancers du gros intestin. La part prépondérante de cet ouvrage est consacrée, à juste titre, aux cancers du côlon, dont l'auteur étudie trois manifestations principales :

1° Le cancer de la *valvule iléo-cæcale* avec ses deux manifestations iléo-valvulaire et cæco-valvulaire.

2° Les cancers du *côlon droit*, qui comprend le cæcum, le côlon ascendant, l'angle colique droit et l'anse hépato-colique du transverse. Il s'agit, ici, le plus souvent, de grosses tumeurs végétantes, peu sténosantes, rapidement adhérentes et souvent infectées.

3° Les cancers du *côlon gauche* comprennent l'anse spléno-colique du transverse, le côlon descendant et le côlon pelvien. Le plus souvent, ce sont de petites tumeurs, en virole, en ficelle, squirrheuses, sténosantes qui se compliquent rapidement de constipation.

L'occlusion est, ici, plus un symptôme qu'une complication.

4° Il faudrait ajouter à ces trois variétés, une quatrième, les cancers du *côlon transverse*, sur lesquels l'auteur appelle l'attention.

L'ouvrage se termine par l'étude du traitement chirurgical des tumeurs de l'intestin, dont le texte est illustré par de très nombreuses figures, qui en facilitent la lecture. Les multiples procédés opératoires qui ont été décrits, se proposent d'enlever la tumeur en un ou plusieurs temps, avec ou sans anus ou court-circuit préalable. La gravité immédiate des résections dépend autant de la cellulite que de la péritonite par insuffisance des sutures. Il faut ajouter que, n'était cette gravité immédiate des résections du côlon, le cancer de cet organe est un cancer longtemps localisé et que leur exérèse peut donner des survies très appréciables, sans récidive. ED. ANTOINE.

Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum (2), par H. MONDOR et G. LAURET.

Des débats récents à la Société de chirurgie de Paris ont remis, parmi les questions toutes d'actualité, celle du traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum ; et nous devons savoir gré à H. Mondor et à G. Lauret d'avoir su réunir dans une monographie intéressante et parfaite à tous points de vue, les éléments de ce problème parfois angoissant.

Alors, que la mortalité, chez de tels malades était de 100 p. 100 avant 1890, actuellement elle est tombée entre 10

(1) Bibliothèque du cancer. — Un vol. de 237 pages avec 78 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin.
(2) Un vol. in-Sécu, 186 pages, 14 figures. — Paris, Masson et Cie.

et 20 p. 100 et l'on peut dire, avec les auteurs, « qu'une perforation gastrique ou duodénale, diagnostiquée aussitôt et confiée sans retard, au chirurgien, a huit ou neuf chances sur dix d'être parfaitement guérie ». La responsabilité du médecin traitant ou consultant est donc fort grave, puisque toute hésitation, toute temporisation expectative laisse s'aggraver très rapidement les symptômes; et il faut, dans ce cas, savoir ne pas remettre au lendemain la précision d'un diagnostic et la décision d'un acte opératoire, qui sauveront un malade, sinon condamné.

On trouvera, dans cette monographie, une étude didactique de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, de la clinique, du diagnostic et du traitement des perforations gastriques et duodénales.

Nous n'insisterons que sur le tableau clinique de la perforation aiguë, qui est brossé de main de maître :

Lorsqu'un ulcère se perfore, on voit survenir un syndrome aigu, douloureux, d'une violence et d'une allure remarquables.

C'est la *douleur aiguë*, brutale, atroce, à début sus-ombilical ; c'est aussi une *contracture* violente de la paroi abdominale avec hyperesthésie cutanée; le ventre est plat, contracturé, souvent rétracté, et se défendant contre les mouvements respiratoires, c'est enfin la présence dans les *antécédents,* soit de symptômes nets d'ulcération gastro-duodénale (vomissements, hématémèse, mélæna, douleurs tardives), soit de signes de dyspepsie hyperesthénique. Ces trois ordres de symptômes constituent, pour Mondor et Lauret, un véritable trépied symptomatique sur lequel le diagnostic de perforation peut être basé solidement.

La conclusion thérapeutique doit être immédiate, malgré la possibilité d'une amélioration de l'état général dans les heures qui suivent. Il faut intervenir le plus rapidement possible, et s'appuyant sur les opinions de maîtres éminents, comme Hartmann et Lecène, les auteurs conseillent la suture de la perforation avec ou sans gastro-entérostomie complémentaire. Cette ligne de conduite leur a donné quinze guérisons sur seize malades. ED. ANTOINE.

Inspection. Palpation. Percussion. Auscultation [3e édition] (1), par M. Maurice LETULLE, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Ce livre contient les « manœuvres de technique médicale » indispensables que tout élève en médecine doit savoir exécuter. Chacun des gestes qui constituent cette technique et qui sont le résultat de la mise en œuvre appropriée et de la gymnastique quotidienne de la vue, de l'odorat (*au cours de l'inspection des malades*), du toucher (*lors de la palpation et de la percussion*) et de l'ouïe (*durant la percussion et l'auscultation*) sont exposés. Les 103 figures de ce livre montrent les attitudes les plus favorables pour le patient et pour le médecin. Les explications, qui précèdent ou accompagnent chaque dessin, fournissent des indications utiles pour l'emploi du procédé technique.

Il a paru indispensable à l'auteur d'amener les lecteurs vers les techniques modernes d'application pratique courante. La *radiologie*, en particulier, apporte à l'inspection et à la palpation un renfort tellement considérable qu'il importe d'apprendre à l'étudiant, dès le début, tous les services qu'elle peut lui rendre dans l'examen clinique des malades. Aussi, M. Letulle a-t-il ajouté à cette nouvelle édition 12 très belles figures radiographiques ; elles éclairent ses descriptions et suggèrent à l'étudiant, le désir d'apprendre à fond et de cultiver un moyen d'enquête aussi précieux.

L. G.

Rapport sur la réforme de l'enseignement et la refonte du statut professionnel de l'art dentaire en France (1), par M. Th. RAYNAL.

Le sujet brûlant de la réforme des études et du statut professionnel des praticiens de l'art dentaire est à l'ordre du jour des préoccupations de tous les dentistes et il intéresse tout le corps médical, en dernière analyse.

Un groupe de professionnels, se dégageant de toute tutelle, a décidé de faire connaître son point de vue à l'égard de cette question et il a confié le soin de manifester ses conceptions à l'un d'eux. Le rapporteur, M. Th. Raynal, l'a fait en un mémoire adressé au ministre de l'Instruction publique, au ministre de l'Hygiène et à tous les membres de la Commission interministérielle chargée de réorganiser l'enseignement dentaire.

Après avoir examiné la situation professionnelle, montré la nécessité du diplôme de docteur en médecine pour l'exercice de l'art dentaire et successivement combattu les arguments principaux de l'opposition, le rapporteur prend, comme base de discussion, le rapport de M. Sauvez, à la Société des dentistes des hôpitaux de Paris.

Il examine les écueils que ce rapport renferme et tout en se ralliant hautement à lui dans son principe, il estime, notamment, que seule l'obligation du doctorat en médecine d'Etat sera la mesure véritablement opérante et définitive.

La période transitoire et les mesures à mettre en œuvre y sont envisagées moins pour en arrêter les détails que pour en permettre la discussion féconde. Il en est de même de l'utilité et de l'utilisation des écoles dentaires privées dans le futur statut.

Une abondante bibliographie complète ce travail à qui on reconnaîtra le mérite d'être consciencieusement rédigé. Sa lecture reflète une conviction sincère, presque véhémente, et le lecteur partage bientôt la conviction de l'auteur. L. G.

(1) Un vol. de 337 p. avec 133 fig. et 12 pl. de radiogr. normales hors texte. — Prix : 14 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. broc. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1923, A. Maloine et fils.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE VÉNÉRÉOLOGIE, du 14 novembre au 22 décembre 1923, sous la direction de M. le professeur JEANSELME, avec la collaboration de : MM. Sebileau, Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, Lemaître, Gougerot, Darré, de Jong, Tixier, Lian, Sézary. Touraine, Coutela, Hautant, Marcel Sée, Barbé, P. Chevallier, Burnier, Schulmann, Hufnagel, Marcel Bloch, Giraudeau, Civatte, Wolfromm.

Le cours aura lieu du mercredi 14 novembre au samedi 22 décembre 1923, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 1/2 et à 3 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée, à l'amphithéâtre de la clinique, à la policlinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique (recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réaction de Wassermann ; ponction lombaire ; biopsies, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles, aux assistants du cours, tous les matin, de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Deux cours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin et en octobre, novembre, décembre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 fr.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier, chef de clinique (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin). — Renseignements généraux pour MM. les Médecins, étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

N° 75. — MARDI 18 JEUDI 20 SEPT. 1923. 96e ANNÉE. MARDI 18 & JEUDI 20 SEPT. 1923. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Composition du jury et ordre de passage des séries :

MM Heuyer, Flandin, Bergeret, Brocq.

Deuxième moitié : quatrième, deuxième, troisième, première séries. — Première moitié : deuxième, quatrième, première, troisième séries.

Les séances auront lieu les lundis à 20 h. 30, les mardis et jeudis à 17 h.

La première séance a lieu le 18 septembre à 16 h. 30, rue des Saints-Pères.

Pathologie. — Composition du jury et ordre de passage des séries :

MM. Grivot, May, Leveuf, Cleisz.

Première moitié : deuxième, quatrième, première, troisième séries. — Deuxième moitié : quatrième, deuxième, troisième, première séries.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis, vendredis à 17 h., salle des concours, rue des Saints-Pères.

La première séance a lieu le 19 septembre.

— A l'occasion du concours de l'externat, la Section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris et l'Association professionnelle des externes des hôpitaux publie la liste des candidats.

Cette liste, qui paraît sous la forme d'une jolie brochure, a été distribuée gratuitement à la séance d'ouverture.

— Sanatorium d'Hendaye. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante au sanatorium d'Hendaye. Les candidats désireux d'occuper l'emploi devront en faire la demande au bureau du Service de santé (n° 15), administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, Paris.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des facultés de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 29 octobre 1923.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 20 octobre, à seize heures.

Sont admis à concourir :

1° *Ancien régime d'études.* — 1° Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » les examens de fin de première et deuxième année et l'examen semestriel;

2° *Nouveau régime d'études.* — *a.* Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions;

b. Les candidats pourvus de quinze ou de seize inscriptions qui ont obtenu la note « bien » au troisième examen de fin d'année.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites portant sur les matières énumérées dans le programme suivant :

A. *Ancien régime d'études.* Elèves à quatre inscriptions : 1° physique et chimie; 2° botanique.

Elèves à huit inscriptions : 1° chimie organique; 2° matière médicale et pharmacie.

Elèves à douze inscriptions : 1° pharmacie galénique; 2° chimie analytique et toxicologie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

B. *Nouveau régime d'études.* — Elèves à quatre inscriptions : 1° physique et chimie minérale; 2° botanique.

Elèves à huit inscriptions : 1° chimie organique; 2° matière médicale et pharmacie.

Elèves à douze inscriptions : 1° pharmacie chimique; 2° chimie analytique et toxicologie.

Elèves à quinze ou seize inscriptions : 1° chimie biologique et microbiologie; 2° pharmacie galénique.

Quatre heures sont accordées pour l'ensemble de ces épreuves.

Les candidats qui justifient, soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » à l'examen de validation de stage, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » à l'examen de validation, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

ASSOCIATION DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE. — Le IIIe Congrès de l'Association des Pédiatres de langue française se tiendra à Bruxelles les 4, 5, 6 et 7 octobre 1923, sous la présidence du docteur V. Pechère, professeur à l'Université de Bruxelles.

Questions mises à l'ordre du jour :

I. *Les pneumonies prolongées de l'enfance.* — Rapporteur : M. le docteur Charles Gardère (de Lyon).

II. *Le diagnostic et le traitement de l'invagination intestinale.* — Rapporteur : M. le docteur Raphaël Massart (de Paris).

III. *Le traitement médico-pédagogique des enfants anormaux.* — Rapporteur : M. le docteur Decroly (de Bruxelles).

Adresser les adhésions à M. le professeur agrégé Albert Delcourt, secrétaire-général du Congrès, rue de Trèves, 78, à Bruxelles.

Cotisation : *cinquante francs belges.*

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (professeur : M. LETULLE). — COURS DE TECHNIQUE ET DE DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUES APPLIQUÉS A LA MÉDECINE ET A LA CHIRURGIE, par MM. Gustave ROUSSY, agrégé, chef des travaux, et Roger LEROUX, préparateur. — Ce cours essentiellement pratique comprendra 26 leçons de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques appliqués à la médecine et à la chirurgie.

Les leçons commenceront le mardi 2 octobre, à 14 h., au laboratoire des travaux pratiques et auront lieu tous les jours, sauf les samedis et dimanches.

Chaque séance sera divisée en trois parties et comprendra :

1° Un court exposé théorique avec projections de coupes microscopiques et démonstrations de pièces anatomiques;

2° Une partie technique dans laquelle les élèves seront exercés aux différentes manipulations de l'histologie pathologique (inclusion, coupes, colorations);

3° A la fin de chaque séance les élèves seront appelés à procéder eux-mêmes à la discussion du diagnostic histologique d'une des préparations qu'ils auront eu à faire.

Le droit à verser est de 150 fr. Le nombre des auditeurs est limité à 20.

Les microscopes et les réactifs seront fournis par le laboratoire (à l'exception des lames, lamelles et de l'alcool absolu). Les préparations faites par les élèves resteront leur propriété.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de conférences.

Seront admis les étudiants français et étrangers, les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et samedis, à partir du 10 septembre.

HOPITAL BEAUJON. — COURS PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE AVEC EXAMEN DES MALADES — Le docteur Baldenweck, otologiste des hôpitaux. commencera le vendredi 19 octobre 1923, un cours élémentaire et pratique d'oto-rhino-laryngologie, avec examens des malades par les élèves.

Cet enseignement aura lieu tous les jours (sauf le dimanche), et durera un mois. Il comprendra deux parties :

1° Les lundis, mercredis et vendredis. examen des malades. Chaque élève aura sa table et examinera personnellement les malades, assisté du chef de service et de ses assistants qui leur donneront les explications théoriques et pratiques particulières à chaque cas.

2° Les mardis, jeudis et samedis seront réservés, d'une part, à l'enseignement théorique propédeutique et, d'autre part, aux opérations.

Les opérations seront pratiquées devant les élèves à 10 h. 1/4. Elles seront précédées d'une courte démonstration du cas à opérer, des indications opératoires propres à ce cas et suivies de la discussion des lésions constatées et du procédé opératoire utilisé.

L'enseignement propédeutique aura lieu à 9 h. 1/2. Il sera réparti de la façon suivante :

Samedi 20 octobre : modes d'examen et technique instrumentale en oto-rhino-laryngologie.

Mardi 23, jeudi 25, samedi 27, mardi 30 octobre; samedi 3 et mardi 6 novembre : Les grands syndromes en oto-rhino-laryngologie. Leur signification diagnostique et leur traitement : 1° L'obstruction nasale et naso-pharyngée; — 2° Les sécrétions nasales et naso-pharyngées; — 3° Les écoulements auriculaires. Les surdités. Les épreuves d'audition; — 4° Les vertiges. Le nystagmus. Les épreuves vestibulaires; — 5° Les enrouements et les aphonies; — 6° Les dysphagies.

Jeudi 8, samedi 10, mardi 13, jeudi 15 et samedi 17 novembre : Les grands processus en oto-rhino-laryngologie : 1° La syphilis; — 2° La tuberculose; — 3° Le cancer; — 4° Les complications des otites; — 5° Les complications des sinusites.

Mardi 20 novembre : La radiographie et le laboratoire au service de l'oto-rhino-laryngologie. Les agents physiques dans la thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Conseils pour l'installation; choix de l'appareillage et de l'instrumentation indispensables.

Le nombre des places est limité. Le prix du cours est de 200 francs.

S'inscrire à l'hôpital Beaujon, auprès de M. Cuvillier, assistant de la consultation oto-rhino-laryngologique.

Après le cours un certain nombre de postes d'examen pourront être mis à la disposition des élèves désireux de continuer à travailler dans le service.

NOTES DE PRATIQUE

CIRRHOSE DU FOIE

Régime lacté. Révulsifs sur la région hépatique : compresses échauffantes (Robin) ou vésicatoires volants (10/5) laissés en place 6 heures et renouvelés tous les 10 jours. Massage abdominal.

Alterner le sulfate de soude avec le calomel (Huchard) : 8 jours de suite, une cuillerée à café de sulfate de soude dans un verre d'eau; les huit jours suivants, un paquet de calomel (0gr02 à 0gr03) à prendre à jeun.

Combattre l'ascite par la médication diurétique : Théosalvose phosphatée (2 à 4 cachets de 0gr50 par jour).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique du pneumothorax thérapeutique, par DUMAREST et MURARD. 2e édition. 1 vol., 356 pages, 12 planches. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Crénothérapie et climatothérapie suivies d'une étude des principales stations hydrominérales et climatériques françaises, par le docteur VEILLET. 1 vol., 248 pages. — Paris, Vigot frères.

La tuberculose envisagée au point de vue social, par le docteur JULLIEN, médecin principal de 1re classe. 1 broch., 106 pages. — Paris, Lavauzelle et Cie.

Inégalité pupillaire et tuberculose pulmonaire, par le docteur JULLIEN DE PAU. (Travail des services des docteurs RIST et ROCHON-DUVIGNEAUD à l'hôpital Laennec, 1921-1923.). 1 broch., 117 pages, avec figures. — Paris, Legrand.

La vie humaine (études morphologiques). Premier fascicule : *Les origines de l'homme actuel*, par le docteur Léon MAC-AULIFFE. 51 pages, avec figures. — Paris, Legrand.

TROUBLES MORAUX
CONSÉCUTIFS A LA NÉVRAXITE ÉPIDÉMIQUE

PAR LES DOCTEURS

EUZIÈRE et BLOUQUIER DE CLARET

Professeur de neuro-psychiatrie, Doyen de la Faculté de médecine — Chef de clinique de neuro-psychiatrie

à Montpellier.

INTRODUCTION. — La névraxite épidémique a été, tant par la multiplicité de ses formes de la période aiguë, que par les séquelles nombreuses et redoutables qu'elle laisse parfois, une affection qui a permis de saisir certains points de pathogénie, jusque-là fort obscurs.

C'est ainsi que, grâce au parkinsonnisme, succédant à la névraxite épidémique, il a été possible d'établir l'importance très grande que joue dans ses manifestations l'atteinte des noyaux lenticulo-caudés.

De même, grâce à cette affection, il nous a été possible, en suivant un certain nombre de malades, de nous rendre compte combien de ces sujets sont devenus des tarés moraux, pour lesquels aucun terme ne s'applique mieux que ceux de fous moraux ou encore d'invalides moraux acquis. Certes avant la connaissance des troubles dus à l'atteinte névraxitique portant sur l'être moral, des individus anormaux avaient été observés mais jamais on n'avait aussi bien saisi l'influence d'une infection comme cause provocatrice de l'altération de l'être moral.

Certains auteurs avaient bien remarqué qu'à la suite d'infections graves, surtout de la fièvre typhoïde, le sujet pouvait présenter des altérations de l'être moral, mais jamais, comme dans ces derniers temps, on n'avait vu une pareille accumulation de sujets jeunes surtout, plus rarement adultes, devenir de ces pauvres misérables que l'Asile d'aliénés, ou à défaut la prison, attend.

En effet, jusqu'à ces dernières années, l'invalidité morale était considérée comme congénitale et certaines synonymies nous le démontrent bien. Parmi eux on retrouve les anormaux constitutionnels de H. Colin, les criminels nés de Lombroso. Enfin d'autres auteurs ont cru pouvoir donner d'autres noms à cette catégorie de malades. Pinel les appelle maniaques sans délire; Schüle, des aveugles moraux; Trélat, des fous lucides; Gilbert Ballet, les anesthésiques du sens moral; Grasset, les demi-fous et les demi-responsables; Charpentier, les aliénés à séquestrations multiples; Bonhomme, les déséquilibrés insociables à internement discontinu; Colin et Demay, des anormaux à perversions instinctives et Euzière et Mairet, des invalides moraux.

Actuellement donc, grâce à la névraxite épidémique, on peut affirmer, ainsi que Krafft-Ebing et Schüle, ainsi que Dupré l'affirmait déjà dans son rapport au congrès de Tunis en 1912, qu'une infection portant sur les centres nerveux, peut créer de toute pièce cette tare de l'être moral.

Les observations de Colin et Demay relatives à l'apparition de l'invalidité morale chez des commotionnés de la guerre, nous montreraient même que l'infection n'est pas toujours nécessaire pour provoquer l'apparition de psychoses morales.

Les principaux caractères que l'observation des malades nous a permis de retrouver plus ou moins au complet, sont ceux que le docteur Kostitch signale dans sa thèse de Doctorat (Montpellier 1923).

1° Antisociabilité et anti-éducabilité causes des multiples séquestrations soit à la prison, soit à l'Asile. De pareils sujets sont inintimidables et réfractaires à toute sanction morale;

2° Absence d'affectivité;

3° Intégrité relative des facultés intellectuelles;

4° Absence de délire et de troubles sensoriels;

5° Impulsivité et faiblesse de la volonté qui explique l'instabilité;

6° La sensibilité très grande de ces sujets pour l'alcool.

Nous ajouterons à ces caractères qui se rencontrent aussi bien dans l'invalidité morale congénitale qu'acquise, ces autres modifications de l'être moral qui sont : une irritabilité très grande, des idées de revendication, des idées de suicide et enfin et surtout, une excitation génésique extrême. Abouliques, sauf dans ce qui concerne la satisfaction de leurs passions, les invalides moraux acquis sont en outre des fugueurs qu'on est obligé de surveiller de façon constante.

Naturellement, chez tous les malades, on ne retrouve pas au même degré, les mêmes anomalies de l'être moral, mais chez tous, le trait qui nous paraît se retrouver le plus souvent c'est l'excitation génésique.

HISTORIQUE. — Il est naturel puisque l'étude de la névraxite épidémique dans ses diverses manifestations est de date récente, que l'historique des séquelles portant sur l'être moral soit des plus succincts. La première communication se rapportant à ce sujet date de mars 1920 et est faite par le professeur Claude dans sa communication à l'Académie de médecine sur « Les suites éloignées de l'encéphalite épidémique ».

L'un de nous a consacré un chapitre sur la psychose morale névraxitique dans sa thèse de doctorat de juillet 1921. Puis Briand, à l'Académie de médecine étudie ses séquelles psychopatiques au point de vue médico-légal. Cet auteur avec Reboul-Lachaux présente à la Société clinique de médecine mentale six enfants véritables débiles moraux. Robin, lui aussi, rapporte à la même société l'observation de trois autres enfants analogues en tous points à ceux observés par les premiers auteurs.

V. Truelle et G. Petit signalent aussi les nombreuses réactions médico-légales consécutives à l'encéphalite léthargique dans leur rapport présenté au Congrès de Quimper.

En novembre dernier Roubinovich, Barük et Bariety, Hamel et Merland ont présenté à la Société clinique de médecine mentale plusieurs cas de jeunes malades chez lesquels on trouve les signes cardinaux de l'invalidité morale.

En mars 1923 à la Société des sciences médicales et biologiques du Languedoc méditerranéen, nous avons rapporté deux observations, l'une relatant l'histoire d'une jeune fille excitée génésique à un tel point qu'elle a cherché des rapprochements coupables avec son frère et, l'autre, montrant la fin, par suicide, d'un parkinsonnien post-névraxitique, chez lequel existaient des troubles portant sur l'être moral.

A l'étranger, c'est surtout en Amérique que l'on retrouve des travaux concernant l'invalidité morale acquise post-névraxitique comme en témoigne l'article de Franklin G. Ebauch Director of neuropsy-

chiatric department of the Philadelphia General Hospital paru dans *American Journal of Diseases of children* (n° 2, février 1923).

En Allemagne, quelques études concernant ce sujet ont paru. La principale est celle du professeur K. Bonhoeffer dans *Klinische Wochenschrift*, juillet 1922 intitulé « Psychische Residüerzustaenden nach Encephalitis Epidemica bei Kindern ».

Etiologie. — Un fait s'impose lorsqu'on étudie les observations relatives à l'invalidité morale acquise post-névraxitique, c'est que ce sont les jeunes, à la période pubérale ou prépubérale, qui paient, et de beaucoup, le plus lourd tribut à cette redoutable séquelle.

Comment l'expliquer? Cela est difficile mais en tout cas c'est un fait de constatation courante. Peut-être faut-il adopter l'explication fournie par Kostitch qui dit : « Chez les enfants, le système nerveux en général, et la fonction psychique ainsi que la formation de l'être moral en particulier sont en voie de développement. Or, il est en pathologie générale aujourd'hui nettement établi que, lorsque l'infection envahit l'organisme, elle se localise plus volontiers sur les organes ou sur les parties d'organe qui sont en voie d'accroissement ainsi qu'on l'observe si fréquemment pour l'ostéomyélite aiguë des adolescents. Le cerveau et l'intelligence de l'enfant sont, à la période prépubérale, en état d'hypéractivité et, comme sur une cire vierge, les moindres acquisitions laissent une empreinte prépondérante. Les moindres troubles dans les échanges biochimiques et physiques des centres nerveux entraînent un état de déséquilibre dans lequel, peut-être, on doit retrouver la cause des modifications de l'être moral ».

Les autres causes étiologiques que l'on est habitué à considérer dans les diverses infections, sont, nous a-t-il paru, de peu d'importance. C'est ainsi que le sexe ne joue aucun rôle. Plus intéressante à considérer serait l'hérédité. Les prédispositions mentales ne nous ont pas paru jouer un rôle très important mais il n'en est pas de même pour MM. Briand et Reboul-Lachaux qui eux, au contraire, ont constaté dans la plupart de leurs cas, l'hérédité mentale, directe, ou plus fréquemment collatérale.

Certainement beaucoup plus intéressante serait la possibilité d'établir une relation entre la forme de la névraxite épidémique dans son épisode aigu avec l'apparition de l'invalidité morale acquise. Mais là encore, il ne nous est point possible d'arriver à tracer une loi générale, et tout simplement on peut dire que ce sont les formes de l'encéphalite léthargique moyennement grave ou grave, qui prédisposent à l'apparition de cette séquelle. Personnellement, nous avons constaté l'invalidité morale acquise, chez deux individus ayant réalisé une encéphalite léthargique type et, il en a été de même pour deux malades, ayant pendant leur période aiguë réalisé une névraxite épidémique à forme choréique avec, chez l'une, un état méningé des plus inquiétants.

L'invalidité morale se voit soit comme séquelle évoluant pour son propre compte, soit comme complication d'un syndrome parkinsonnien post-névraxitique

En tout cas, à notre connaissance du moins, les manifestations frustes, atténuées ou mono-symptomatiques n'ont jamais été suivies d'une anomalie de l'être moral.

Anatomie pathologique. — Nous ne connaissons qu'un cas d'invalidité morale acquise post-névraxitique suivi d'examen histologique, c'est celui que nous avons présenté au Congrès de la Société pour l'avancement des Sciences (Montpellier, juillet 1922).

Il nous paraît donc bien osé de vouloir faire un paragraphe d'anatomie pathologique. Ce n'est pas un cas seul, en effet, qui peut montrer de façon certaine les lésions trouvées dans l'invalidité morale acquise post-névraxitique. Cependant, il nous paraît indispensable d'opposer nettement les lésions trouvées dans cette affection à celles de la démence précoce. Tant au point de vue clinique qu'histologique, la confusion entre ces deux états ne nous paraît pas possible. En effet, nous retrouvons dans le traité de la Démence précoce de MM. Mairet et Margarot (1920) brièvement résumée, la conception de Klippel et Lhermitte sur l'anatomie pathologique de la démence précoce, idées unanimement admises aujourd'hui et qui sont les suivantes : « La démence précoce est essentiellement une démence neuro-épithéliale. Les lésions vasculaires ou méningées sont rares et constituent des altérations sans rapport direct avec la maladie. La congestion, parfois notée, les infiltrations autour des vaisseaux, l'épaississement de leur paroi, les néoformations capillaires, la pigmentation du tissu conjonctif (lésions qui avaient paru à Anglade et à Jacquin justifier le démembrement de la démence précoce en un groupe de syndromes d'origines diverses) sont rattachés par la plupart des auteurs à des affections concomitantes ».

Si nous nous rapportons aux lésions constatées au cours de notre examen nécropsique, il nous semble qu'on peut en quelque sorte opposer ces deux formes de lésions.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes aucun signe de méningite, mais une vaso-dilatation des centres nerveux. Les vaisseaux sanguins fortement dilatés serpentent à la surface des circonvolutions, qui ont une teinte hortensia. Un œdème léger de l'encéphale se montre. A l'examen microscopique, se voit, sur tout l'axe cérébro-spinal, une congestion généralisée mais prédominant nettement au niveau du 4e ventricule et des pédoncules cérébraux. Les lésions sont très discrètes dans la substance blanche, très accentuées au contraire dans la substance grise. Dans cette dernière on voit des vaisseaux dilatés bourrés de globules rouges mélangés à des leucocytes. Les globules blancs, en certains points, sont si nombreux, qu'ils masquent presque en totalité les hématies.

Autour des vaisseaux dilatés, dans lesquels se voit une margination leucocytaire, il existe d'épais manchons de globules blancs. Des piquetés hémorragiques sont disséminés un peu partout, mais sont particulièrement abondants au voisinage du locus léger.

Quant aux cellules nerveuses, il existe de façon assez discrète, et prédominant sur les premières couches de la cordicalité, des lésions de neurophagie, à divers stades. En plus, de la congestion de la substance grise, l'écorce présente une prolifération anormale de névroglie, mais l'infiltration leucocytique et la périvascularite sont beaucoup moins marquées qu'au niveau du mésocéphale où existe le maximum des lésions cellulaires (neurophagie à divers stades).

Le cervelet est beaucoup moins atteint que le reste du névraxe.

Les lésions prédominent donc, à l'inverse de celles rencontrées dans la démence précoce, sur le mésocéphale et, au lieu d'être surtout neuro-épithéliales,

elles paraissent prédominer autour du système vasculaire qui, en tous cas, est le premier lésé. Les cellules nobles sont atteintes secondairement et la névroglie n'intervient qu'en tant que tissu cicatriciel.

PATHOGÉNIE. — L'étude pathogénique de l'invalidité morale acquise post-névraxitique est certainement des plus difficiles à entreprendre.

Cependant c'est une des questions les plus nécessaires à essayer d'élucider et, si chacun apporte ses interprétations, peut-être arrivera-t-on à avoir une vue d'ensemble suffisamment étendue pour acquérir une certitude pathogénique à ce sujet.

Il paraît naturel d'expliquer l'invalidité morale congénitale par des tares portant sur le développement ou sur l'atrophie de certaines parties de l'encéphale. Ainsi qu'il existe des stigmates de dégénérescence physique (malformations osseuses, génitales ou autres) il existe aussi des lésions des centres nerveux. Ces dernières seraient la cause de l'invalidité morale congénitale.

Si d'autre part, nous admettons avec le professeur Grasset que la normalité de l'être moral dépend de l'intégrité fonctionnelle et organique des centres nerveux, toute cause qui troublera le fonctionnement de ces derniers entraînera une tare de l'être moral.

Or, le virus névraxitique se cantonnant dans les centres nerveux surtout au niveau du mésacéphale, qui est un véritable réservoir pour le virus, ce dernier par propagation de proche en proche, ou par voie sanguine, peut aisément envahir et léser la corticalité. Le virus lui-même peut ne pas être en cause directe mais, au moyen de ses toxines, entraînées par le courant circulatoire, imprégner les cellules nerveuses, les troublant ainsi dans leurs échanges physico-chimiques, et créer, à la longue, les divers stades de neurophagie aboutissant à la prolifération névroglique cicatricielle.

L'hypothèse que nous émettons comme explication pathogénique de l'invalidité morale acquise devient certitude lorsqu'on ne s'adresse plus à l'être moral mais bien au système moteur ou sensitif. Grâce à l'apparition du syndrome parkinsonnien post-névraxitique, la physico-pathologie des noyaux opto-striés a été élucidée et on est même arrivé à dissocier les fonctions imparties au putamen d'une part, et au noyau lenticulaire, d'autre part.

Il est aussi probable qu'à la longue, grâce à cette cause nouvelle qu'est la névraxite épidémique, comme créatrice de l'invalidité morale acquise, on arrivera à déterminer la nature des lésions d'une part, et, d'autre part, les zones lésées de la corticalité lésions qui conditionnent l'apparition de l'invalidité morale acquise.

Pour nous, en tous cas, un fait paraît acquis c'est que, pour qu'il y ait invalidité morale, il doit exister des lésions des cellules nobles de la corticalité, lésions qui sont dues à l'apport par voie sanguine, des toxines ou du virus névraxitique lui-même.

Les zones qui sont les plus lésées sont les régions fronto-pariétales et paracentrales.

OBSERVATIONS. — L'invalidité morale acquise sera certainement beaucoup mieux connue dans ses différentes manifestations quand on aura pris connaissance de quelques-uns des cas que nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre. Déjà, du reste, nous avons pu retrouver dans la littérature médicale 30 observations concernant les invalides moraux post-névraxitiques, observations qui figurent dans la thèse du Dr Milorad Kostitch. Ces cas cliniques ont été étudiés tant en France qu'en Allemagne et en Amérique.

Qu'il nous soit permis de rapporter ici l'observation d'un de nos petits malades.

Le jeune Auguste R..., âgé de 12 ans, est admis à la clinique de neurologie de l'hôpital général avec le certificat médical suivant : « Cet enfant est atteint de déséquilibre mental avec irritabilité, impulsions au vol et doit être placé dans un service spécial ». Le Dr Alicot, médecin légiste, ne conclut pas dans son certificat à l'internement dans un asile d'aliénés mais bien à la nécessité d'admettre son malade dans un service spécial, où la surveillance s'exercera de façon rigoureuse.

Il est impossible de retrouver dans les antécédents héréditaires de ce malade, des cas d'aliénation mentale. La mère est morte jeune, à 36 ans, de pneumonie. Le père et les deux frères sont bien portants.

Dans les antécédents personnels, on apprend que l'enfant est né à terme, a eu une rougeole suivie de coqueluche à 30 mois et, en 1920, à l'âge de 9 ans, pendant un court laps de temps, une quinzaine environ, de l'ensommeillement, du strabisme, après quoi sont apparus des mouvements choréiformes.

Tout avait l'air d'être rentré dans l'ordre lorsque, au début de l'année 1921, on s'est aperçu que le jeune R. présentait des troubles du caractère qui sont allés en s'accentuant depuis lors.

A l'examen, on se trouve en présence d'un enfant normalement développé pour son âge et rien ne pourrait, de prime abord, faire penser que l'on se trouve en presence d'un malade.

Cependant, bien que très discrets et très rares, on constate quelques mouvements choréiformes, prédominants aux membres supérieurs mais existant à la face et aux membres inférieurs.

On ne constate aucun trouble du tonus musculaire. La marche n'est troublée en rien, pas la moindre parésie; les réflexes sont vifs, surtout les rotuliens des deux côtés. Il n'y a ni Babenski, ni clonus de la rotule.

On obtient quelques secousses de trépidations épileptoïdes du pied gauche. La sensibilité est normale. pas de troubles sphinctériens. On constate cependant du déséquilibre vago-sympathique (troubles vaso-moteurs, réflexe oculo-cardiaque inversé)

Les organes des sens sont indemnes, sauf pour les yeux où un examen permet de constater de la diplopie dans le regard extrême droit et gauche par parésie des muscles droits internes, droit et gauche.

Paralysie de l'accommodation.

Beaucoup plus intéressant est à étudier l'état psychique de ce jeune malade qui est, il faut bien le reconnaître, une véritable plaie pour les siens et son entourage.

L'intelligence est normale, vive même pour un enfant de cet âge. La mémoire est conservée et l'affectivité paraît exister indemne (signe différentiel des plus importants pour distinguer l'invalidité morale de la démence précoce). Mais là où l'être moral du malade est profondément troublé c'est dans l'hypertrophie des mauvais instincts.

Le jeune Auguste R. depuis sa névraxite épidémique est devenu un instable pervers. Il applique son intelligence à mal faire; c'est pour cette cause qu'il a été renvoyé de tous les établissements scolaires.

Ce qui domine chez cet enfant c'est, tout d'abord, une tendance nette aux revendications. Il trouve toujours qu'on s'occupe trop des autres et pas assez de lui; puis on constate que le mensonge est chose naturelle chez lui. Voleur, le jeune R. l'est au maximum. Il vole pour le plaisir de le faire, mais son intelligence lui fait chercher des ruses pour amener les soupçons sur d'autres que lui et, lorsqu'il est pris en flagrant délit, trouver des excuses.

Il présente aussi des impulsions et des fugues qui l'ont fait s'évader de tous les établissements où il a été mis jusqu'à ce jour. C'est ainsi que, des environs de Lyon, R. est revenu à pied mendiant et volant jusque chez sa tante, à Montpellier. Il y a peu de jours encore, profitant d'un moment d'inattention, ce malade s'est enfui, sautant le mur d'enceinte et courant tout d'une traite se réfugier dans un wagon de marchandises où il a été repris.

La taquinerie et la méchanceté sont habituelles chez lui. C'est ainsi qu'il pince, mord ou bat les malades paralysés sans défense et lorsqu'un épileptique présente une crise, sous prétexte de lui porter secours, l'enfant le bat, prend une pierre pour lui frapper la tête, lui met la main devant la bouche pour l'empêcher de respirer.

Malgré son jeune âge, Auguste R. est un excité génésique qui se masturbe ou cherche à pratiquer des attouchements sur les autres malades du service.

Lorsqu'on essaie par la persuasion, ou en faisant appel à son bon cœur, de lui montrer combien coupable est sa conduite, le petit malade à l'air d'être contrit ou repentant, il pleure même bruyamment mais recommence aussitôt qu'on a tourné le dos.

La seule chose qui fasse rester cet enfant tranquille un certain laps de temps, c'est lorsqu'un malade plus fort que lui, agacé, lui donne une correction.

Avant d'entrer à l'hôpital, le jeune R. était la terreur du quartier où il habitait. Il n'y avait pas de jour où les voisins ne fussent obligés de se plaindre à la police pour des méfaits plus ou moins graves commis par lui.

Il nous semble donc que le diagnostic d'invalidité morale, acquise à la suite de la névraxite épidémique, s'impose en ce qui concerne ce malade.

Il en est de même pour la jeune Madeleine M..., âgée de dix-huit ans.

L'observation de cette malade a été consignée, quant à sa période aiguë, dans la thèse du docteur Jean Daumas.

Cette jeune fille a présenté à l'Hôtel-Dieu de Marseille, en janvier 1920, une névraxite épidémique, à forme méningée, avec hémiparésie droite, puis a eu quelques phénomènes choréiques à la suite desquels s'est installé progressivement un enraidissement musculaire, de plus en plus marqué qui a évolué en un syndrome parkinsonnien post-névraxitique. Elle est admise, le 19 janvier 1923, à la clinique de neurologie de l'hôpital général de Montpellier.

Déjà, nous disent les parents, depuis presque le début de l'apparition du syndrome parkinsonnien, des troubles portant sur l'être moral sont apparus. C'est ainsi qu'elle est devenue désobéissante, désagréable, présentant des instincts érotiques très marqués.

Elle masturbe son jeune frère, âgé de treize ans, et veut avoir des rapports sexuels avec lui. Elle se livre également à des attouchements suspects avec les divers animaux qu'elle rencontre. A l'occasion d'une réprimande de ses parents, elle fait une tentative de suicide et se tire un coup de revolver dans l'avant-bras gauche.

A l'entrée de la malade dans le service, on constate, au point de vue physique, un syndrome d'hypertonie musculaire généralisé, avec attitude et démarche parkinsonniennes. Il existe de l'hyper-réflectivité tendinéo-périostée. Les diverses sensibilités sont normales; il n'y a pas de troubles sphinctériens, ni de manifestations cérébelleuses.

Madeleine M..., présente l'aspect si caractéristique d'une parkinsonnienne. Les traits sont figés, la bouche entr'ouverte, d'où s'écoule une salive abondaute. La sialorrhée est intermittente et parfois il survient de véritables crises hoqueteuses. Les divers organes des sens sont normaux, pas de diplopie, mais paresse des pupilles à l'accommodation.

Au point de vue mental, l'intelligence de Madeleine est normale; la lecture lui est agréable; la mémoire est conservée. Il n'existe aucune désorientation dans le temps et dans l'espace. Les sentiments affectifs sont indemnes et il n'existe aucune hallucination.

Nous constatons, chez notre malade, que l'excitation génésique est toujours au maximum; le chlorhydrate d'hyoscine, à la dose d'un milligramme en injections sous-cutanées, arrive à peine à l'atténuer.

Chez elle aussi, on retrouve cette instabilité morale qui paraît être la caractéristique de cet état. Madeleine est taquine, se bat volontiers avec les autres malades; trouve que l'on ne s'occupe jamais assez d'elle; présente, à certains moments, de la tachyphémie stéréotypée. Enfin, les tendances aux fugues se retrouvent chez cette jeune fille, ainsi qu'un certain degré d'irritabilité. On est souvent obligé de maintenir, en la fixant sur un siège ou dans son lit, cette malade, afin d'éviter qu'elle s'enfuie, qu'elle se masturbe ou qu'elle vole.

Madeleine M... est bien atteinte d'invalidité morale acquise postnévraxitique.

Nous ne rapporterons plus ici que deux observations résumées :

La première se rapportant à une fillette de onze ans, admise, le 31 mai 1921, à l'asile d'aliénés où elle est morte, le 3 juillet 1921 ; l'autre concernant un invalide moral adulte, parkinsonnien post-névraxitique qui s'est suicidé par noyade.

La jeune M. G... ne présente rien d'anormal, au point de vue des antécédents personnels, jusqu'à Pâques 1920, époque à laquelle l'enfant a réalisé une encéphalite léthargique typique.

Dans les collatéraux, on retrouve, chez le grand-père maternel, une crise d'aliénation mentale, avec délire mystique actif qui a nécessité l'internement, pendant six mois, à Montdevergues.

La convalescence de l'encéphalite léthargique est restée traînante. En août 1920, des douleurs dorsales vives font porter le diagnostic de mal de Pott dorso-lombaire. Ce diagnostic est, du reste, rapidement infirmé.

L'enfant, nous dit la mère, lui a créé de multiples désagréments. Son intelligence et sa mémoire sont conservées, mais à la rentrée des classes, en octobre 1920, l'être moral de la jeune G... se trouve profondément modifié, à tel point qu'on est obligé de la retirer de la classe où elle battait, mordait et volait ses amies. Au cours d'une crise de colère, l'enfant s'armant d'un couteau en frappe sa mère et, c'est à la suite de cet acte qu'on l'interne.

L'état physique de la fillette à l'entrée, nous montre une enfant malingre, mais n'ayant pas de stigmate de dégénérescence. Les divers appareils circulatoire, respiratoire, digestif et urinaire sont normaux. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien où l'on trouve 7g2 de chlorure p. 1000; 0g40 p. 1000 d'albumine et 1g20 de glycose p. 1000. A la cellule de Nageotte, on trouve quatre lymphocytes au millimètre cube. L'enfant présente une parésie du voile du palais et l'intégrité du larynx. La langue et les lèvres sont animées de fines trémulations fibrillaires. Enfin, une double parésie faciale explique l'aspect inexpressif et figé de la face.

L'œil droit présente une parésie du droit interne et une parésie du sphincter pupillaire. L'œil gauche offre aussi une parésie du releveur de la paupière supérieure, une parésie du droit interne et du sphincter pupillaire.

Les deux moteurs oculaires communs présentent donc un état parétique prédominant à gauche et une parésie des muscles ciliaires.

Les réflexes tendineux et périostés des membres supérieurs sont sensiblement normaux. L'hyper-réflectivité tendinéo-périostée est très marquée aux membres inférieurs où l'on obtient une ébauche de trépidations épileptoïdes et du clonus de la rotule.

Le déséquilibre vago-sympathique est très marqué, le réflexe oculo-cardiaque fortement positif, ainsi que des troubles vaso-moteurs consistant en dermographie, alternatives de rougeurs et de pâleurs et crises de sudation abondante. Il n'y a pas de troubles sphinctériens.

Examinée au point de vue mental, la jeune malade nous apparaît comme ayant ses facultés psychiques endormies. Elle présente même, à certains moments, de la stupeur; elle met un temps très long pour manger et pour écrire et parfois même, elle s'endort en accomplissant un de ces actes.

Elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace. Sa mémoire et son intelligence sont normales. Mais, contraste surprenant, à cet état de stupeur à certains moments, succèdent, pour la moindre contrariété, des crises de colère furieuse où la malade se précipite sur la personne qui lui tient tête et essaie de la mordre, de lui donner des coups de pied, de l'égratigner.

Les sentiments affectifs sont conservés pour sa mère, mais la jeune G..., présente de l'indifférence pour ses frères. Par contre, elle est prise d'un amour immodéré pour les animaux et cherche, par tous les moyens possibles, à attraper chiens

et chats, sur lesquels elle se livre à des attouchements répréhensibles.

Taquine, méchante et voleuse, voilà ce qu'est cette enfant par rapport aux autres malades de sa section. Rien sur elle n'a de prise, ni tendresse, ni raisonnement; la force, seule, agit, et encore pour un court laps de temps. Il lui est difficile de se fixer longtemps et l'enfant présente une instabilité psychique accusée.

La petite malade est décédée, emportée par un réveil de névraxite épidémique dont le début a été caractérisé par des douleurs de névralgie sciatique atroces, par de l'hyperthermie 40°5 et une atteinte bulbaire qui a amené la mort par crise syncopale.

La dernière observation que nous voulons rapporter, concerne un adulte qui, en janvier 1920, a réalisé une encéphalite léthargique typique, suivie, par l'un de nous, depuis presque le début jusqu'au jour où le malade s'est suicidé en se noyant. C'est cinq mois après le début de la période léthargique de l'encéphalite, qui a duré six semaines, qu'apparaissent les premiers signes de syndrome parkinsonien, signes qui sont allés en s'accentuant. Les premières modifications de l'être moral ne sont apparues qu'environ un an après l'épisode aigu du début.

C'est tout d'abord une excitation génésique qui s'installe. Le malade rend sa femme enceinte, puis, ne se contentant plus de cette dernière, prend deux maîtresses.

L'intelligence est restée indemne. Le nommé F..., âgé de vingt-sept ans, cultivateur de son état, donne toutes les précisions voulues au sujet des travaux maraîchers auxquels il se livrait. La mémoire est conservée, ainsi que les sentiments affectifs. La volonté paraît déficiente, mais ce sont surtout les troubles de l'être moral qui prédominent.

F... devient de plus en plus irritable, se disputant souvent avec les autres malades, car il croit toujours qu'on se moque de lui. Il présente des tendances revendicatrices accentuées et trouve toujours qu'on fait plus aux autres qu'à lui. Dès qu'on entre dans la salle, F..., avec sa démarche caractéristique de Parkinson, son enraidissement musculaire généralisé, son facies figé inexpressif, rendu parfois stupide par l'ouverture de la bouche, de laquelle s'écoule de la salive en abondance et dont l'expression de physionomie est rendue vivante par l'intelligence et la vivacité du regard, s'avance pour réclamer sous le moindre prétexte.

F... fait une demande de revision de pension militaire qui lui est refusée. Il était déjà réformé pour blessures de guerre. Ce refus l'affecte beaucoup ; mais, au bout de quelques jours, il paraît cependant en prendre son parti. D'autant plus qu'il a interjeté appel devant le tribunal des pensions. Ces faits se passaient en mars 1922.

A diverses reprises, le malade, sans avoir l'air d'y ajouter grande importance, avait dit, dans le courant de la conversation, qu'il ferait mieux d'en finir, sans préciser autrement ses intentions.

Le malade obtenait des permissions de la journée pour se rendre chez lui, voir sa femme et son bébé qu'il aimait tendrement.

C'est au cours d'une de ses sorties, qu'après s'être rendu chez sa femme, et lui avoir dit, toujours sans avoir l'air d'y attacher de l'importance, qu'il allait se noyer, que F... mit à exécution ce sinistre projet.

A deux reprises différentes, sa femme le fit retourner des bords de la rivière et c'est à la troisième fois que le malade, trompant la surveillanee, s'est noyé.

Rien dans les antécédents familiaux ou collatéraux n'est à relever au point de vue troubles mentaux chez cet individu.

Lui-même, jusqu'à l'apparition de son encéphalite épidémique, n'a jamais été malade.

Ces observations, prises parmi plusieurs autres, nous semblent bien mettre en relief les troubles portant sur l'être moral, troubles constitutifs de l'invalidité morale acquise post-névraxitique. Il en est de même lorsqu'on lit les trente observations réunies dans la thèse du docteur Kostitch qui a rapporté les observations présentées par MM. Briand et Reboul-Lachaux à la Société clinique de médecine mentale (décembre 1921), par M. Robin à la même Société, juillet 1922; celles du professeur K. Bonhoeffer et les 17 observations du docteur Franklin G. Ebauch.

Diagnostic. — Il est important d'établir le diagnostic d'invalidité morale acquise post-névraxitique car de lui dépendra le pronostic et les mesures à prendre pour empêcher les malades de nuire à leurs semblables.

Le diagnostic est aisé lorsque l'anamnèse permet de retrouver la maladie causale. Beaucoup plus difficile, impossible même, d'établir ce diagnostic, si on a eu affaire à une forme de névraxite épidémique passée inaperçue ou encore si l'entourage ou le malade omettent volontairement de faire mention de la maladie causale.

Antisociaux, inaffectifs, égoïstes, inintimidables, impulsifs et instables, excités génésiques, menteurs, se plaisant à mal faire, tels sont les principaux caractères des invalides moraux. Mais ces signes ne se retrouvent-ils pas aussi dans l'invalidité morale congénitale? Dans ce dernier cas cependant, des stigmates de dégénérescence physique permettront de faire remonter à son origine congénitale l'invalidité morale.

Du reste, simplifiant parfois le problème chez les invalides moraux post-névraxitiques, on retrouve souvent des séquelles de l'infection causale, telles que troubles oculaires persistants, hypertonie musculaire généralisée, secousses choréiques, algies diverses qui sont la signature de la névraxite épidémique.

Il en est de même si on constate une sialorrhée plus ou moins abondante, des tremblements localisés ou généralisés, enfin diverses manifestations parétiques, le plus souvent transitoires.

Lorsqu'on est arrivé au diagnostic d'invalidité morale acquise, bien que ce soit la névraxite épidémique qui en soit la cause la plus fréquente, il ne faut point oublier que toutes les infections peuvent être la cause de ces anomalies de l'être moral. C'est ainsi qu'il nous a été possible d'observer à l'Asile d'aliénés un enfant d'une douzaine d'années, véritable invalide moral acquis, chez lequel, pour toute infection, on n'a retrouvé qu'une typhoïde deux ans auparavant. Le paludisme et la grippe seraient encore, d'après certains auteurs, capables d'engendrer l'invalidité morale.

Il nous manque donc, pour arriver à la certitude de la cause étiologique de l'invalidité morale, des procédés de laboratoire, sérologiques, chimiques ou cytologiques. Malheureusement le sérodiagnostic de la névraxite épidémiuue ne nous est pas connu, pas plus du reste que l'agent infectieux. Parfois, il est vrai, on peut constater une légère réaction lymphocytique dans le liquide céphalo-rachidien, ou encore une hyper-albuminose peu marquée, ou mieux de l'hyperglycorachie qui permettent d'affirmer presque la nature des manifestations constatées.

Il serait réellement précieux si on arrivait à reproduire expérimentalement la névraxite épidémique, par injections intracérébrales, aux lapins, des exsudats bucco-pharyngés des invalides moraux; ce serait bien la preuve de l'identité étiologique.

Il faut se mettre en garde de commettre l'erreur d'attribuer à la névraxite épidémique certains états qui ne relèvent pas d'elle. La syphilis en particulier, si elle lèse les noyaux opto-striés, donne à s'y méprendre un syndrome pseudo-parkinsonien iden-

tique à celui créé par le virus névraxitique, et, pour peu que le sujet présente des troubles de l'être moral, on voit la possibilité d'une erreur de diagnostic. La réaction de Bordet-Wassermann ou les réactions colloïdales pratiquées sur le liquide céphalo-rachidien permettent de trancher le diagnostic à moins toutefois qu'il y ait coexistence des deux infections.

Enfin, bien que tardivement, puisque c'est l'évolution seule qui pourra faire rattacher l'invalidité morale au virus névraxitique, on assistera à un réveil de l'infection; le malade étant emporté par une manifestation aiguë de névraxite épidémique.

Le diagnostic différentiel de l'invalidité morale n'est pas toujours des plus faciles. En face de sujets réalisant les actes antisociaux propres aux invalides moraux, on peut se demander si on ne se trouve pas en face de simulateurs cherchant à éviter ainsi le juste châtiment de leurs fautes.

Une surveillance de tous les instants, l'impossibilité de retrouver dans les antécédents du sujet trace d'un épisode infectieux, feront faire le diagnostic.

Les hystériques présentent aussi certains symptômes propres à l'invalidité morale, en particulier une grande excitation génésique et de la mythomanie.

La grande névrose est pourtant bien connue dans ses manifestations cliniques et la recherche des différents stigmates ainsi que l'existence d'anesthésie en plaques nous permettront de reconnaître la nature hystérique des manifestations morales présentées par le malade.

Plus difficile sera de rapporter à leurs causes véritables les modifications du caractère présentées par les alcooliques ou les épileptiques. Chez eux, on retrouve l'irritabilité facile, les tendances aux fugues, parfois même des réactions antisociales, tous signes qui se retrouvent dans l'invalidité morale acquise.

Cependant l'épileptique, même fruste, sera reconnu grâce parfois à l'apparition de crises comitiales; aux caractères des absences ou des vertiges, à leur apparition souvent nocturne; parfois par de véritables équivalents psychiques.

L'alcoolique chronique, lui, se présente avec un aspect caractéristique. On finit par savoir les habitudes d'intempérance du sujet; le facies est spécial, le nez rouge, les pommettes vineuses, le tremblement des extrémités. Enfin parfois le laboratoire intervenant, grâce à la réaction de Niclaux, on arrive à retrouver dans le liquide céphalo-rachidien, ou plus facilement dans le sang ou les urines, le toxique cause des désordres de l'être moral.

Les psychoses, elles, sont beaucoup plus facilement diagnostiquables et ne prêtent guère à confusion avec l'invalidité morale acquise.

Si nous adoptons la classification clinique des affections mentales de Gilbert Ballet, nous ne confondrons guère l'invalidité morale acquise avec les affections psychiques acquises par lésions organiques. Il en sera de même pour les psychoses toxémiques, qu'elles se divisent en psychoses infectieuses, psychoses autotoxiques ou en psychoses exotoxiques. Il en sera de même pour les affections psychiques acquises et constitutionnelles, réserve faite pour la démence précoce, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Beaucoup plus difficile à faire sera le diagnostic entre l'invalidité morale et les affections psychiques constitutionnelles : les troubles de l'humeur, créant les psychoses périodiques; les états cyclothymiques; les troubles du jugement, conditionnant les délires à idées prévalantes et les délires de revendication; les troubles de l'émotivité, dans lesquels on relève les névroses d'angoisse, la psychasthénie, les obsessions diverses, les phobies et les aboulies; les troubles des instincts, dans lesquels se placent les impulsifs, les kleptomanes, les mythomanes, les pervertis sexuels, les fous moraux.

Nous avons réservé le diagnostic différentiel entre la démence précoce et l'invalidité morale acquise post-névraxitique, car nous avons pu constater que la névraxite épidémique peut être cause aussi bien de l'une de ces manifestations psychiques que de l'autre. Nous avons même rapporté l'observation d'un cas de démence précoce, hébéphréno-catatonique relevant de l'infection névraxitique.

Nous nous baserons cependant pour faire le diagnostic entre ces deux affections sur les signes principaux de la démence précoce.

Tout d'abord les déments précoces ont une anesthésie complète des sentiments affectifs. Indifférents à tout, ils vivent d'une vie végétative; cependant, chez eux, comme chez les invalides moraux, on note des impulsions, des fugues, de l'érotisme, de l'onanisme, mais les déments précoces seront reconnaissables, tout d'abord, parce qu'au point de vue intellectuel ils présentent de l'absurdité et de l'incohérence. Le syndrome de Ganser constaté nous permettra de conclure à la démence précoce à forme hébéphrénique. A côté de ces signes, d'autres viendront compléter le diagnostic : le maniérisme, étudié de façon magistrale dans la thèse de Reboul-Lachaux : le négativisme; la suggestibilité; les stéréotypies kinétiques ou parakinétiques nous permettront de rapporter ces symptômes à leur cause véritable. Enfin fréquemment des hallucinations et des idées délirantes se font jour et alors ce sera l'évolution qui permettra de porter un diagnostic. Le dément précoce étant un incurable aliéné définitif, tandis que l'invalide moral malgré son peu d'éducabilité ne sera jamais un aliéné au sens complet du mot.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'invalidité morale acquise post-névraxitique doit être envisagé à un double point de vue : 1° Pronostic quoad vitam; 2° pronostic médico-légal.

Le premier pronostic, quant à la vie, doit être réservé. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'invalide moral post-névraxitique est un sujet porteur de virus, atténué il est vrai, mais capable, à certains moments, de reviviscence, cause d'une poussée infectieuse nouvelle, capable d'entraîner la mort.

Si le virus paraît bien éteint, il n'en reste pas moins que l'invalide moral chez lequel existe des idées de suicide, peut voir ses jours abrégés par l'exécution de ses idées. Il est à remarquer, toutefois, que le plus souvent l'idée de suicide, chez l'individu moral, est peu ancrée ou en tout cas rarement suivie d'exécution. C'est à se demander même si les sujets qui les accusent ne veulent pas tout simplement attirer l'attention sur eux, comme certains hystériques le font. Il est curieux, en effet, de voir qu'ayant la possibilité d'attenter à leurs jours, ces sujets hésitent ou s'arrangent pour se faire le minimum de mal. On est loin de retrouver chez ces individus la ténacité à mettre fin à leurs jours que certains lypémaniaques présentent.

Considération encore à noter, c'est qu'on peut se demander si l'invalide moral post-névraxitique n'est

pas un véritable porteur de germes risquant de disséminer l'infection.

Le pronostic médico-légal qui se pose pour ces individus est identique à celui de l'invalidité morale congénitale. Sujets impulsifs, irritables, taquins, querelleurs, rusés, ils ont souvent maille à partir avec la justice d'où multiplicité de condamnations, emprisonnements fréquents dans un milieu où le sujet apprend, s'il les ignore, les plus ignobles choses. Ils ne font, dans les prisons, que se contaminer moralement.

Indisciplinés et antisociaux, se plaisant à créer du désordre, les invalides moraux se rendent insupportables à leur entourage ; la vie en famille leur devient souvent impossible d'autant plus que ces individus présentent de l'instabilité non seulement morale, mais encore physique et que les tendances aux fugues sont fréquemment observées chez eux. Lorsqu'ils ont commis un acte délictueux, les invalides moraux, arguant de leur irresponsabilité, sont alors internés dans un asile d'aliénés. Cette solution du reste leur est la plus avantageuse, car avec l'excitation génésique, leurs tendances au vol et au mensonge, ces individus, s'ils n'étaient pas reconnus malades, iraient fatalement de prison en prison, jusqu'au jour où la relégation débarrasserait la société de ces anormaux moraux.

Traitement. — Ce chapitre serait particulièrement bref, si on considérait l'invalidité morale acquise seulement comme séquelle fixée de névraxite épidémique. Il y a, en effet, à considérer l'invalide moral comme atteint d'une infection atténuée et souvent latente et enfin à étudier le problème du traitement de l'invalidité dans toute son ampleur.

Ce problème intéresse non seulement le médecin, mais encore l'éducateur laïque ou religieux, le magistrat et l'entourage immédiat du malade. C'est pour cette catégorie que le terme de demi-fous et demi-responsables, de Grasset, convient en particulier, et c'est pour eux qu'il faudrait créer des services spéciaux où, avec d'autres petits psychopathes, ces individus seraient traités.

Le traitement de l'invalidité morale acquise post-névraxitique doit être divisé, ainsi que nous l'avons dit, en deux parties.

Dans la première, le médecin seul intervient. L'invalide moral doit être traité et il doit, étant porteur de germes, être mis dans des conditions telles qu'il ne puisse contaminer autrui.

Le problème de la prophylaxie des porteurs de germes est des plus complexes, car l'isolement absolu et rigoureux est impossible à pratiquer, vu a longueur de la contagiosité. Il faudrait de plus être renseigné, de façon précise, sur les voies de contamination suivies par le virus. Il nous paraît logique de traiter cette affection endémo-épidémique comme toutes les autres maladies contagieuses.

L'isolement rigoureux n'étant applicable qu'à la période aiguë ou au réveil de nouvelles poussées aiguës, pendant les périodes intercalaires, l'isolement relatif serait à préconiser et cela sous la surveillance médicale.

Enfin, la désinfection des excrétats du malade et, en particulier, des sécrétions naso-pharyngées doit être effectuée, car il semble bien que c'est par cette voie que le virus névraxitique se dissémine.

A côté du traitement prophylactique, doit être institué le traitement médical proprement dit et cela tant qu'on soupçonne une virulence, si légère soit-elle. C'est dire que ce traitement doit être de longue durée.

Malheureusement, nous ne connaissons pas encore de médicament spécifique contre la névraxite épidémique. Nous devons signaler que la plupart des médicaments antiinfectieux ne donnent pas de grands résultats. On aura recours aux injections longtemps continuées d'urotropine, à la dose de 1g50 par jour, en opérant par la voie intraveineuse ou hypodermique. On pourrait même pratiquer les injections intrarachidiennes d'urotropine.

Le sérum ou le sang total de convalescent de névraxite épidémique pourrait aussi être injecté aux malades. Ce dernier procédé étant un essai de sérothérapie.

A la moindre menace de poussée nouvelle, il faudra employer la méthode de Fochier ou encore les divers métaux colloïdaux.

Le médecin doit s'armer de patience, ne pas hésiter à prolonger pendant de longs mois son traitement, car la prolongation de ce dernier sera le meilleur moyen préventif de l'invalidité morale acquise post-névraxitique.

La seconde partie du traitement qui, à proprement parler, est celui qui s'adresse à l'invalidité morale acquise, intéresse non seulement le médecin mais encore tous ceux qui par leurs fonctions ou leurs charges ont le devoir d'assurer le maintien de l'ordre public et le respect des bonnes mœurs : instituteurs, éducateurs, magistrats, prêtres et parents, tous plus ou moins auront à intervenir tôt ou tard auprès de l'invalide moral acquis.

Le problème de la responsabilité n'est pas seul en jeu, car, s'il est admis que ces sujets sont des res ponsables atténués, ce qu'ils savent du reste e n'hésitent pas à mettre en avant dès qu'on les reprend leurs réactions antisociales les rendent de véritables fléaux pour ceux qui les entoureut, obligeant de prendre des sanctions rapides à leur égard.

Nous n'avons pas oublié en effet que les sentiments qui se font jour chez ces êtres sont les plus mauvais : mensonge, vol, fugues, colère, impulsivité, exhibitionnisme, excitation génésique, et nous passons sur beaucoup d'autres.

De pareils sujets ne peuvent être laissés sans surveillance et pourtant l'asile d'aliénés ne leur convient guère.

La névraxite épidémique en créant une efflorescence inaccoutumée d'invalides moraux pose un problème des plus angoissants au point de vue du traitement de ces derniers.

Il nous semble que la création de services spéciaux s'impose pour de pareils malades. Là, sous la surveillance d'instituteurs spécialisés, dans l'isolement, dans un milieu approprié, par un personnel entraîné, on mettra en œuvre tous les moyens modernes de la psychothérapie : direction morale ferme, persuasion, principes moraux et religieux que l'on essaierait de développer chez ces malades, emploi des sédatifs de l'excitation génésique, tels que le chlorhydrate d'hyoscine, l'hydrothérapie, permettraient d'obtenir certains résultats.

Les révulsions prolongées, telles qu'un séton de la nuque, l'emploi de certaines punitions physiques, paraissent agir sur quelques sujets.

En terminant cet exposé du traitement des invalides moraux, nous avons le triste devoir d'ajouter que souvent, malgré tous les moyens mis en œuvre,

ces sujets resteront des tarés qui seront toujours une charge pour la société. Afin d'atténuer le plus possible cet état, à côté des centres de psychothérapie, les doublant même, devraient être annexés des ateliers dans lesquels on obligerait ces individus au travail. Mais, à cause de l'instabilité et de la paresse des invalides moraux, le travail continu sera difficile à obtenir.

Conclusions. — Nous ferons nôtres les conclusions du docteur Kostitch, et avec lui nous dirons que :

1° La névraxite épidémique de toutes les infections du névraxe est certainement la plus redoutable, tant pendant sa période aiguë que pour les séquelles organiques ou morales qu'elle peut créer.

Comme traitement, nous nous trouvons désarmés, ne possédant pas encore de sérum spécifique.

2° Il nous paraît possible maintenant d'affirmer que l'invalidité morale, syndrome connu depuis longtemps mais considéré comme essentiellement héréditaire ou congénital, est souvent d'origine infectieuse.

3° A la suite d'une toxi-infection, peut apparaître une psychose, chose qui était connue pour la démence précoce mais qui, jusqu'à présent, n'était que soupçonnée pour d'autres manifestations psychiques.

Grâce à la névraxite épidémique créatrice de l'invalidité morale, nous retrouvons dans cette dernière des lésions anatomo-pathologiques, vasculaires d'abord, neuro-épithéliales ensuite.

4° Le traitement des invalides moraux post-névraxitiques pose, dans toute son ampleur, le problème médico-légal de l'invalidité morale d'une part et de son traitement prophylactique d'autre part.

L'invalide moral, congénital ou acquis, est un sujet à responsabilité atténuée et il doit être placé, de ce fait, dans des conditions de surveillance telles qu'il ne puisse nuire ni à lui, ni aux autres. Pas aliéné cependant dans le vrai sens du mot, l'invalide moral devrait être admis et maintenu de force dans certains services spécialisés pour sa garde et son traitement.

Tout névraxitique devra être soigné de façon énergique et prolongée et c'est là encore le moyen prophylactique de l'invalidité morale.

La psychothérapie et le travail réglementé, ainsi que le traitement approprié de chaque manifestation spéciale propre à chaque malade seront la dernière ressource thérapeutique de l'invalide moral acquis post-névraxitique.

BIBLIOGRAPHIE

Apert. Manifestations nerveuses dues au réveil d'une encéphalite léthargique, *Soc. de pédiat.*, 18 janv. 1921.

Apert, Robert Broca et Chabanier. Encéphalite léthargique du jeune âge, *Soc. de pédiat.*, 20 mars 1923.

Bériel. Séquelles de l'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hopit.*, 9 nov. 1920.

Briand. Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal, *Acad. de méd.*, 20 nov. 1921; — Formes mentales de l'encéphalite épidémique, *Congrès de Strasbourg*, août 1920; — Rapports entre certains états pithiatiques et l'encéphalite léthargique, *Soc. de psychiatr.*, 17 juin 1920.

Briand et Porcher. Séquelles de l'encéphalite léthargique chez un enfant de dix ans.

Briand et Reboul-Lachaux. Troubles du caractère et séquelles mentales de l'encéphalite épidémique chez les enfants, *Soc. clin. de méd. mentale*, déc. 1921.

Briand et Rouquier. Contribution à l'étude des séquelles mentales de l'encéphalite épidémique, *Congrès des aliénistes*, Luxembourg-Metz, 1921.

Bozzard. Encéphalite léthargique, ses séquelles, son anatomie pathologique, *Brain*, vol. XLII, janv. 1920.

Blouquier de Claret. La névraxite épidémique, *Th. de Montpellier*, juillet 1921, n° 155; — De la responsabilité atténuée. Etude médico-légale, *Acad. des sc. et lettres de Montpellier*, janv. 1923.

Bérillon. La psychothérapie dans les séquelles de l'encéphalite léthargique, *Soc. de méd. de Paris*, 25 nov. 1922.

Bonhoeffer. Psychische Residüerzustaenden nach Encephalitis epidemica bei Kindern, *Klin. Woch.*, 1922, p. 1446.

Claude (H.). Les suites éloignées de l'encéphalite léthargique, *Acad. de méd.*, 2 mars 1920.

Cruchet. Pronostic de l'encéphalo-myélite épidémique, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 oct. 1920.

Cruchet, Moutiers et Calmette. Evolution des séquelles de l'encéphalo-myélite épidémique, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 mars 1921.

Cheinisse (L.) Traitement de quelques séquelles de l'encéphalite épidémique, *Presse méd.*, 3 juin 1922.

Capgras et Reboul-Lachaux. Arythmie respiratoire et troubles mentaux, séquelles probables de l'encéphalite épidémique, *Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale*, juillet 1922.

Colin (H.) et Demay (G.). Anormaux à perversions instinctives, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique*, Sergent, Ribadeau-Dumas.

Euzière. Troubles psychiques de l'encéphalite léthargique, *Acad. des sc. et des lettres de Montpellier*, 14 mars 1921.

Euzière, Blouquier de Claret et Pagès. Excitation génésique au cours d'un syndrome parkinsonnien post-encéphalitique, *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, 9 mars 1923; — Des tendances au suicide chez les parkinsonniens post-encéphalitiques, *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, 16 mars 1923.

Euzière et Blouquier de Claret. L'invalidité morale acquise post-névrax. *Congrès de la Soc. pour l'avanc. des sc.*, Montpellier, juillet 1922.

Ebauch (F.-G.). Neuropsychiatrie Sequelae of acute epidemic encephalitis in Children, *Amer. Journ. of Dis. of Children*, fév. 1923.

Grasset. *Demi-fous et demi-responsables*, Alcan 1907; — *Responsabilité des criminels*, Paris, 1908.

Galtier. A propos de quelques psychoses toxi-infectieuses récentes; l'encéphalite léthargique, considérations pathogéniques, *Progrès méd.*, juillet 1919, n° 19.

Guinon. Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite, *Soc. de pédiat.*, 19 avril 1921.

Gilles (André). Encéphalite épidémique, pithiatisme et réforme, *Encéphale*, déc. 1922.

Hesnard. Les troubles psychiques dans l'encéphalite épidémique, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1920.

Hamel et Merland. Séquelles d'encéphalite léthargique, *Soc. clin. de méd. mentale*, 20 nov. 1922.

Jude et Lanne. Séquelles d'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 9 nov. 1920.

Kahn (Pierre). La psychose encéphalitique, *Soc. de psychiat.*, 27 avril 1922; — Un cas de psychose encéphalitique, *Soc. de psychiat.*, 15 fév. 1923.

Kirschbaum. Persönlichkeitsveränderung bei Kindern infolge epidermischer Encephalitis, *Zeits. f. die Gesamm. Neur. u. Psych.*, Bd. 73, 1922.

Kostitch (Milorad). L'invalidité morale acquise post-névraxitique, *Th. de Montpellier*, 18 mai 1923.

Laignel-Lavastine et Logre. Hébéphréno-catatonie et encéphalite léthargique, *Soc. de psychiatr.*, 17 mai 1920.

Lépine (J.). Le terrain dans l'encéphalite infectieuse, *Acad. de méd.*, 16 nov. 1920.

Lemierre. Encéphalite épidémique familiale. Transmission probable du virus par une personne atteinte depuis plus de trois ans, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 déc. 1920.

Legrand et Duthoit. Séquelles de l'encéphalite, *Réunion méd.-chir. des hôpit. de Lille*, 18 déc. 1922.

Mairet et Margarot. *Démence précoce*, Dubois et Bauer, imp., 1920.

N° 76. — SAMEDI 22 SEPT. 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 22 SEPT. 1923. — N° 76.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 18 septembre 1923. — Question donnée : « Nerf cubital à partir de la gouttière épitrochléo-olécranienne. »

M. Adrien Weill, 14; Mlle Wertheimer, 12; MM. Tournant, 15; Voillemin, 13; Vayssière, 14; Louis Zimmer, 10; Mlle Suzanne Weill, 16; MM. Voignier, 11; Vincent, 13; Trubert, 11; Thuvien, 8; Mlle Vannier, 11, MM. Waddington, 10; Thiercelin, 14.

Prochaine séance, lundi 24 septembre 1923, à 20 h. 45.

Pathologie. — Séance du 19 septembre 1923. — Question donnée : « Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Debon, 11; Contiadès, 11; Constantoulakis, 13; Cohen-Solal, 17; Marion, 16; Mlle Chuit, 14; MM. Choffé, 17; Bréhier, 8; Chauvineau, 15; Mlle Champagne, 10; M. Camus, 17; Mlle Courtine, 15; MM. Cotty, 8; M. Corbier, 16; Cord, 17; Dubard, 11; Deschamps, 7; Brisard, 15.

— Candidats militaires autorisés à passer à partir du 15 octobre 1923 : MM. Angeras, Deleau, Fromont, Griolet, Lambert, Lelourdy, Rone, Poublan, Raganeau, Rétat, Tournadre, Trial, Villequez.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins principaux de 1re classe Challan de Belval et Darde.

Au grade d'officier. — MM. les médecins-majors de 1re classe Thouvenin, Lede, Benoit dit Becker, Moulinier et Herck.

MM. les médecins-majors de 2e classe Zucarelli et Barbaud.

(Troupes coloniales.) M. le médecin principal de 2e classe Durand.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin major de 2e classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Fontoynonts, Bartoli, Aloy, Roca, Sordoillet, Gabriel, Gagey, Voisselle, Laberne, Gosselin, Fridérici, Boulongne, Netter, Daufresne, Lafont, Galvin, Balland, Levant, Aweng, Decourtieux, Cazalas, Esclavissal, Nadaud, Liégault, Olivier, Rousseau, Pasquet, Collet, Tonnot, Pollet, Wilmet, Fuchs, Malot, Lendère, Granger, Bulliard.

Au grade de médecin principal de l'armée territoriale de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Tardos, Faure, Ombrédanne, Montalti, Regaut, Gayet, Beaussenat, Marie.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Ebstein, Henry, Machtou, Ducor, Oraison, Haen, Azalbert, Lochon, Degorce, Labey, Bruzon, Bender, Duclaux, Collin, Lefèvre, Guénot, Baudoin, Rouvière, Guéniot, Leclercq, Vincent, Ribadeau-Dumas, Grégoire, Villaret, Dupérié, Roger.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Veyrune, Canirenq, George, Dénommé, Doin, Streiff, Dieuzaide, Privat, Desmarquest, Petit, Bordessoule, Debelur, Etienne, Poissonnier, Bardet, Puech, Nouhaud, Michel, Genairon, Delacour, Ahond, Lussault, Seren, Martin, Rousseaux, Soulter, Testard, Henry, Lavaud de Lalaurencie, Duchazeaubeneix, d'Anfreville de Junquet de la Salle, Vignères, Sircoulon, Quellieu, Duchêne, Leuthreau, Aumond, Calberac, Blanchetière, Maury, Cellée, Boulan, Barbaux, Battesti, Périer, Boudet, Reinburg, Blanc, Arnaudon, de Fenis de Lacombe, Brisset, Metzger, Guerder, Jacobs, Leroy, Levesque, Vernio, Hoflmann, Rolland, d'Halluin, Boulay, Rosenwald, Floquet, Loiseleur.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le XXVIIIe Congrès se tiendra en août 1924, à Bruxelles, sous la présidence de MM. Glorieux (de Bruxelles) et de Massary (de Paris).

Secrétaire général : M. Ley (de Bruxelles).

QUESTIONS POSÉES. — *Psychiatrie.* — « Une des formes de l'enfance anormale : la débilité mentale ». Rapporteurs : MM. Vermeulen (de Gheel) et Simon (de Vaucluse).

Neurologie. — « Comment étudier les troubles du langage ». Rapporteur : M. Froment (de Lyon).

Médecine légale. — « L'adaptation du malade mental à son milieu ». Rapporteur : M. Sano (de Gheel).

— Le XXIXe Congrès se tiendra en mai 1925 à Paris, sous la présidence de M. Anglade (de Bordeaux).

Secrétaire général : M. Duplain (de Paris).

QUESTIONS DONNÉES. — *Psychiatrie.* — « La guérison tardive des maladies mentales». Rapporteur : M. Robert (d'Auch).

Neurologie. — « Les encéphalopathies cérébrales infantiles ». Rapporteur : M. Crouzon (de Paris).

Médecine légale. — « La médecine légale civile des états d'affaiblissement psychique ». Rapporteur : M. Briand (de Paris).

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (hôpital Broca, professeur : J.-L. FAURE). — GYNÉCOLOGIE. — 1° *Cours supérieur de perfectionnement.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, fera ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 15 au 27 octobre 1923.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : Deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 h., visite, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, examen de malades dans le service ; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examen de malades à l'amphithéâtre. Démonstration cinématographique le samedi 27 octobre, à 6 h.

Programme du cours. — 1. Hystérométrie. Ponction du Douglas. Biopsie. Radiographie avec pneumo-péritoine. Cystoscopie et rectoscopie.

2. Malformations. Absence de vagin. Sécrétion interne et greffes ovariennes.

3. Fistules vésico-vaginales, urétéro-vaginales. Fistules stercorales.

4. Anteversion. Rétroversion. Ligamentopexie. Prolapsus. Périnéorraphie. Cloisonnement du vagin.

5. Amputation du col. Sténoses. Curettage. Stérilité.

6. Salpingites. Vaccination. Suppurations pelviennes. Colpotomie. Tactique de l'hystérectomie subtotale pour salpingites.

7. Salpingite tuberculeuse. Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale.

8. Kystes de l'ovaire. Complications. Grossesse extra-utérine.

9. Fibrome. Radium et rayons X. Myomectomie.

10. Cancer du corps. Hystérectomie totale.

11. Cancer du col. Curiethérapie. Opération de Wertheim.

12. Soins pré- ou postopératoires. L'anesthésie. Le drainage.

Le droit à verser est de 150 fr.

Etant donné le nombre limité des places, écrire à l'avance au docteur Douay, hôpital Broca.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté, lundi, mercredi, vendredi, de 15 à 17 h.

2° *Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie.* — M. Champy, professeur agrégé, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 15 au 27 octobre 1923.

Ce cours, fait en liaison avec le précédent, permettra aux élèves, exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques à l'aide de l'important matériel du service.

Durée : Deux semaines, chaque jour, sauf le dimanche, le matin, de 9 à 10 h., et l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 5 h.

Programme du cours. — 1. Procédés de fixation des pièces et des biopsies. Principes généraux du montage et de l'exécution des coupes.

2. Méthodes de coloration. Rappel anatomique et physiologique.

3. Inflammations et ulcérations. Ovarites.

4. Tumeurs bénignes. Adénomes.

5. Placenta et tumeurs placentaires. Grossesse extra-utérine.

6. Métrites et salpingites aiguës et chroniques.

7. Tuberculose génitale. Procédés d'hémoculture. Formules leucocytaires.

8. Kystes ds l'ovaire. Papillomes.

9. Fibromes et sarcomes. Action des irradiations sur les fibromes. Examen du sang.

10. Cancers du col.

11. Cancers du corps et autres cancers génitaux.

12. Bactériologie. Cultures et colorations. Vaccins.

Le droit à verser est de 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, lundi, mercredi, vendredi, de 15 à 17 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Boubée (de Nantes) et Paul Veleau (de Soulgé-le-Bruant).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des plaies par douches d'air chaud, par le docteur BONDALINE. 1 vol., 31 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Séro-réaction comme méthode de contrôle du diagnostic et du traitement de la syphilis, par le docteur MILLET. Brochure de 142 pages, 9 figures. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La réaction au sérum frais par la méthode de saturation d'Eschbach et Duhot pour le diagnostic de la syphilis, par le docteur POTENTIER. (Thèse.). — Lille, Imprimerie Leblanc et Durant.

L'oléo-thorax. Considérations théoriques sur l'action de l'huile goménolée intra-pleurale. Son application dans le traitement des épanchements pleuraux aigus et chroniques, par le docteur Edmond THIN (Thèse.). — Paris, Legrand.

Pasteur et le transformisme, par L. BLARINGHEM. Préface de J. COSTANTIN. 1 vol. avec figures, 261 pages. — Paris, Masson et Cie.

L'hygiène de l'œil et le travail industriel. Broch., 1923, 100 pages. — Prix : 3 fr. suisses. — Genève, Bureau international du travail (Etudes et documents).

RENSEIGNEMENTS

STÉNO-DACTYLO, comptable 6 ans hôpit., dés. secrét. ou écon. dans clin. France ou colonies. Exc. réf. S'ad. Journal.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — CIRCUITS AUTOMOBILES DANS LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — Jusqu'au 2 novembre 1923, les services automobiles d'excursions dans la forêt de Fontainebleau, organisés par la Compagnie P.-L.-M., seront remis en marche. En correspondance avec les trains de et pour Paris, ces services comporteront :

1° Chaque jour : un circuit dans la matinée pour la visite de la partie Nord de la Forêt ; un circuit dans la soirée pour la visite de la partie Sud de la Forêt.

2° Les jeudis, dimanches et jours fériés, pendant toute la saison, plus les lundis et samedis pendant le mois de septembre : un troisième circuit comprenant la visite complète de la Forêt (avec arrêt à Barbizon pour le déjeuner).

REVUE GÉNÉRALE

APPENDICITE, COLOTYPHLITES ET PÉRITYPHLITE [1]

Par le docteur A.-C. GUILLAUME.

II

INFLUENCE DES CONDITIONS DE SEXE ET D'AGE ET DE L'ETAT DES FONCTIONS INTESTINALES SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'APPENDICITE

Avant d'entreprendre l'étude des rapports de réciprocité de l'appendicite et des états intestinaux, il est nécessaire, pour déblayer le terrain et pour donner à la discussion une base solide, de préciser les rapports éventuels de fréquence de l'appendicite d'une part, des conditions de sexe, d'âge, et de fonctionnement de l'intestin d'autre part.

Nous étudierons donc successivement l'influence exercée par le sexe, l'âge, et les troubles du fonctionnement intestinal, sur la genèse de l'appendicite.

Influence du facteur sexe sur le développement de l'appendicite. — Les anciens auteurs, ceux qui ont étudié le problème de l'appendicite dans les dix dernières années du XIXe siècle, insistaient beaucoup sur l'influence des conditions de sexe dans la genèse de l'appendicite. Comparant, dans leurs statistiques, la proportion des malades du sexe masculin et des malades du sexe féminin atteints d'appendicite, ces auteurs constataient, dans tous les cas, une *forte prédominance du nombre des hommes par rapport au nombre des femmes.*

C'est ainsi que Courtois-Suffit, totalisant 616 cas d'appendicite, relève les proportions suivantes : hommes, 470 cas, soit 76,3 p. 100; femmes, 146 cas, soit 23,6 p. 100.

Toutes les autres statistiques publiées entre 1890 et 1900 indiquent une égale prédominance de l'appendicite dans le sexe masculin.

Talamon indique 80 p. 100 d'hommes et 20 p. 100 de femmes; Fitz, sur 247 observations relève 197 hommes, soit 80 p. 100 d'hommes également; Jalaguier (1898), sur 182 cas, note qu'il s'agissait 112 fois d'hommes, soit 61,5 p. 100, et 70 fois de femmes, soit 38,5 p. 100; Armstrong (1897) indiquait une proportion analogue.

Les statistiques antérieures donnent des indications absolument comparables :

Maurin (1890), sur 94 observations, constate qu'il s'agit 78 fois d'hommes et 16 fois de femmes, soit 82,9 p. 100 d'hommes; Monod (1895) indique que, dans ses constatations, la fréquence de l'appendicite était, suivant le sexe, de 63 p. 100 pour le sexe masculin et de 37 p. 100 pour le sexe féminin; Bamberger sur 73 observations d'appendicite note qu'il s'agissait 54 fois d'hommes et 19 fois de femmes, soit 85,7 p. 100 d'hommes; Marchal, totalise 36 cas d'appendicite, dont 32 chez des hommes et 4 chez des femmes, soit 88,8 p. 100 d'hommes; Paulier apporte 49 cas dont 36 hommes et 13 femmes, soit 73,5 p. 100 d'hommes; Pravaz donne une statistique de 392 cas dont 295 hommes et 97 femmes, soit 75 p. 100 d'hommes.

Même constatation quand, se reportant aux divers travaux dans lesquels les auteurs donnent leurs observations personnelles, on fait l'analyse des cas publiés. Dans la thèse de Célos (*Sur le diagnostic d'urgence, chez l'adulte, des maladies de l'abdomen qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal, 1902*), on trouve, par exemple, au milieu de très nombreuses observations relatives à d'autres affections, 23 observations d'appendicite, parmi lesquelles on compte 20 hommes et 3 femmes, soit 86,9 p. 100 d'hommes; dans le volume qu'Habersohn consacre aux maladies du tube digestif figurent 8 observations d'appendicite parmi lesquelles 7 ont trait à des hommes et 1 au sexe féminin, soit 87,5 p. 100 d'hommes.

Volz sur 46 observations de lésions de l'appendice note 37 fois qu'il s'agit d'hommes, soit 80 p. 100, et Blachez (1870) qui commente ces chiffres de Volz, ajoute : « Les autres observations publiées jusqu'à ce jour se rapportent presque toutes à des hommes. »

Dans l'enfance, également, la prédominance, chez les sujets atteints d'appendicite, des garçons par rapport aux filles, est notée dans les statistiques publiées :

Matterstock sur 72 cas indique que 51 fois il s'agit de garçons, soit 70,8 p. 100, et 21 fois de filles; Jacob sur 29 observations note 21 cas observés chez des garçons, soit 72,4 p. 100 et 8 chez des filles; Mlle Gordon sur 79 cas donne la proportion de 58 garçons, soit 73,4 p. 100 et de 21 filles; enfin Brun (45 cas) trouve 26 garçons, soit 57,7 p. 100, et 19 filles.

En moyenne, et pour ces diverses statistiques relatives à l'enfance, la proportion de garçons s'élève donc à 72,5 p. 100.

Cette prédominance du sexe masculin dans l'appendicite est pour Guinard un fait indéniable; dans le *Traité de chirurgie*, en 1891, Guinard écrit en effet :

« Il est incontestable que le sexe a une influence marquée qui a été déjà signalée dans les premiers travaux sur l'appendicite. » (Ici Guinard signale les statistiques de Maurin, Talamon, Monod...) et il ajoute : « tous les chirurgiens dans leur pratique personnelle ont pu faire des remarques analogues, mais la réalité est plus près des chiffres de Talamon, 80 p. 100, car la statistique de Monod, 63 p. 100, est faussée par ce fait qu'une partie de ses observations vient d'une maison où l'on admet que des femmes.

« Cette disproportion, à ce point de vue, entre l'homme et la femme m'a frappé dès le début... », et Guinard ajoute (pratique personnelle) :

« Depuis que je connais l'appendicite, j'ai été appelé 19 fois d'urgence dans les divers hôpitaux de Paris et, sur ces 19 cas, il n'y a pas une seule femme. En joignant mes observations à celles de Peyrot, recueillies à l'hôpital Lariboisière, j'arrive au chiffre de 63, sur lesquelles je trouve 19 femmes, soit 30 p. 100 ».

Si l'on arrête l'enquête à 1900, toutes les conclusions sont donc concordantes pour affirmer QUE L'HOMME EST BEAUCOUP PLUS SOUVENT QUE LA FEMME, DANS LA PROPORTION DE 7 OU 8 POUR 3 OU 2, ATTEINT D'APPENDICITE, en d'autres termes, que l'APPENDICITE EST, AVANT TOUT, UNE MALADIE DU SEXE MASCULIN (voir tableau).

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 68, p. 1089, et n° 70, p. 1121.

	Guinard.	Courtois-Suffit.	Talamon.	Fitz.	Jalaguier.	Maurin.	Monod.	Armstrong.	Matterstock.
Hommes...	70 %	76,3 %	80 %	80 %	61,5 %	82,9 %	63 %	62 %	70,8 %
Femmes...	30 %	23,6 %	20 %	20 %	38,5 %	17,1 %	37 %	38 %	29,2 %

	Jacob.	Gordon.	Brun.	Volz.	Habersohn.	Celos.	Bamberger.	Marchal.	Paulier.
Hommes...	72,4 %	73,4 %	57,7 %	80 %	87,5 %	86,9 %	85,7 %	88,8 %	73,5 %
Femmes...	27,5 %	26,5 %	42,3 %	20 %	12,5 %	13,1 %	14,3 %	11,2 %	26,5 %

Si, par contre, on fait la même enquête aujourd'hui, on constate, en compulsant les registres d'opération et les statistiques opératoires contemporaines, qu'il n'en est plus de même ; on voit, fait en apparence paradoxal, que, relativement au sexe des patients, la proportion de femmes est, dans les statistiques contemporaines, au moins égale et le plus souvent supérieure même, à celle des malades du sexe masculin.

Dans des statistiques, établies en compulsant les cahiers d'opération, je trouve qu'actuellement, et pour les cas diagnostiqués appendicite et opérés d'appendicectomie, la proportion d'hommes est de 62 p. 100. *La proportion d'hommes par rapport aux femmes est donc, dans les statistiques opératoires, et suivant que l'on considère, d'une part la période qui va jusqu'à 1900, de l'autre celle postérieure à 1900, presque exactement inverse.*

Dans leur *Traité de l'appendicite*, publié en 1914, Bérard et Vignard notaient déjà ce relèvement du pourcentage des malades appartenant au sexe féminin dans les cas diagnostiqués appendicite.

Ces deux auteurs écrivaient :

« Depuis quinze ans, on a vu se relever peu à peu la proportion des cas d'appendicite chez la femme, surtout lorsqu'on a englobé dans les mêmes totaux les cas chroniques et les cas aigus. »

Le fait est donc évident : Les statistiques contemporaines et les statistiques anciennes sont en désaccord aussi complet que possible puisqu'elles fournissent des conclusions de sens diamétralement opposé.

Il m'a semblé intéressant de fouiller ce problème et de tenter d'élucider le mystère, constatation paradoxale, du renversement des statistiques relatives au sexe, suivant que l'on considère la période antérieure à 1900 et celle qui va de 1900 à 1923.

Pour résoudre ce problème, je me suis attaché à établir l'exacte proportion de malades de l'un et de l'autre sexe qu'on relève parmi les sujets opérés d'appendicite et chez lesquels LA LÉSION DE L'APPENDICE SE JUSTIFIE ANATOMIQUEMENT.

Les observations qui me servent à faire cette statistique proviennent de deux sources différentes :

1° Des observations de malades étudiés personnellement, et chez lesquels il m'a été possible de contrôler l'état de l'appendice ;

2° Des observations recueillies dans les cahiers d'opération d'un service hospitalier, et pour lesquelles, il était fait mention des lésions constatées.

Dans la première catégorie d'observations, je retiens, *après élimination de tous les cas où l'examen de l'appendice ne justifiait pas le diagnostic d'appendicite*, 49 cas observés au cours de plusieurs années (internat, clinicat, et pratique de ville).

Dans la deuxième catégorie, je retiens 60 observations, impersonnelles, d'appendicectomie.

Les 49 observations personnelles se rapportent à 34 hommes, soit 70 p. 100, et 15 femmes, soit 30 p. 100.

Sur 60 appendicectomies pratiquées dans un service, et dans lesquelles est mentionnée l'existence de lésions appendiculaires, je relève 38 hommes et 22 femmes, la proportion d'hommes est donc de 63,3 p. 100, c'est-à-dire des deux tiers environ du total des malades.

Si, dans cette même statistique, on fait abstraction des cas dans lesquels l'appendicite n'est caractérisée que par des lésions microscopiques discrètes auxquelles il est peut-être abusif d'attribuer une grande valeur, il faut retrancher plusieurs observations d'appendicectomie chez la femme et seulement deux chez l'homme.

Un pourcentage, calculé dans ces conditions, élève sensiblement le taux de la fréquence de l'appendicite parmi les malades du sexe masculin.

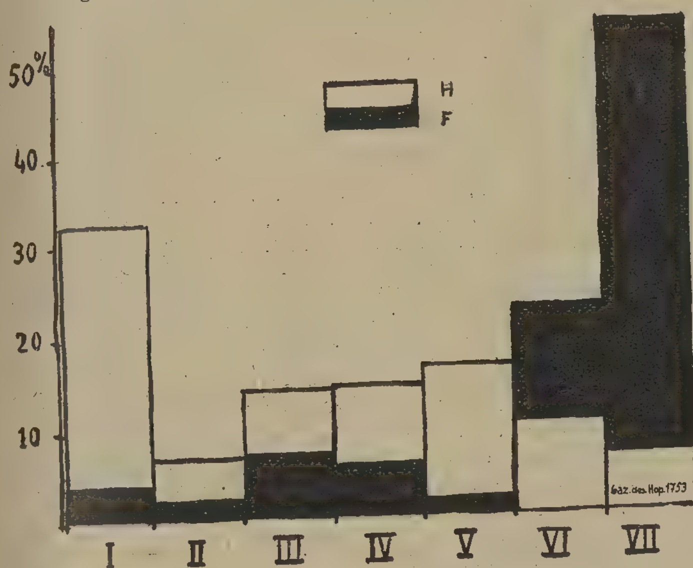
La proportion d'hommes s'élève alors à 70 p. 100, encore note-t-on que, dans les observations ainsi conservées, l'importance des lésions de l'appendice (appendices enflammés et turgescents, ulcérations et perforations appendiculaires, sphacèle, abcès et péritonite) est, en moyenne, beaucoup plus considérable dans les cas observés chez l'homme.

Si, en effet, on fait état de toutes les observations étiquetées appendicite, et pour lesquelles les malades ont été opérés d'appendicectomie, on voit que pour les cas d'appendicectomie opérés chez l'homme qui, presque tous, font mention de lésions appendiculaires sérieuses, et pour beaucoup d'entre eux, de lésions aiguës graves, opérées en pleine crise (gangrène, perforation, péritonite localisée ou généralisée), les cas d'appendicite opérés chez la femme ont, en grande majorité, trait à des formes qui sont étiquetées appendicite chronique, à des formes caractérisées cliniquement par des *douleurs vagues* et par des *troubles intestinaux*, à des observations dans lesquelles aucune lésion de l'appendice n'est mentionnée, mais dans lesquelles, par contre, on signale souvent l'existence de lésions coliques ou péricoliques (typhlectasie, cæcum mobile, péricolite), ou encore des lésions des appareils voisins (cholécystite, annexite, vices de position de l'utérus). Souvent encore, dans ces mêmes observations, on trouve l'indication suivante : rétroversion et appendicite, annexite et appendicite.

A titre d'indication, l'analyse des cas que j'ai réunis, qui avaient été étiquetés appendicite et dans lesquels l'appendicectomie avait été pratiquée, indique, suivant le sexe, et en fonction du degré de gravité des lésions, la répartition suivante (tableau et graphique I).

Lésions.	Hommes.	Femmes.
I. Lésions très graves de péritonite diffuse par gangrène ou perforation de l'appendice	33 %	4 %
II. Lésions de péritonite localisée avec perforation ou gangrène	6,6 %	2 %
III. Lésions de péritonite localisée sans perforation	13,9 %	8,9 %
IV. Lésions inflammatoires de l'appendice sans réaction suppurée du péritoine	14 %	6,2 %
V. Adhérences suites de crise et cicatrices de l'appendice	16,6 %	2 %

Lésions.	Hommes.	Femmes.
VI. Appendicites chroniques avec lésions microscopiques douteuses ou attribuables à l'opération....	10 %	23 %
VII. Pas de lésions appendiculaires justifiant le diagnostic, lésions d'organes voisins	6,6 %	54,1 %



Graphique I. — *Graphique schématisant l'échelle de gravité des lésions.*

Blanc = hommes; noir = femmes.

Catégories I, II, III, IV, V, VI, se reporter au tableau.

Si enfin on est appelé à revoir, quelques mois après l'intervention, les malades opérés, on constate que si parmi les hommes opérés d'appendicite il n'y a, en général, que très peu de sujets qui ne sont pas radicalement débarrassés des troubles qu'ils accusaient avant l'opération (et les seuls cas discordants ont justement trait à des entérocolitiques et à des malades opérés pour appendicite chronique), chez la femme, un très grand nombre de patientes continuent de souffrir comme auparavant, ou n'ont obtenu qu'une amélioration minime ou passagère, ou encore sont notablement aggravées.

Quand on examine ces malades femmes, *qui presque toutes ont été opérées pour de l'appendicite chronique*, on trouve chez elles des signes qui ne laissent aucun doute sur l'existence de troubles fonctionnels de l'intestin (colite, stase, etc.), le traitement médical bien conduit donne enfin, chez ces mêmes malades, des résultats autrement appréciables que ceux de l'intervention chirurgicale.

A noter encore que, chez la femme, les causes d'erreur dans le diagnostic de l'appendicite avec les lésions des organes voisins, sont autrement plus nombreuses que chez l'homme : cholécystite, annexites, lésions utérines, troubles névropathiques, petites hydronéphroses douloureuses, pyélonéphrites, d'origine intestinale, fournissent en effet une large part de ces erreurs de diagnostic.

En résumé si, à l'aide des faits précédemment exposés, on situe la position du problème, on voit que celle-ci est la suivante :

1° *Si l'on tient seulement compte des cas dans lesquels l'examen anatomique de l'appendice révèle l'existence de lésions appendiculaires capables de justifier le diagnostic, la proportion des malades du sexe masculin atteints d'appendicite est au moins, par rapport aux malades du sexe féminin, dans l'ordre de 7 à 3, soit environ deux fois et demi le nombre d'hommes par rapport au nombre de femmes.*

2° *En classant les cas par groupes d'égale gravité des lésions, on voit (tableau et graphique) que chez la femme les lésions graves sont rares, les lésions minimes, nulles, ou les erreurs, fréquentes; à l'inverse, chez l'homme, les lésions graves groupent la majorité ces cas, et il n'y a qu'une faible proportion de lésions discutables* (1).

3° *L'inefficacité de l'appendicectomie, la reprise des phénomènes douloureux après opération, ou leur aggravation dans les mêmes conditions, est très fréquente chez la femme, rare chez l'homme.*

4° *Les anciens auteurs qui ignoraient l'appendicite chronique telle qu'elle est généralement entendue aujourd'hui des médecins, groupent dans leurs statistiques des cas qui, pour leur grande majorité, correspondent à des lésions appendiculaires sérieuses, des lésions indéniables d'appendicite; ces statistiques indiquent également une bien plus grande fréquence de l'appendicite dans le sexe masculin.*

Remarquons, en outre, que les stastistiques anciennes indiquent des chiffres bien voisins de ceux que l'on obtient quand on ne retient comme appendicites véritables que les cas dans lesquels la maladie fait sa preuve anatomique.

5° *Parmi les malades opérés d'appendicite et qui ne sont pas améliorés par le traitement opératoire, par l'appendicectomie, il y a beaucoup de malades chez lesquels on a constaté, lors de l'opération, des lésions coliques et péricoliques et, après l'opération, des troubles fonctionnels de l'intestin (stase), parmi ces malades le traitement médical assure bon nombre de faits de guérisons ou de grande amélioration.*

6° *L'examen minutieux des malades, notamment l'examen radiologique absolument indispensable dans ces cas, permet d'éliminer, parmi les malades chez lesquels on porte habituellement le diagnostic d'appendicite chronique, au moins 8 sur 10 des patients; l'examen pratiqué avec le contrôle des rayons montre en effet que le ou les points douloureux attribués à l'appendice, siègent en réalité sur le côlon ascendant, que l'appendice est indolore à la pression, qu'il est mobile et perméable, qu'il existe des lésions intestinales et péri-intestinales (cæcum mobile ptosique, typhlatonie, péricolite), et des troubles fonctionnels (stases), parfaitement à même d'expliquer les troubles accusés par le malade, sans qu'il soit, pour cela, besoin de faire intervenir l'hypothèse de lésions de l'appendice pour expliquer les troubles et les accidents accusés par le malade; un traitement médical approprié à ces états, et sans qu'il soit pratiqué d'appendicectomie, amène enfin, le plus souvent, totalement ou partiellement, la sédation des troubles, tandis que l'appendicectomie, lorsqu'elle est pratiquée et non accompagnée d'un traitement médical, ne donne que des améliorations temporaires, attribuables souvent au psychisme seul, mais bien peu d'améliorations durables.*

On est, dans ces conditions, obligé de conclure, de ce qui précède, que ce qui fait la différence entre les statistiques des anciens auteurs et les statistiques actuelles, *quant à l'influence du sexe,*

(1) Si l'on s'en tient donc aux lésions appendiculaires, on est frappé par le fait que les lésions indéniables sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. On objectera que le péritoine féminin semble plus résistant que le péritoine masculin, mais s'il semble bien en être ainsi du petit bassin, rien n'autorise une telle conclusion pour le grand péritoine et pour la fosse iliaque droite en particulier. En tous cas il ne s'agit pas de l'imitation d'une infection, mais de lésions de l'appendice lui-même, or, celles-ci sont indéniables.

est justement représenté par les nombreux cas d'états intestinaux qui, habituellement, sont confondus avec l'appendicite et désignés appendicite chronique.

Pour terminer cette étude analytique des rapports de l'appendicite avec le facteur sexe des patients, il n'est pas abusif, puisque les statistiques des anciens auteurs semblent reposer sur des bases solides, quant à la classification des lésions, de totaliser les diverses statistiques précédemment citées ; les indications, ainsi obtenues, nous donneront une indication assez précise du rôle du facteur sexe dans l'appendicite.

En totalisant les statistiques, citées précédemment(1) et en leur ajoutant mes statistiques personnelles, j'arrive à grouper 1.547 cas d'appendicite, dont 1140, soit 74 p. 100, ont trait à des patients du sexe masculin, et 544 à des personnes du sexe féminin.

On peut donc admettre, semble-t-il, que le sexe masculin fournit environ les trois quarts des patients atteints d'appendicite, le sexe féminin un quart seulement et, puisque le sexe masculin n'est pas, dans l'ensemble, le plus nombreux, on voit que, CHEZ LA FEMME, L'APPENDICITE EST UNE ÉVENTUALITÉ PATHOLOGIQUE NETTEMENT PLUS RARE QUE CHEZ L'HOMME.

C'est là une conclusion qu'il est bon de retenir, rapprochée d'autres conclusions fournies également par l'analyse des conditions dans lesquelles se produit l'appendicite, elle nous donnera des indications intéressantes quant au mécanisme de l'appendicite et aux rapports de cette affection avec les états intestinaux.

Influence de l'âge dans le développement de l'appendicite. — Comme le facteur sexe, le facteur âge, entre en ligne de compte dans la détermination de l'appendicite, cela résulte nettement de toutes les statistiques publiées.

Jalaguier dit : « L'influence de l'âge est considérable, c'est de dix à vingt ans qu'on observe le plus grand nombre d'appendicites. Toutes les statistiques, celles de Fitz, Bamberger, Matterstock, Mlle Gordon, sont d'accord sur ce point. »

Armstrong (65e réunion de la British med. Assoc., 1897) groupe 517 cas et trouve que la fréquence augmente jusqu'à trente ans, avec maximum de vingt à trente ans, puis diminution après trente ans.

Dans la toute première enfance, l'appendicite peut exister, cependant, comme elle existe aux âges avancés de la vie. Fenger signale un cas d'appendicite chez un enfant de sept semaines; Silbermann, chez un enfant vers l'époque du sevrage ; Matterstock, chez un enfant de sept mois et chez un enfant de vingt mois ; Monks, chez un enfant de treize mois ; Summers, chez un enfant de vingt-deux mois.

Ces cas sont des exceptions, mais à partir de deux ans, on voit les cas se multiplier chez les enfants, à mesure qu'ils approchent de l'adolescence, puis de l'âge adulte.

Dans l'enfance, Matterstock (72 cas) donne, en effet, la statistique suivante :

Au-dessous de 2 ans........	2 cas	soit 16,6 %
De 2 à 5 ans..............	10 cas	
De 5 à 10 ans.............	25 cas, soit 34,7 %	
De 10 à 15 ans............	35 cas, soit 48,6 %	

Brun, sur 45 sujets de un à quinze ans, note aux différents âges, le pourcentage suivant :

1 à 5 ans..................	3 cas, soit 6,6 %
5 à 10 ans.................	20 cas, soit 44,4 %
10 à 15 ans................	22 cas, soit 50 %

Si l'on sépare de la statistique de Jalaguier les 110 cas de un à quinze ans, on a :

1 à 5 ans..............................	3,6 %
5 à 10 ans.............................	38,1 %
10 à 15 ans............................	58,1 %

Jalaguier, sur 182 observations (tous âges), note la fréquence suivante aux différents âges :

1 à 5 ans..........	4 cas, soit 2,2 %	25,3 %
5 à 10 ans.........	42 cas, soit 23,0 %	
10 à 15 ans........	64 cas, soit 35,1 %	48,9 %
15 à 20 ans........	25 cas, soit 13,8 %	
20 à 30 ans........	22 cas, soit 12,0 %	
30 à 40 ans........	13 cas, soit 7,1 %	
40 à 50 ans........	8 cas, soit 4,4 %	
50 à 60 ans........	3 cas, soit 1,6 %	
60 à 70 ans........	1 cas, soit 0,5 %	

Bamberger, pour 73 cas, donne la statistique suivante :

Au-dessous de 2 ans.........	2 cas, soit 2,7 %
De 15 à 20 ans..............	20 cas, soit 27,4 %
De 20 à 30 ans..............	32 cas, soit 43,8 %
De 30 à 40 ans..............	9 cas, soit 12,3 %
De 40 à 50 ans..............	5 cas, soit 6,8 %
Au delà de 50 ans...........	5 cas, soit 6,8 %

Fitz groupe 228 cas d'appendicite qui, au point de vue de l'âge, se répartissent de la manière suivante :

De 20 mois à 10 ans.........	22 cas, soit 10 %
De 10 à 20 ans..............	86 cas, soit 38 %
De 20 à 30 ans..............	65 cas, soit 28 %
De 30 à 40 ans..............	34 cas, soit 15 %
De 40 à 50 ans..............	8 cas, soit 3 %
De 50 à 60 ans..............	11 cas, soit 5 %
De 60 à 70 ans..............	1 cas, soit 0,4 %
De 70 à 80 ans..............	1 cas, soit 0,4 %

A titre d'indication, j'ajoute ma statistique (109 cas), obtenue par totalisation des deux statistiques (60 cas d'une part, 49 cas de l'autre), indiquées précédemment :

Moins de 10 ans............	1 cas, soit 0,9 %
10 à 20 ans................	35 cas, soit 33 %
21 à 30 ans................	40 cas, soit 37 %
31 à 40 ans................	19 cas, soit 18 %
41 à 50 ans................	14 cas, soit 13 %

On voit que cette statistique (109 cas) se rapproche, par les conclusions qu'on en peut tirer, de celles d'Armstrong (517 cas) et Bamberger (73 cas), puisqu'elle indique un accroissement de fréquence jusque vers trente ans, et une décroissance au delà de trente ans.

Au contraire, Jalaguier, Fitz trouvent, l'un comme l'autre, que l'appendicite augmente de fréquence jusqu'à vingt ans, puis diminue ensuite. Le total des cas groupés dans les statistiques de Jalaguier et de Fitz s'élevant à 410, tandis que le total des cas groupés dans les trois statistiques qui indiquent le maximum de fréquence entre vingt et trente ans, étant de 699, on peut conclure que la troisième

(1) Habersohn, Celos, Bamberger, Volz, Marchal, Paulier, Maurin, Fitz, Pravaz, Matterstock, Jacob, Mlle Gordon, Brun, Jalaguier, Guinard.

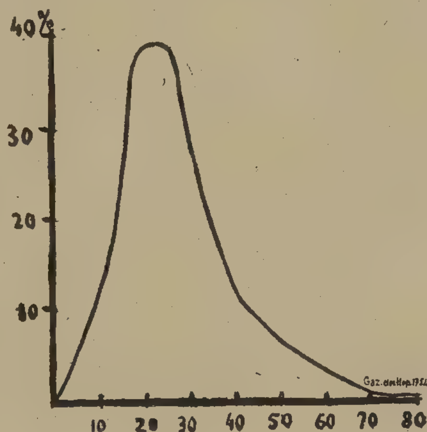
décade de la vie, celle de vingt à trente ans (et particulièrement sa première moitié) groupe le plus grand nombre de faits d'appendicite; la deuxième décade, de dix à vingt ans et tout particulièrement sa deuxième moitié (de quinze à vingt ans) est un âge où l'appendicite est également très fréquente.

L'âge d'élection de l'appendicite semble, en fait, être compris entre dix-sept et vingt-huit ans.

Dans mes statistiques, en effet, sur 109 cas d'appendicite, 68, soit 63 p. 100, sont compris entre dix-sept et vingt-huit ans, 10 cas sont au-dessous de dix-sept ans, 31 cas au-dessus de vingt-huit ans.

Et comme dans ma statistique tous les cas sont compris entre huit ans et cinquante ans, âges extrêmes, on est amené à conclure que, par année d'âge, entre dix-sept et vingt-huit ans, la fréquence est en moyenne de 5,6; qu'elle est seulement de 1,1 au-dessous de dix-sept, et de 1,5 au-dessus de vingt-huit ans. Il semble même que l'on puisse fixer le maximum de fréquence de l'appendicite, dans les sept années qui vont de dix-sept à vingt-trois ans; dans mes statistiques ces sept années groupent, à elles seules, 42 cas, soit en moyenne 6 par année, contre 4, moyenne annuelle de vingt-quatre à vingt-huit ans.

En totalisant ces diverses statistiques on peut obtenir, par la représentation graphique des chiffres obtenus, une courbe (voir graphique II) qui servira de base précise à l'étude de l'appendicite en fonction du facteur âge.



GRAPHIQUE II. — *Courbe montrant la proportion de l'appendicite en fonction de l'âge.*
En bas, horizontalement, les âges de 10 en 10 ans.
Verticalement, le pourcentage.

L'étude des diverses statistiques et celle de la courbe qui les résume démontre que l'appendicite, bien qu'elle s'observe parfois aux âges extrêmes de la vie, EST SURTOUT FRÉQUENTE DE QUINZE A TRENTE ANS ET TOUT PARTICULIÈREMENT DE DIX-SEPT A VINGT-TROIS ANS.

C'est là une constatation des plus intéressantes quant aux rapports de l'appendicite avec divers facteurs mis en cause dans la genèse de cette affection, et tout particulièrement dans les rapports de cause à effet que l'on a voulu établir entre l'appendicite et les états intestinaux.

Le facteur constipation et l'appendicite. — Pour qu'il nous soit possible d'étudier d'une façon précise l'éventualité d'un rapport de cause à effet des états appendiculaires avec la constipation, il est nécessaire, tout d'abord, d'établir quelle est la fréquence du symptôme constipation dans l'un et l'autre sexe comme aux différents âges de la vie.

Par l'interrogatoire d'un bon nombre de sujets des deux sexes, hospitalisés, partie dans des services de chirurgie (la majorité des cas), partie dans des services de médecine, et *en ne tenant compte que des phénomènes de constipation habituelle* (abstraction faite des causes occasionnelles), j'ai pu obtenir toute une série d'indications sur la fréquence de la constipation aux divers âges de la vie.

Cette enquête a porté sur un total de 291 individus (166 hommes et 125 femmes), de quinze à quatre-vingts ans d'âge.

Parmi les hommes, 35 sur 166 étaient constipés, soit 21,0 p. 100 en moyenne; parmi les femmes, 77 sur 125 étaient constipées, soit 61,6 p. 100 en moyenne. Sur l'ensemble des individus observés le chiffre indiquant la fréquence moyenne de la constipation serait donc de 38 p. 100; en fait, il y a lieu, puisque le nombre de femmes et d'hommes est, dans le monde, assez voisin, de faire une correction à ce chiffre en comptant pour parties égales le nombre d'hommes et celui de femmes; dans ces conditions la fréquence moyenne de la constipation entre quinze et quatre-vingts ans est de 41 p. 100.

Mais cette fréquence varie sensiblement suivant qu'on considère des individus pris à des âges différents de la vie.

Chez l'homme ma statistique indique les fréquences suivantes :

15 à 20 ans	20 hommes, dont	2 constipés, soit	10 %
21 à 30 —	31	—	8	—	26 %
31 à 40 —	34	—	7	—	20 %
41 à 50 —	30	—	5	—	17 %
51 à 60 —	28	—	7	—	25 %
61 à 70 —	19	—	4	—	21 %
71 à 80 —	4	—	2	—	50 %
	166		35		21,0 %

Chez la femme la statistique indique la fréquence suivante :

15 à 20 ans	11 femmes, dont		5 constipées, soit		45 %
21 à 30 —	39	—	22	—	56 %
31 à 40 —	28	—	21	—	75 %
41 à 50 —	21	—	14	—	66 %
51 à 60 —	14	—	7	—	50 %
61 à 70 —	10	—	6	—	60 %
71 à 80 —	3	—	2	—	66 %
	125		77		61,6 %

La fréquence moyenne aux différents âges pour les deux sexes est donc, en considérant un même nombre d'hommes et de femmes, de :

15 à 20 ans	27 %
21 à 30 —	41 %
31 à 40 —	47 %
41 à 50 —	42 %
51 à 60 —	37 %
61 à 70 —	40 %
71 à 80 —	58 %

Des faits précédemment exposés il résulte donc : que la constipation est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, 61,6 p. 100 contre 21,0 p. 100; que la fréquence de la constipation est, aux âges avancés de la vie, très augmentée chez l'homme; enfin que la moyenne de fréquence de la constipation est pour les deux sexes de 41 p. 100.

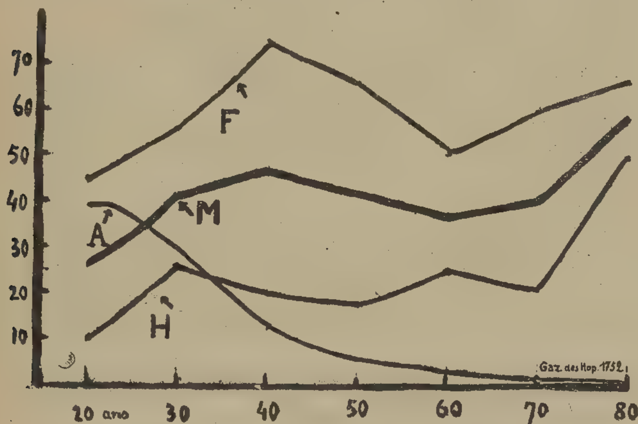
Ces faits nous donnent une base solide qui va permettre la comparaison et la critique des faits relatifs au sexe et à l'âge des malades atteints d'appendicite.

Ce sont, nous l'avons vu, avant tout des sujets du

sexe masculin qui sont atteints d'appendicite (environ 7 hommes pour 3 femmes); ce sont en outre, avant tout, des sujets jeunes et particulièrement ceux qui atteignent l'âge de passage entre l'adolescence et le début de l'âge adulte (de dix-sept à vingt-trois ans).

Comparons ces faits aux enseignements qui nous sont fournis par l'étude des statistiques relatives à la fréquence de la constipation; ce faisant, nous voyons que la constipation est surtout fréquente chez la femme (avec un maximum vers quarante ans); que chez l'homme (qui est surtout atteint par l'appendicite) tandis que les lésions appendiculairés deviennent rares après cinquante ans, la fréquence de la constipation commence alors seulement à s'accentuer, prenant d'importantes proportions de soixante-dix à quatre-vingts ans. Or, à cet âge de la vie, l'appendicite ne représente plus qu'une éventualité très rare.

Ces variations de fréquence du symptôme constipation et celles de l'appendicite suivant le sexe et l'âge, sont donc constamment en contradiction, leurs variations sont de sens si parfaitement opposé, qu'il n'est nullement hasardeux de conclure, d'après les faits précédemment exposés, QUE LA CONSTIPATION N'INFLUE PAS SUR LA GENÈSE DE L'APPENDICITE.



GRAPHIQUE III. — *Courbes indiquant la proportion moyenne de la constipation dans les deux sexes.*

H = hommes; F = femmes; M = moyenne des deux sexes. A = courbe de fréquence de l'appendicite en fonction de l'âge. — Horizontalement, les âges de 10 en 10 ans; verticalement, le pourcentage.

L'étude des graphiques démontre le bien fondé d'une telle conclusion. On peut aller plus loin encore, cependant, dans l'analyse des faits.

Parmi les 49 malades opérés d'appendicite et chez lesquels l'opération a montré l'existence de réelles lésions appendiculaires, le symptôme constipation existait chez 9 sujets, soit 18,3 p. 100 du nombre total de malades; c'est là un chiffre bien inférieur à la fréquence moyenne de la constipation, étant donné surtout que l'âge des malades atteints d'appendicite et qui étaient constipés, était respectivement :

5 hommes, de dix-neuf ans, vingt-quatre ans, vingt-cinq ans, vingt-sept ans, et trente-trois ans;

4 femmes, de dix-neuf ans, vingt ans, vingt-six ans, et trente et un ans.

Revenons à propos de ces chiffres sur les faits déjà signalés.

Nous avons vu qu'il y avait, dans l'appendicite, 70 à 75 p. 100 d'hommes, et 25 à 30 p. 100 de femmes (dans ma statistique il y avait, sur 49 malades, 34 hommes et 15 femmes); parmi les malades atteints d'appendicite et constipés antérieurement à l'opération, il y avait, nous l'avons vu, 5 hommes et 4 femmes, ce qui représenterait 55 p. 100 d'hommes et 45 p. 100 de femmes; ces chiffres sont bien voisins l'un de l'autre.

Cette constatation s'explique aisément : en effet, la constipation étant fondamentalement plus fréquente chez la femme que chez l'homme, les cas d'appendicite suivent la loi commune, cependant, fait à noter, et qui, nous le verrons, n'est pas sans intérêt, *parmi les sujets atteints d'appendicite la fréquence de la constipation semble être moindre que chez les sujets normaux.*

En effet, parmi les malades opérés d'appendicite véritable, il y avait 34 hommes dont 5 étaient constipés, soit 14,7 p. 100, et 15 femmes, dont 4 étaient constipées, soit 26,7 p. 100.

En fait, d'ailleurs, en raisonnant sur les cas qui servent à établir cette statistique, on réduit encore la fréquence de la constipation chez les sujets atteints d'appendicite.

Ces cas étaient les suivants :

1° Un malade âgé de vingt-sept ans qui était constipé depuis très longtemps, mais par intermittence;

2° Un malade âgé de trente-trois ans était constipé depuis toujours;

3° Trois malades, deux hommes, âgés de dix-neuf et de vingt-quatre ans, et une femme âgée de dix-neuf ans, étaient constipés depuis plusieurs années;

4° Un malade âgé de vingt-cinq ans était constipé depuis l'âge de dix-huit ans, sa première crise appendiculaire s'étant manifestée à quatorze ans.

5° Une malade, vingt ans, constipée depuis toujours, est prise d'une première crise abdominale à la suite d'une angine. L'appendice était manifestement enflammé.

6° Une malade, trente et un ans, enfin, était constipée depuis six mois, la constipation étant apparue à la suite de la première crise d'appendicite.

7° Enfin une neuvième malade, âgée de vingt-six ans, était entéro-colitique depuis l'enfance avec un intestin déréglé. Depuis cette époque alternatives de constipation et de diarrhée avec prédominance de la diarrhée. Si l'ensemble des troubles intestinaux (constipation et diarrhée) s'élevait donc à 18 p. 100, il n'en est pas de même du signe constipation, puisqu'en toute légitimité on est en droit de retrancher de la catégorie des constipés :

1° Le cas d'entérocolite dans lequel la diarrhée prédominait;

2° Les deux cas dans lesquels l'apparition de la constipation est postérieure à la manifestation de l'appendicite.

Le pourcentage des malades constipés n'est plus alors que de 12,2 p. 100 et l'ensemble des troubles intestinaux que de 14,3 p. 100 (1).

Ages	Nombre des cas d'appendicite.	Pourcent. de la constipation chez l'homme.	Pourcent. de la constipat. chez la femme.	Pourcent. de la constipation dans les deux sexes.
De 11 à 20 ans..	15	10 %	45 %	27 %
De 21 à 30 ans..	16	26 %	56 %	41 %
De 31 à 40 ans..	11	20 %	75 %	47 %
De 41 à 50 ans..	6	17 %	66 %	42 %

Il est bon, pour s'éclairer complètement dans cette

(1) Le pourcentage des constipés parmi les sujets atteints d'appendicite ne serait plus ainsi que de : Hommes, 11,7; femmes, 13,3.

enquête, de comparer les chiffres déjà indiqués et relatifs à l'âge des malades atteints d'appendicite, avec le pourcentage de fréquence de la constipation aux mêmes âges (voir tableau).

Le pourcentage moyen de la constipation, dans chaque sexe, est, de dix à cinquante ans, le suivant :

Hommes, 115 sujets, 22 constipés, soit 19,1 p. 100; femmes, 99 sujets dont 62 constipés, soit 62,6 p. 100. En rétablissant l'équilibre et en comptant pour partie égale chacun des deux sexes, on arrive au pourcentage de **40,8 p. 100** qui représente la fréquence moyenne de la constipation dans les deux sexes entre quinze et cinquante ans.

	Hommes.	Femmes.	Deux sexes
Sujets porteurs d'appendicite	11,7 %	13,3 %	12,2 %
Sujets non porteurs d'appendicite	19,1 %	62,6 %	40,8 %

Comme on le voit, la proportion de constipés qui existe parmi les malades atteints d'appendicite est plus faible que la proportion de constipés dans l'espèce humaine.

Comment, dès lors, faire jouer le moindre rôle à la constipation dans la genèse de l'appendicite ?

La stase droite et l'appendicite. — Dans quelle mesure les états de stase cæco-ascendante, les crises douloureuses droites, sont-elles des états prémonitoires d'une appendicite aiguë ou chronique, justifiée par la constatation de lésions anatomiques indéniables ? C'est un point qu'il nous faut maintenant étudier.

Les conditions dans lesquelles se sont présentés les malades, dont les observations sont groupées dans ma statistique, m'ont empêché de pratiquer l'examen radiologique qui, seul, permet d'apprécier avec certitude l'existence d'une stase intestinale proximale, les quelques notions que l'on peut avoir sur l'existence ou l'absence d'une stase droite, dans ces cas, résultent donc seulement des troubles accusés par le patient.

Nous avons déjà fait l'étude des troubles caractérisés par le signe constipation et le signe diarrhée, et nous avons vu que ces troubles existaient chez 18 p. 100 de nos opérés d'appendicite vraie, la constipation, seule, existant chez 16 p. 100 de ces malades. Encore fallait-il, après discussion des observations, abaisser ces chiffres à 14,3 p. 100 de troubles intestinaux et 12,2 p. 100 de constipés.

Précisons maintenant, pour compléter cette étude analytique, l'existence des phénomènes douloureux.

Les phénomènes douloureux, accusés par les malades, étaient les suivants :

Observation I. — Une fois *entéro-colite* remontant à l'enfance, avec prédominance de la diarrhée sur les périodes de constipation, chez une malade âgée de vingt-sept ans, et chez laquelle l'*opération n'a rien modifié à l'état intestinal;*

Obs. II. — Une fois, *douleurs légères depuis trois ans*, sans phénomènes toxiques, sans constipation, chez un malade de vingt-trois ans, opéré pendant sa première crise (appendice gangréné et perforé avec péritonite généralisée); depuis l'opération les phénomènes douloureux n'ont pas été modifiés;

Obs. III. — Une fois douleurs droites assez violentes, chez un homme de quatorze ans, apparues cinq mois avant la première crise, avec parfois des poussées fébriles, sans constipation, opéré à chaud appendice gangréné, guéri, n'a pas été revu depuis sa sortie de l'hôpital;

Obs. IV. — Une fois, femme de vingt ans, passé de légères douleurs droites avec petits signes toxiques, constipation intense; à la suite d'une angine douleurs violentes dans l'abdomen, signes frustes d'appendicite aiguë, on opère, appendice congestionné sans réaction péritonéale.

Obs. V. — Une fois douleurs droites légères, depuis cinq mois, chez un homme de dix-sept ans, opéré avec abcès appendiculaire après une crise violente, le malade était constipé depuis plusieurs années, n'a pas été revu après sa sortie de l'hôpital;

Obs. VI. — Une fois chez un homme de vingt-sept ans opéré d'appendicite subaiguë, avec appendice manifestement altéré mais peut-être tuberculeux, ayant eu trois crises violentes dans les cinq années précédentes, qui souffrait depuis longtemps par intermittence, constipé, non revu depuis sa sortie de l'hôpital;

Obs. VII. — Une fois douleurs peu nettes chez une femme de trente et un ans, ayant eu deux crises violentes six mois auparavant, constipée depuis sa première crise, opérée à froid, l'appendice était très peu altéré, rétro-cæcal, il existait un voile de pericolite, le cæcum était mobile; suites ultérieures ignorées;

Obs. VIII. — Une fois quelques douleurs droites légères, observées dans l'intervalle de deux crises violentes d'appendicite, chez un homme de trente-trois ans, constipé depuis toujours, et chez lequel l'appendice retro-cæcal était très adhérent et légèrement altéré. N'a pas été revu depuis son opération.

En somme dans 8 cas sur 49, soit 16,3 p. 100, il existait des phénomènes douloureux pouvant évoquer l'idée d'une stase droite avec typhlo-colite; encore, dans un de ces cas s'agissait-il d'une entéro-colite franche, dans 2 cas les phénomènes douloureux étaient des plus frustes (dans un de ces 2 cas lésions appendiculaires aussi légères que possible, mais péricolite et cæcum mobile). Dans un cas enfin, l'existence d'une stase droite semble très probable, les lésions aiguës appendiculaires sont moins manifestes cependant. La constipation ne coexistait que dans 5 de ces cas.

Il est possible que, parmi ces malades, il y ait eu 4 ou 5 stasiques, mais il serait hasardeux de l'affirmer, en tous cas il est très improbable qu'il y en ait eu plus.

En faisant donc à la stase proximale, dans ces observations, la part aussi belle que possible, c'est à peine 10 p. 100 du nombre total des appendicites qui représenterait leur pourcentage.

Or la Stase intestinale droite, qu'elle soit isolée ou associée à une Dyschesie (1), est une affection relativement fréquente, surtout chez la femme.

D'autres faits plaident d'ailleurs, mais indirectement, contre l'existence de rapports de cause à effet entre la stase et l'appendicite.

Parmi les nombreux cas de stase proximale que j'ai examinés et traités (avec constatations radiologiques) et qui pour beaucoup évoluaient vraisemblablement depuis plusieurs années, *aucun n'a été atteint d'appendicite aiguë ou subaiguë*, ceux qui avaient été opérés *avec le diagnostic d'appendicite chronique* n'avaient été améliorés en rien par l'opération, même dans des cas où l'opération remontait à plusieurs années (jusqu'à six et sept ans); enfin dans une quinzaine de cas où des malades étaient envoyés avec le diagnostic d'appendicite chronique sur la foi d'un point douloureux limité provoqué par la palpation, l'existence de douleurs spontanées et de phénomènes digestifs et généraux, se sont révé-

(1) Voir articles consacrés à la Stase intestinale et à la Dyschesie dans le *Bulletin médical*, nos 17 et 18, 1923.

lés, à l'examen, comme étant des stasiques dont les points douloureux recherchés sous le contrôle des rayons siégeaient très loin du fond cæcal (sur le bord interne du colon ascendant principalement), et dont l'appendice, parfois visible, apparaissait comme indolore, souple et mobile, ainsi que le fond cæcal.

En somme, chez aucun de ces malades, et bien qu'il y ait eu une stase droite prononcée avec, souvent, des phénomènes toxiques et même infectieux graves (1), et toujours une stase évoluant depuis très longtemps, il n'est apparu aucun trouble que l'on puisse raisonnablement rattacher à l'appendicite aiguë, subaiguë ou chronique.

Appendicite aiguë et appendicite chronique. — Pour certains auteurs l'appendicite aiguë ne serait autre chose qu'une poussée aiguë se manifestant sur un appendice chroniquement atteint, en d'autres termes l'appendicite chronique serait le fond, souvent méconnu, du tableau pathologique, les phases aiguës seraient des accidents qui viendraient révéler l'existence de la lésion, aggravant ses signes et son pronostic. Une telle conception conduit, en bonne logique, à rechercher systématiquement l'existence de lésions chroniques pour débarrasser les malades du risque d'une poussée aiguë dont la probabilité est très grande.

Tout malade atteint d'appendicite chronique, et ceux qui défendent cette conception font facilement le diagnostic d'appendicite chronique, aurait ainsi, suspendu sur sa tête, l'épée de Damoclès des accidents graves de l'appendicite aiguë.

L'analyse des observations qui ont été utilisées pour faire les statistiques qui figurent dans ce travail, montre *que chez 40*, **soit 79 p. 100** *des 49 malades observés, il n'y avait aucun trouble des fonctions de l'intestin, aucun signe permettant d'accuser un état de perturbation du transit digestif. Chez 41 des 49 malades observés*, **soit 82 p. 100**, *il n'y avait, en outre, aucun phénomène douloureux dans le passé des malades et, parmi les 8 malades qui accusaient des troubles douloureux, 6 figurent déjà dans la catégorie des malades présentant des troubles intestinaux de diarrhée ou de constipation.*

Au total donc, 11 malades seulement sur 49, présentaient un des signes (troubles fonctionnels de l'intestin ou douleurs droites), que l'on considère comme étant habituellement de ceux qui éveillent l'idée d'appendicite chronique.

Tous les autres malades étaient en excellente santé.

Encore faut-il retrancher, de ces 11 malades, 2 cas dans lesquels le signe constipation est apparu depuis une crise aiguë franche qui semble, à bon droit, être une crise d'appendicite aiguë; il ne resterait alors que 9 malades chez lesquels on pourrait suspecter l'appendicite chronique antérieurement à la phase aiguë.

Parmi ces 9 malades opérés, 2 ont été revus : une malade opérée il y a un ans (abcès appendiculaire chez une entéro-colitique), aucune modification de l'état intestinal depuis l'opération; un malade opéré il y a neuf ans, péritonite généralisée par gangrène et perforation de l'appendice, et qui, avant l'opération, éprouvait des douleurs légères dans la fosse iliaque droite mais pas de constipation; l'appendicectomie n'a rien modifié aux douleurs droites.

(1) Dans deux cas, les malades m'avaient fait appeler pour des phénomènes douloureux intenses avec cystalgie et fièvre, par suite d'une pyélonéphrite colibacillaire due à une stase méconnue.

C'est donc encore, du fait des conditions post-opératoires, 2 cas qui ne peuvent s'expliquer par l'appendicite chronique, ce qui abaisse à 7 le nombre des malades douteux, soit 14,3 p. 100.

Ce chiffre doit d'ailleurs très vraisemblablement être encore abaissé, car des 7 malades restants, tous malades d'hopital, aucun n'a été revu depuis sa sortie du service. Parmi ces faits, le nombre des malades, dans les antécédents desquels on révèle des signes qui, éventuellement, peuvent faire penser à l'existence d'une appendicite chronique, est donc extrêmement minime et sujet à réduction. En fait, après analyse minutieuse, je ne trouve que deux observations dans lesquelles on peut suspecter depuis trois et cinq mois un processus appendiculaire, plus subaigu que chronique d'ailleurs. Inversement on voit chaque jour des malades qui, depuis de nombreuses années, accusent des troubles douloureux iliaques droits et des troubles fonctionnels digestifs pour lesquels plusieurs médecins ont fait le diagnostic d'appendicite chronique; ces malades qui ne se sont pas fait opérer, *n'ont jamais fait le moindre accident aigü imputable à l'appendicite.*

Il ne semble donc pas probable que l'appendicite chronique constitue le terrain habituel sur lequel se développe l'appendicite aiguë; CONTRAIREMENT A UNE OPINION PROFONDÉMENT ANCRÉE DANS BEAUCOUP D'ESPRITS, L'APPENDICITE CHRONIQUE NE FAIT DONC PAS, HABITUELLEMENT TOUT AU MOINS, LE LIT DE L'APPENDICITE AIGUE.

Au contraire, nombre d'appendicites aiguës non opérées, laissent après elles des troubles que l'on peut qualifier d'appendicite chronique.

Parmi mes observations je relève les faits suivants :

OBSERVATION I. — Homme, trente-trois ans, première crise en 1916 d'une durée de trois semaines, avec vomissements, fièvre (glace sur l'abdomen); deuxième crise en 1923 (début de l'année) avec nausées, fièvre, durée quatre jours, dans l'intervalle douleurs légères dans la fosse iliaque droite. Constipé habituel, à l'examen douleur très nette au fond du cæcal-opéré deux mois après sa deuxième crise, appendice retrocæcal, cicatriciel, très adhérent.

OBS. II. — Homme trente-sept ans, abcès appendiculaire à vingt-trois ans, incisé, l'appendice n'ayant pas été enlevé, éventration. Il y a trois mois, petite crise douloureuse droite. A l'intervention ablation d'un appendice cicatriciel nettement malade.

OBS. III. — Homme vingt-quatre ans, habituellement constipé, fait trois crises aiguës, de courte durée, en deux mois, avec douleur à la pression dans l'intervalle des crises. La dernière crise détermine un abcès appendiculaire.

Influence du nombre de crises sur la gravité des lésions. — Il est également couramment admis qu'une deuxième crise est plus grave qu'une première crise, et qu'une troisième aboutit généralement à la perforation ou à la gangrène avec toutes leurs conséquences.

L'étude des quarante-neuf observations personnelles contenues dans ce travail va à l'encontre d'une telle conclusion : trois de ces malades ont en effet été opérés *après trois crises franches* : une fois il existait un abcès, deux fois des lésions inflammatoires simples.

Sept malades ont été opérés *après deux crises :* un d'urgence avec gangrène de l'appendice, deux malades présentaient des abcès, quatre malades étaient porteurs de lésions inflammatoires ou cicatricielles de l'appendice.

Tous les autres malades, soit trente-neuf malades,

ont été opérés *après ou pendant leur première crise.*

Parmi ces trente-neuf malades il faut noter : quatorze péritonites diffuses par gangrène ou perforation, avec trois morts, dix abcès appendiculaires avec ou sans perforation, et le reste de lésions inflammatoires ou cicatricielles.

Il ne semble donc pas que les deuxième et troisième crises soient plus graves que la première, et qu'elles aboutissent, d'une façon irrémédiable, à la production d'accidents graves, au contraire même, les malades opérés après deux et trois crises avaient en moyenne des lésions beaucoup plus bénignes que ceux qui étaient opérés après ou pendant leur première crise. On doit même dire, d'après ce qui précède, que les lésions graves de l'appendice se produisent généralement lors de la première crise.

Conclusions. — Les faits précédemment exposés permettent une série de conclusions quant aux conditions d'âge et sexe dans l'appendicite, et aux rapports de cette maladie avec certains troubles intestinaux. L'étude des conditions d'âge et de sexe d'une part, celle de la fréquence relative de la constipation aux différents âges dans les deux sexes, d'autre part, montre en effet que la constipation n'est absolument pour rien dans la genèse des lésions véritables de l'appendice : plus même, on serait tenté de conclure, devant les faits précédents, que la constipation est beaucoup plus rare chez les sujets porteurs de lésions appendiculaires que chez les sujets qui n'en ont pas. Cette constatation est des plus intéressantes car le signe constipation manque rarement chez les sujets qui sont atteints de stase intestinale droite, dans cette catégorie des malades la proportion des constipés s'élève au moins à 90 p. 100, il y a donc antagonisme entre l'appendicite vraie et les états de stase droite et nous verrons que cette conclusion statistique est confirmée par les résultats de l'observation des malades atteints de stase droite qui, très rarement, présentent des lésions appendiculaires nettes permettant de porter le diagnostic d'appendicite.

Il est curieux de noter, en outre, que le symptôme constipation n'existait parmi les femmes atteintes d'appendicite que dans la proportion de 26,7 p. 100 et si l'on défalque les cas dans lesquels la constipation n'a pas précédé l'appendicite et le cas dans lequel la constipation succédait à des crises diarrhéiques qui constituaient le principal trouble, on voit que le symptôme constipation n'existait alors que dans 13,3 p. 100 des cas d'appendicite chez la femme.

Or, nous avons vu que le pourcentage de constipés est, chez la femme, en moyenne de 61,6 p. 100; en fait, comme les cas d'appendicite chez la femme qui figurent dans cette stastistique sont compris entre 10 et 40 ans, il faut comparer les chiffres précédents avec celui qui indique la fréquence de la constipation chez la femme entre 10 et 40 ans, or ce chiffre est de 62,6 p. 100.

Fait extrêmement curieux, l'appendicite vraie, celle qui s'accompagne de lésions anatomiques indéniables, est donc une éventualité très rare chez les femmes constipées ; par contre, le symptôme constipation est de règle, presque sans exception, dans les cas où les patients présentent le syndrome dit de l'appendicite chronique. Ce sont là des faits sur lesquels nous reviendrons en étudiant, comme nous l'avons fait pour les appendicites s'accompagnant de lésions anatomiques de l'appendice, les observations des malades présentant le syndrome de l'appendicite chronique et chez lesquels ce diagnostic avait été fait.

Rappelons cependant que parmi les malades atteints d'appendicite avec lésions anatomiques justifiant cette lésion, il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes, cette proportion se renverse quand on ajoute aux cas précédents les cas diagnostiqués appendicite chronique et dans lesquels on ne trouve pas de lésions anatomiques démonstratives.

De même, tandis que les statistiques des anciens auteurs, qui ignoraient l'appendicite chronique, accusent une prédominance analogue de l'appendicite dans le sexe masculin, les statistiques modernes qui comprennent les cas dits d'appendicite chronique, montrent une prédominance du sexe féminin.

Cet ensemble de faits relatifs à l'âge, au sexe, à l'état intestinal, montre l'absolue discordance entre les états d'appendicite avec les lésions anatomiques, et les états dits d'appendicite chronique. Nous verrons que la connaissance des états typhlo-coliques explique cette discordance.

Enfin, il semble résulter des observations, que le syndrome d'appendicite chronique est pour le moins rare chez les malades qui sont, à un moment quelconque de leur vie, atteints d'une appendicite aiguë capable de faire courir un danger quelconque pour la vie du patient. Cela ne veut nullement dire d'ailleurs que, dans quelques cas, il n'existait pas, antérieurement, des lésions purement anatomiques et ne se révélant par aucun signe ou même que dans quelques cas (la minime part des faits observés d'ailleurs), des lésions à bas bruit, évoluant d'une façon subaiguë, ne précèdent pas de quelques semaines l'apparition des accidents aigus.

LIVRES NOUVEAUX

Le radiodiagnostic par les insufflations abdominales (1), par le docteur I. Lacayo. Préface de M. G. Maingot, électroradiologiste de l'hôpital Laënnec.

Les distensions gazeuses et les injections opaques sont les deux moyens mis à profit pour créer des contrastes radiologiques artificiels.

Dans l'abdomen, les insufflations les plus couramment pratiquées se font les unes sans effraction dans les côlons et l'estomac (insufflations gastro-coliques), les autres avec effraction dans la cavité péritonéale (pneumopéritoines) ou dans la loge périnéale (insufflations périnéales). Chacune de ces méthodes a sa technique et son objet propre que décrit minutieusement M. I. Lacayo. Son livre rentre, au point de vue de la précision, dans la catégorie des manuels ; de nombreuses figures schématiques illustrent le texte. De la première à la dernière page l'insufflation gastro-colique, le pneumo-péritoine et l'insufflation périnéale sont mis sans cesse en parallèle : les avantages, les inconvénients, les indications propres, les contre-indications sont l'objectif permanent, quoique inavoué, de l'auteur.

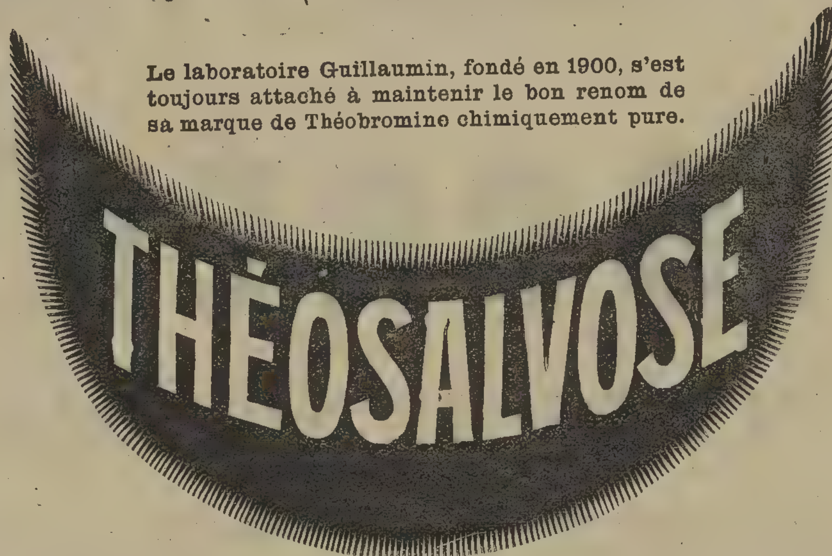
Cet ouvrage intéressera non seulement les spécialistes-radiologistes, mais encore tous les praticiens en quête de connaissances générales.

L. G.

(1) In-8° de IV-268 pages et 62 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


Le laboratoire Guillaumin, fondé en 1900, s'est toujours attaché à maintenir le bon renom de sa marque de Théobromine chimiquement pure.
THÉOSALVOSE



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 21 septembre 1923. — Question donnée : « Signes du cancer du pylore. »

Mlle Cherillon, 14 ; MM. Dansaert, 10 ; Caillard, 5 ; Denichou, 10 ; Dausse, 14 1/2 ; Deléage (Pierre), 15 ; Friedmann, 13 ; Limal, 10 ; Delffraissy et Deléage (André), 10 ; Brody (Charles), 2 ; Delafarge, 17 1/2 ; Clupot, 9 ; Mlle Chrétien, 13 ; MM. Chalot, 9 ; Briau, 12 ; Caillaud, 14.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — La Commission administrative des hôpitaux de Grenoble donne avis qu'il sera ouvert :

Le 1er octobre 1923, un concours pour la nomination de 6 internes titulaires, 4 internes provisoires et 2 internes suppléants en médecine et en chirurgie.

Le 4 octobre 1923, un concours pour la nomination d'externes en médecine et en chirurgie.

Le 8 octobre 1923, un concours pour la nomination d'un interne titulaire et d'un interne provisoire en pharmacie.

Dans le courant du mois d'octobre 1923, un concours pour la nomination d'un médecin suppléant des hôpitaux.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors de 1re classe Miran, Durand Rodet et Yvon.

MM. les médecins-majors de 2e classe Soutoul, Mathieu, Gacon, Fourrier, Boudaud, Curie, Chabert, Casse, Mule, François, Felix, Macon, Gimazane, Beylot et Boeri.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Moricet, Leroux, Thomas, Riou, Bert, Ruaud, Ferraud, Rives et Secheret.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion aura lieu le lundi 15 octobre 1923, au Cercle militaire, à 21 h.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Le secours chirurgical avancé », par M. le médecin principal Picqué, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin chef de l'hôpital militaire de Talence.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — ENSEIGNEMENT OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique et avec le concours de ses assistants, MM. C. Hubert et Girard, le fonctionnement du service est organisé de la façon suivante, à partir du 1er octobre prochain.

Consultations : mardi, jeudi, samedi à 10 h.
Opérations : vendredi à 10 h.
Petites interventions : le lundi, mercredi à 10 h.
Pansements : tous les matins à 9 h. 1/2.

Enseignement. — Deux cours cliniques seront faits à partir du jeudi 11 octobre :

1° Un cours élémentaire en neuf leçons à l'usage des médecins et des étudiants désirant acquérir les principes indispensables en oto-rhino-laryngologie ;

2° Un cours de technique oto-rhino-laryngologique en trente leçons pour les médecins désirant se spécialiser.

A. *Cours élémentaire.* — Le cours élémentaire en neuf leçons sera fait à l'hôpital Saint-Joseph les mardi, jeudi, samedi à 9 h., du jeudi 11 octobre au mardi 30 octobre.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Chaque séance comprendra :
1° Un bref aperçu théorique avec schéma, dessins, pièces osseuses ;
2° Des exercices sur des appareils fantômes ;
3° L'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Droit d'inscription : 60 francs.

B. *Cours de technique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours comprendra trente leçons et sera fait à partir du mardi 6 novembre.

Les leçons auront lieu le mardi, jeudi, samedi à 9 h. Chaque leçon consistera :

1° En un cours théorique avec présentation, de dessins de

pièces osseuses de préparations anatomiques et anatomo-pathologiques;

2° Dans des exercices pratiques; les élèves assisteront aux consultations après le cours et aux interventions le lundi, mercredi, vendredi à 10 h.;

3° Un certain nombre d'entre pourront être admis ultérieurement à travailler dans le service.

Droit d'inscription : 150 francs.

Le programme détaillé de chacun de ces deux cours est affiché dans le service.

S'inscrire tous les matins dans le service de M. Georges Laurens à l'hôpital Saint-Joseph, auprès des assistants.

Dans chaque cours, le nombre des places est limité à 10.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. — COURS DE REVISION SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNÉE, sous la direction du professeur Emile SERGENT et du docteur C. LIAN, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Tinel, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux; Deniker, chirurgien des hôpitaux; Le Mée, laryngologiste des hôpitaux; Velter, professeur agrégé, ophtalmologiste des hôpitaux; Fernet. médecin de Saint-Lazare; Guilly, dentiste des hôpitaux; Blechmann, Cottenot, Gaston Durand, H. Durand, Marsan, Passot, P. Pruvost, Ségard, Trèves, Vaudescal, anciens chefs de clinique, anciens internes des hôpitaux; Dausset, chef de laboratoire; G. Siguret; Duchesne; H. Leclerc.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1923, du 18 au 31 octobre, sont exposées, dans une série de conférences et de démonstrations pratiques, les notions nouvelles, cliniques et thérapeutiques, dans toutes les branches de l'activité médicale.

Les conférences cliniques (11 h. à midi, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) auront lieu dans l'amphithéâtre des cours de la clinique propédeutique; les démonstrations pratiques (3 h. à 4 h.) seront faites dans le laboratoire ou dans le service du professeur Sergent.

En outre, chaque matin, de 9 h. à 10 h., une démonstration pratique aura lieu à tour de rôle dans le service hospitalier des divers conférenciers.

Seuls sont admis aux démonstrations et exercices pratiques les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 fr. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3, jeudi et samedi, de midi à 15 h.).

Les conférences cliniques sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — INSTITUT DU RADIUM (Fondation Curie). — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 15 octobre, à 9 h. du matin, au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les *premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie*.

Lundi 15 octobre : L'énergie radiante.

Mardi 16 octobre : L'origine du rayonnement de Rœntgen.

Mercredi 17 octobre : Les propriétés du rayonnement de Rœntgen.

Jeudi 18 octobre : Les mesures du rayonnement de Rœntgen.

Vendredi 19 octobre : L'énergie électrique.

Samedi 20 octobre : Les mesures électriques.

Lundi 22 octobre : Les générateurs et les transformateurs.

Mardi 23 octobre : Les interrupteurs et les rhéostats.

Mercredi 24 octobre : Les courants alternatifs et leur emploi.

Jeudi 25 octobre : Les ampoules de Rœntgen à air raréfié.

Vendredi 26 octobre : Les ampoules de Rœntgen à vide.

Samedi 27 octobre : La technique de la radioscopie.

Lundi 29 octobre : Les images de Rœntgen.

Mardi 30 octobre : La technique de la radiographie.

Mercredi 31 octobre : Les bases biologiques de la radiothérapie.

Vendredi 2 novembre : Les bases physiques de la radiothérapie.

Samedi 3 novembre : La technique de la radiothérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. le docteur Solomon; le droit d'inssription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 22 octobre, est de 150 francs et sera acquitté entre les mains du docteur Solomon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Bourgeois, ancien ophtalmologiste des hôpitaux de Reims, décédé à Paris.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2° Après les repas, VIII à x gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca..................	2 gr.
Teinture de badiane................	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse, par le professeur P. NOBÉCOURT, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. (Bibliothèque des connaissances médicales dirigée par le docteur APERT.) 1 vol. in-18. — Prix : 10 fr. — Paris, Ernest Flammarion.

Les problèmes actuels de diététique, par CARNOT, JOSUÉ, Marcel LABBÉ, LEREBOULLET, PAGNIEZ, RATHERY. (Cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris.) 1 vol., 184 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La réaction au sérum frais par la méthode de saturation d'Eschbach et Duhot pour le diagnostic de la syphilis, par le docteur POTENTIER. (Thèse.). — Lille, Imprimerie Leblanc et Durant.

La gaine urinaire, par le docteur G. PATURET. 1 vol., 335 pages, avec figures. — Paris, Legrand.

RENSEIGNEMENTS

PONCTION DE LA BASE CRANIENNE
TRANS-CÉRÉBRO-FRONTALE

Application thérapeutique à la méningite cérébro-spinale bloquée

Par M. J.-A. SICARD.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Necker.

L'utilisation de cette voie nouvelle d'abord de la base cranienne peut paraître d'une témérité excessive, puisque c'est au travers du parenchyme cérébral que l'aiguille cheminera pour aller à la rencontre du plancher du crâne et ne s'arrêtera qu'après l'avoir heurté. Le but de cette intervention est qu'au contact des lacs de la base, l'opérateur aura tout loisir pour prélever le liquide des confluents ou déposer à son contact le médicament modificateur.

Or, les enseignements de la chirurgie cranienne, aussi bien que ceux de la guerre, nous permettent de dire que la piqûre ou la ponction du parenchyme cranien sont inoffensives et indolores. Maintes fois au cours de l'exploration du cerveau, après craniectomie, le chirurgien est amené à ponctionner la masse de l'organe en des régions diverses, à des profondeurs différentes et cela sans incidents ultérieurs. Maintes fois, au cours de la guerre, les neurologistes ont soigné des blessés du crâne dont les lobes antérieurs avaient été perforés par des projectiles et cela encore sans qu'il en soit résulté de séquelles.

La région cérébrale antérieure est accommodante et malléable. C'est elle qui devait fixer notre choix.

*
* *

Deux écueils étaient à éviter : la lésion de l'artère méningée moyenne lors de la perforation cranienne et la blessure d'un sinus ou d'un gros vaisseau de la base.

Mais, tout médecin averti doit se rappeler la zone de projection de l'artère méningée moyenne. Il suffit du reste schématiquement de n'utiliser que les régions craniennes situées en avant d'une ligne perpendiculaire à l'axe médian antéro-postérieur du crâne et passant par l'angle malo-zygomatique (ligne bi-malaire). On sera ainsi assuré de laisser loin en arrière l'artère méningée.

Le deuxième danger (blessure de vaisseaux intra-craniens ou de sinus) était plus préoccupant. Nous l'avons écarté en utilisant une aiguille à extrémité arrondie, très mousse avec pertuis latéral d'injection. Aucun effort de pénétration et de cheminement n'est à faire, puisque le parenchyme cérébral se laisse pénétrer avec une extrême facilité. Aussi, dès que l'aiguille heurtera légèrement le plan résistant de la base, il n'y aura nul besoin d'insister davantage. Sans doute, on pourra cependant, même dans ces conditions, provoquer la rupture de quelques capillaires méningés friables de la base cranienne, comme en témoigne souvent la sérosité sanguinolente retirée à travers l'aiguille par aspiration, mais cette exsudation locale ne présente aucun inconvénient, peut-être même joue-t-elle un rôle favorable vis-à-vis de certains processus pathologiques (méningite cérébro-spinale).

L'aiguille dont nous nous servons est en nickel d'une longueur de 12 à 14 centimètres environ, d'un diamètre de 7 dixièmes de millimètre avec lumière centrale et orifice latéral de sortie, situé à 2 ou 3 dixièmes de millimètres, au-dessus de l'extrémité terminale *pleine et arrondie*.

La percée du crâne se fait à l'aide du dispositif très simple que nous avons déjà décrit (1), et dont MM. Cestan et Riser (de Toulouse) viennent également de se servir dans leurs études très intéressantes sur la ponction ventriculaire. Il s'agit d'un petit perforateur à main, d'un maniement aisé, et qui réalise en quelques minutes la trouée cranienne. Beaucoup plus facilement encore nous faisons usage actuellement de la petite vrille, du modèle courant en menuiserie de 18 à 20 de filtage, et qui, rapidement, précédée surtout d'un coup de poinçon initiateur, effectue la minime trouée suffisante à l'introduction de l'aiguille.

Le sujet est couché, la tête légèrement relevée et appuyée. A l'endroit choisi, et à quelques centimètres de la ligne médiane (3 à 4 centimètres environ), après avoir coupé, sur la zone opératoire, les cheveux, appliqué de la teinture d'iode, et insensibilisé par une injection sous-cutanée de cocaïne, on incise le tégument sur un trajet de un demi centimètre. Perforateur ou vrille n'ont plus qu'à effectuer la percée osseuse. *Celle-ci n'est pas douloureuse.* De temps à autre, on tâte la résistance finale osseuse à l'aide d'une tige métallique acérée. La dernière lamelle osseuse cède. L'aiguille pénètre alors et n'a plus qu'à être conduite en bonne incidence basale. Il est évident que cette incidence doit tendre vers la partie externe de la base et non vers la région médiane où sont groupés nerfs et vaisseaux importants. Pour faciliter cette inclinaison de l'aiguille, coincée par l'exiguïté du canal osseux et ne se mouvant pas librement, le perforateur ou la vrille devront être dirigés au cours de leur percée osseuse, de dedans en dehors de façon que la lumière du petit tunnel osseux épouse cette légère obliquité. Ces petits détails de technique ont leur importance. Les débutants n'auront qu'à contrôler ces temps de manœuvre, pour plus de sécurité, sur un squelette cranien à calotte ouverte, lorsqu'ils exécuteront l'intervention. Ils auront ainsi plus d'assurance pour atteindre, soit le palier antérieur de la base, soit l'étage moyen. Celui-ci est plus profond de 2 ou 3 centimètres environ que celui-là, et quand, dans une même séance d'injection, on explore les deux zones, on se rend parfaitement compte de la différence des plans.

Le liquide de la base ne sort spontanément que lorsque la tête est franchement mise dans une position horizontale et dans une obliquité basse. Le plancher moyen se prête mieux à l'issue du liquide cérébral que le plancher antérieur. Du reste au cours des méningites, les exsudats de la base, si fréquents, entravent la sortie du liquide. Il faut aspirer, et encore ne retire-t-on parfois qu'un peu de sérosité louche et sanguinolente.

Nous n'avons pratiqué cette petite intervention depuis deux ans que dans onze cas, cinq cas de paralysie générale, deux cas de méningite tuberculeuse, trois cas de méningite cérébro-spinale, un cas de cécité progressive tabétique. On comprend aisément du reste que l'exploration de la base cranienne ne reconnaisse pas de nombreuses indications, au moins jusqu'à présent.

(1) SICARD. Craniocentèse et injections sous-arachnoïdiennes cérébrales. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 déc. 1919.

*
* *

Les *paralytiques généraux* ont été soumis à l'injection d'auto-sérum salvarsanisé; deux d'entre eux ont reçu dans la même séance une injection à la base cranienne droite et à la base gauche, étage moyen. Chez l'un d'eux, par le même pertuis osseux cranien, un peu large, on a pu en modifiant la direction d'obliquité de l'aiguille, injecter à la fois le côté droit et le côté gauche. L'injection d'auto-sérum (5 à 6 centimètres cubes), après novarsenic intraveineux, a été parfaitement supportée et les malades ne changeaient en rien leurs habitudes, continuant à se lever, à manger et à vivre de leur vie ordinaire. Du reste, ce traitement, même répété, n'a modifié ni en bien ni en mal l'évolution de la méningite encéphalitique. Le liquide cérébral retiré était d'ordinaire plus riche en lymphocytes et en albumine que le liquide rachidien, et la réaction de Bordet-Wassermann y était aussi nettement positive. J'insiste sur ce fait, car MM. Cestan et Riser ont pu retirer chez des paralytiques généraux du liquide des ventricules latéraux avec Bordet-Wassermann *négatif*, tandis que le liquide rachidien de ces mêmes sujets était positif.

Les deux cas de *méningite tuberculeuse* concernaient des adultes. Dans l'un des cas, j'ai injecté 1 centimètre cube d'huile goménolée au 1/5e, dans l'autre 1 centimètre cube de lipiodol. L'image radiographique lipiodolée, inscrite une heure après, est intéressante à étudier. On voit nettement le lipiodol localisé à la base cranienne antérieure, diffusant latéralement, sans dépasser, au moins, après une heure, l'étage fronto-orbitaire. Le trajet de l'aiguille du cortex à la base est très nettement dessiné par une traînée linéaire noirâtre laissée par le lipiodol lors du retrait de l'aiguille.

Evidemment ces tentatives ne pouvaient avoir grande influence sur l'évolution de la méningite bacillaire et la maladie a suivi son cours fatal. Mais si nous sommes jamais en possession d'un sérum ou d'un médicament bactéricide, les méningitiques tuberculeux pourront peut-être bénéficier de cette voie d'introduction locale.

Par contre, ce procédé trouve ses indications dans la *méningite cérébro-spinale bloquée*, alors que les injections rachidiennes de sérum anti-méningococcique ne sont plus susceptibles d'agir sur les lésions encéphalitiques et que la voie intraveineuse ou musculaire est également impuissante à arrêter ou faire rétrograder la maladie.

Dans deux cas, j'ai eu l'impression que ce traitement local baso-cranien avait pu agir très efficacement.

Premier cas. — Au début de 1921, je suis appelé à examiner, avec le docteur Panello, un jeune roumain d'une vingtaine d'années, employé de commerce, et soigné dans une chambre d'hôtel dans des conditions défavorables. Il s'agissait d'une méningite cérébro-spinale classique, avec constatation de méningocoque rachidien. Ce jeune malade avait reçu, par ponction lombaire répétée, tous les trois à quatre jours, la dose de 30 à 40 centimètres cubes, jusqu'au total de 250 à 300 centimètres cubes de sérum antiméningococcique polyvalent. On avait l'impression que le sérum n'était plus résorbé. A chaque nouvelle ponction, il gardait ses caractères de couleur citrine et de limpidité. L'état général s'aggravait, le délire était fréquent, l'amaigrissement se prononçait. On eut alors recours aux injections intramusculaires de sérum polyvalent à la dose de 40 centimètres cubes, tous les deux jours (une centaine de centimètres cubes au total). Mais il survint de l'érythème généralisé et des arthralgies diffuses. Le jeune malade avait donc absorbé en cinq semaines environ, 400 centimètres cubes de sérum par voie rachidienne ou musculaire. Devant les accidents sériques on crut prudent d'interrompre toute sérothérapie. L'évolution pendant une dizaine de jours se maintient stationnaire. La seule thérapeutique suivie pendant ce laps de temps était des injections d'huile camphrée. Les réactions sériques s'étaient effacées, mais la raideur rachidienne persistait ainsi que le délire et l'amaigrissement avec fièvre modérée. C'est alors qu'à la fin du deuxième mois évolutif, des accidents oculaires apparurent ainsi que de la surdité. Le strabisme était évident avec ptosis à droite, le délire était continu.

J'examine à ce moment le malade, je juge la situation désespérée et propose l'injection basale au médecin traitant qui accepte. Je fais d'abord une ponction lombaire basse, je retire un liquide légèrement trouble (il ne fut pas soumis à l'analyse) et j'injecte aussitôt, prudemment, par le procédé de Besredka, 1 centimètre cube de sérum polyvalent. Un quart d'heure après, j'injecte de nouveau 4 centimètres cubes de ce même sérum, mais dans le muscle fessier, une demi-heure plus tard, 30 centimètres par voie musculaire, enfin, quelques minutes après, 20 centimètres cubes par voie lombaire haute dans le liquide rachidien. C'est alors que je perfore le crâne frontal à droite (du côté du ptosis). J'introduis l'aiguille à l'étage moyen (partie externe), je retire 3 à 4 centimètres cubes de sérosité louche et sanguinolente (le tube fut brisé et son contenu n'a pu être analysé). J'injecte très lentement à la base, en deux à trois minutes, 8 centimètres cubes de sérum polyvalent et ce fut tout.

L'intervention fut bien supportée. Quelques jours après l'amélioration était évidente et au bout de quelques semaines la guérison était complète.

J'ai eu, de Roumanie, un an après l'intervention, des nouvelles de ce jeune malade qui avait repris sa vie professionnelle ordinaire *sans aucune séquelle*.

J'avoue que j'ai été surpris de cette guérison si rapide que je m'expliquais d'ailleurs mal, et je n'ai pas cru devoir publier cette observation.

Deuxième cas. — Mais voici un autre cas semblable que je viens d'observer avec mon ami le professeur Rimbaud (de Montpellier), et les docteurs Peaudecerf (de Narbonne) et Cidras (des Corbières). C'était en mai dernier, dans une localité voisine de Montpellier. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans environ atteint, depuis plusieurs semaines, de méningite cérébro-spinale avec présence de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien. Le traitement sérothérapique classique et à hautes doses fut appliqué pendant trois semaines environ. (Je n'ai vu ce malade en consultation qu'une seule fois et le professeur Rimbaud publiera les détails de l'observation.) Après une phase d'amélioration, la maladie s'aggrave. On pratique alors un sérum intramusculaire et rachidien; mais il y eut rapidement après cette nouvelle injection un choc anaphylactique si grave, avec une telle impression de mort imminente, que tout traitement par le sérum fut abandonné.

Une dizaine de jours se passent. Il survient alors du délire, des paralysies oculaires avec ptosis, des troubles auditifs, de l'agitation constante, de l'amaigrissement progressif. La température oscillait entre 38° et 38°,5.

C'est à ce moment que je vois le malade; je porte un pronostic très grave. Je fais une ponction lombaire basse, vingt centimètres cubes environ de liquide rachidien sont retirés. Le liquide est trouble (il ne contient pas de méningocoques d'après l'examen ultérieur). J'injecte un centimètre cube de sérum anti-méningococcique B. Quelques minutes après, j'injecte 5 centimètres cubes par voie intramusculaire. Je refais une ponction lombaire haute (1re lombaire), le liquide s'écoule plus clair que celui issu par ponction lombaire basse, et j'injecte lentement par cette voie lombo-sous-arachnoïdienne haute, 20 centimètres cubes de sérum polyvalent (méningocoque B 2/3, A 1/3), le mélange ayant été fait extemporanément. Je pratique ensuite l'injection à la base cranienne. A la région frontale antérieure droite, je perfore l'os, je dirige mon aiguille vers l'étage *moyen* de la base,

j'aspire, je ne retire qu'un peu de sérosité sanglante, et j'injecte 5 à 6 centimètres cubes de sérum polyvalent. Ce fut tout. Je quitte le méningitique pensant que l'issue fatale était proche. Deux jours après le malade allait mieux, quinze jours après il était guéri. Depuis lors il a repris normalement, *sans séquelles d'aucune sorte*, sa vie habituelle. On s'était abstenu de pratiquer ultérieurement de nouvelles injections de sérum. Il est à noter, sans y insister, qu'au début de la maladie une réaction de B. W. partiellement positive? avait été trouvée dans le liquide céphalo-rachidien. On avait tenté également quelques injections intra-veineuses de cyanure de mercure, mais les méningocoques du liquide rachidien avaient été constatés dans un laboratoire de Montpellier, dûment qualifié, et le jeune malade n'avait jamais eu de syphilis acquise ou héréditaire. De plus le liquide rachidien retiré immédiatement avant l'injection baso-cranienne présentait un B. W. négatif.

Quoi qu'il en soit, voici deux faits impressionnants de guérison rapide après injection baso-cranienne de sérum anti-méningococcique. Il est possible, du reste, que l'aiguille en dilacérant les capillaires méningés de la base (puisque l'aspiration par la seringue avait ramené dans les deux cas une sérosité sanglante) ait permis au sérum injecté par voie musculaire et même par voie rachidienne (résorption générale) de pénétrer dans l'intimité des mailles fibrineuses, car j'ai peine à croire que dans ces deux cas, il ait suffi de quelques centimètres cubes de sérum injectés à la base d'un seul hémisphère pour enrayer le mal.

J'ai publié ces deux faits tels que je les ai observés. Une conclusion en tous cas peut être tirée, c'est que l'injection baso-cranienne trans-cérébro-frontale est inoffensive.

Dans la *troisième observation*, qui m'est commune avec mon interne Lermoyez, il s'agissait d'une méningite à pneumocoques avec envahissement massif du liquide céphalo-rachidien par du pneumocoque à l'état de pureté et je n'ai tenté l'injection baso-cranienne que sur l'insistance de la famille qui avait eu connaissance du fait de guérison antérieure du jeune roumain. 10 centimètres cubes de sérum anti-pneumococcique furent injectés à l'étage antérieur fronto-basal, durant la période agonique. Le malade succomba peu de temps après.

Enfin récemment (juillet 1923) dans un de ces cas désespérément progressifs *de tabès avec atrophie optique tabétique*, j'ai abandonné au contact du seul nerf optique encore doué d'une légère acuité visuelle quelques gouttes de lipiodol. La radiographie montre que le lipiodol est bien situé au voisinage du nerf optique et le cliché décèle nettement la trainée lipiodolée trans-cérébro-frontale. Le malade, aussitôt après cette petite intervention, s'est levé, a repris sa vie comme d'habitude, sans éprouver le plus léger malaise ni la moindre céphalée. Depuis il prétend que la vision s'est légèrement améliorée, mais l'on sait combien ces malades s'illusionnent facilement dès que l'on réalise chez eux une nouvelle méthode thérapeutique.

De ces onze observations, il me paraît se dégager cette impression que la ponction baso-cranienne trans-cérébro-frontale pratiquée avec simple anesthésie locale, et à l'aide d'une vrille perforante, et d'une aiguille d'injection, mousse appropriée au niveau des étages antérieur et moyen de la base cranienne, n'est ni douloureuse, ni dangereuse, ni d'exécution difficile.

Il me paraît également se dégager cette notion que par cette nouvelle voie, on peut, dans certains cas de méningite cérébro-spinale bloquée, atteindre directement les exudats de la base et porter à leur contact le sérum bactéricide, sans préjudice des injections associées intraventriculaire et surtout intramusculaire ou même intraveineuse (1).

(1) Je n'ai pas la pratique de cette autre voie d'atteinte de la base cranienne étudiée par Bériel (de Lyon), et qui consiste à faire pénétrer l'aiguille par la fente orbitaire jusqu'aux confluents de la base.

On consultera sur le traitement sérothérapique de la méningite cérébro-spinale, le remarquable et tout récent rapport du docteur Dopter, *Congrès de médecine de Bordeaux*, oct. 1923.

SUR UNE ENDÉMIE D'OSTÉOARTHROPATHIE

d'ostéomalacie, d'ostéoporose et d'ostéorachitisme tardif

SURVENUES COMME CONSÉQUENCES D'AVITAMINOSE PENDANT LA GUERRE

Par le docteur HENRI HIGIER (de Varsovie).

La rareté relative dans notre pays des affections énumérées dans le titre, de même que les nombreuses hypothèses s'excluant souvent l'une l'autre, sur l'étiologie et sur le rapport causal entre l'ostéomalacie précoce et le rachitisme tardif, me serviront d'excuse, si je discute en détail les rapports réciproques de ces entités morbides et leur relation avec les avitaminoses, c'est-à-dire avec les maladies produites par le manque de telle ou telle autre vitamine dans les aliments.

Dans la plupart des manuels, le rachitisme et l'ostéomalacie sont signalés comme des affections des os par excellence. Mais en réalité ce sont des maladies générales, organiques, caractérisées au point de vue anatomique par des dystrophies spécifiques involutives : des tissus osseux, périosté, cartilagineux et musculaire. L'hypothèse erronée d'une affection exclusive du système osseux a beaucoup contribué à désorienter les médecins et à mon avis empêche encore aujourd'hui plus d'un clinicien expert de poser un diagnostic précoce et rationnel.

Dans la seconde moitié de l'année 1917, les cas de maladie de Barlow chez les nourrissons et d'affaiblissement œdémateux des jambes chez les adultes, fréquents jusque-là dans la Pologne bloquée et affamée, ont commencé à devenir plus rares, tandis que l'on commençait à observer des cas isolés caractérisés par un tableau clinique foncièrement différent : affaiblissement des extrémités, démarche très particulière et douleurs pseudoarthritiques des articulations et des os. Cette affection, accompagnée de douleurs opiniâtres, remplaçant les œdèmes d'inanition fréquents jusqu'alors et indolores, s'est propagée d'une manière presque endémique. J'en ai observés plus de 60 cas, surtout dans le prolétariat fréquentant les cliniques et les ambulances (Ambulance de Secours médical pour les juifs nécessiteux, Clinique des docteurs Goldflam et Bernstein). Le plus jeune de mes sujets était âgé de dix-neuf ans, le plus vieux de cinquante-six, la plupart des malades observés avaient de vingt-cinq à trente-cinq ans. Le seul fait établi dans tous ces cas, à quelques exceptions près, fut la misère matérielle, le paupérisme frappant, lié étroitement aux conditions hygiéniques déplorables et à l'alimentation insuffisante, mauvaise et monotone. Le pain, les pommes de terre et le gruau, voici la seule nourriture de l'ouvrier sans ouvrage ; ni lait, ni viande, ni sucre, ni

graisse. La grande majorité des malades étaient des femmes. La coexistence avec l'aménorrhée n'était pas rare, cependant un rapport étiologique entre ces deux maladies était peu plausible, car l'aménorrhée par inanition et les œdèmes de famine n'ont pas été rares chez nous pendant les années calamiteuses de famine.

La maladie débutait toujours par des douleurs dans la région du sacrum et du thorax; chez les sujets plus jeunes elle commençait par des douleurs et un affaiblissement des jambes qui envahissait successivement le squelette entier. Au début la douleur ne se faisait sentir qu'à la pression sur les os, surtout de ceux du thorax, au niveau des VII-X côtes et en avant sur les II-III côtes, plus rarement sur l'os frontal; dans la période plus avancée elle empêchait le malade de marcher, de s'asseoir, de se coucher, de tousser, d'éternuer. La démarche devenait lourde, lente, fatigante; il lui devenait presque impossible de descendre un escalier, de se lever de la position couchée ou de se retourner dans son lit. Penchés en arrière et se dandinant, les malades marchaient comme des canards, faisant avec précaution de petits pas, cherchant à mettre le moins possible en mouvement les articulations iliaques et soulevant à peine les pieds au-dessus du plancher.

L'effacement des contours de la taille, dû au rapprochement considérable de l'arc costal avec la crête du bassin, et chez les sujets maigres assis ou debout, un pli transversal dans la région épigastrique, furent des phénomènes presque constants et frappants. L'abduction des cuisses à la suite d'une contraction réflexe des muscles adducteurs était extrêmement douloureuse; pendant la marche on avait l'impression d'une parésie du muscle psoas.

Par l'examen radiographique on a constaté par endroits une atrophie des os, une ostéoporose légère, l'effacement des contours de la portion articulaire des os de la jambe et la netteté de l'ombre osseuse. Parmi les complications notées çà et là je mentionne des symptômes de tétanie, de maladie de Basedow et de cachexie pachydermique.

La maladie, se développant très lentement, pendant des mois, avec des symptômes initiaux indéterminés, aboutissait à la paralysie accusée, à l'invalidité absolue. Avec le temps, lorsque l'approvisionnement commença à devenir meilleur dans le sens qualitatif et quantitatif, le nombre de malades diminua. Dans quelques cas on a eu l'impression, que le traitement par le phosphore et l'huile de foie de morue, très difficile à acquérir dans ces temps-là, a amené un rétablissement plus prompt.

La tâche capitale à résoudre, fut la définition du rang nosographique de cette ostéoarthropathie en masse, chronique, souvent guérissable, qui n'était pas sans analogie avec l'arthritisme neuro-musculaire, la maladie de Paget, la dystrophie musculaire d'Erb et plusieurs autres affections plus rares. Après mûre réflexion et exclusion de toute autre hypothèse, j'ai acquis la certitude que, si je ne voulais pas à l'exemple de Goldflam, qui a tracé en détail le tableau clinique de cette maladie, créer une nouvelle unité nosographique, il faudrait parler avant tout de forme abortive de l'ostéomalacie et ranger le trouble spécial de la marche dans le groupe des pseudo-paralysies ostéomalaciques.

Les douleurs spontanées du thorax, les douleurs symétriques des reins, du bassin, de la colonne vertébrale et des côtes, exagérées par le mouvement et la pression, l'aspect spécial du malade, la diminution de l'espace entre l'arc costal et le bassin, l'effacement de la taille dû à la diminution de l'espace costo-iliaque, le pli épigastrique transversal, la contracture des muscles adducteurs de la cuisse, la pseudo-parésie du muscle psoas, la démarche dandinnante, l'examen radiographique des os, le début lent et le développement progressif, tout ceci représente le syndrome établi invariablement dans l'ostéomalacie. Je n'ai point l'intention de citer en faveur de ce diagnostic ni la prépondérance considérable du sexe féminin parmi nos malades, ni l'action favorable du phosphore et de l'huile de foie de morue.

Les quatre objections principales, que je me suis faites à moi-même étaient au point de vue pathogèno-étiologique les suivantes :

a. Manque d'éléments communs dans les anamnèses, grossesse, accouchement, allaitement.

b. Absence des altérations osseuses essentielles de l'ostéomalacie; processus de décalcification, mollesse, flexibilité, fragilité des os spongieux, courts.

c. Rareté extraordinaire de l'ostéomalacie dans notre pays.

d. Curabilité de l'affection.

Cependant les objections précitées peuvent être réfutées sans peine. La dénomination d'ostéomalacie évoque chez la plupart des médecins une association d'idées enracinée depuis longtemps : grossesse et ramollissement de la substance osseuse. Et pourtant cette association est loin d'être absolue : 1° nous avons en effet constaté l'ostéomalacie chez des femmes qui n'étaient ni enceintes, ni accouchées, chez des vierges, chez des hommes, des sujets avancés en âge; 2° nous connaissons des ostéomalacies incontestables qui, pendant de longues années, se sont développées sans ramollissement appréciable du squelette. La fréquence relative de la forme « non-puerpérale » réfute fort heureusement l'ancienne théorie trop exclusive de l'action des ovaires, comme seule cause de l'ostéomalacie. Voici pour la première des objections.

Quant à la question de la décalcification, si nous désignons par ostéomalacie une ostéopathie, un ramollissement des os au sens strict du mot, il est évident, que l'objection contre notre diagnostic est très grave, comme contre l' « ostéomalacie sans ostéomalacie. » Mais l'aspect des choses change, lorsque, conformément à l'opinion actuelle, la seule rationnelle, on considère l'ostéomalacie comme une grave maladie de nutrition, d'origine polyglandulaire, dans laquelle le ramollissement ne constitue qu'un des nombreux symptômes, et bien que le plus frappant, nullement le plus fréquent, ni le plus indispensable pour le diagnostic. Ledit symptôme qui impressionnait le plus les médecins anciens et, d'après le principe « a posteriori fit denominatio » décida de la terminologie, n'est pas un signe précoce, mais plutôt tardif de cette affection chronique par excellence. Il va de soi, que tant que la flexibilité des os et leur fragilité demeurent insignifiantes, il y a absence de courbures et absence de ces déformations pathognomoniques du squelette, que les formes classiques accusent au premier coup d'œil (gibbosité, affaissement et raccourcissement de la colonne vertébrale, déformation du bassin en forme d'as de cœur et de bec, fracture spontanée des os, etc.). C'est pourquoi on considère à présent avec justesse la pseudo-paralysie ostéomalacique strictement comme un symptôme précoce beaucoup plus caractéristique que le ramollissement, qui, dans

les cas nombreux de Bouley-Grayon, cas classiques, typiques, n'a produit une déformation des os qu'après dix ans.

Voulant me servir d'une analogie aisément concevable, je dirais que dans l'état actuel de la science, le diagnostic de l'ostéomalacie dans la période antémalacique est admissible au même titre, que l'est celui de la scarlatine sans éruption, du tabes sans douleurs ni ataxie, de la maladie de Basedow sans goitre, ou de la paralysie agitante sans agitation.

Enfin la troisième objection sur l'absence presque absolue en Pologne de l'ostéomalacie tomba également. Depuis que j'ai appris à approfondir la recherche de cette affection dans les cas confus d'arthritisme, dans le semestre dernier j'ai constaté, avec plusieurs collègues chez trois polonaises une ostéomalacie typique au point de vue du tableau clinique et de l'évolution. Chez deux des malades, un radiologue (Judt) a constaté contre toute prévision une atrophie et une ostéoporose avec ramollissement de la substance osseuse, et des fractures multiples que n'avaient révélé aucun symptômes : dix dans un des cas (côtes, sacrum, et bassin) et cinq dans l'autre (bassin). Or, pendant de longs mois, des années même, ces cas avaient échappé aux médecins, ou bien avaient été mal diagnostiqués comme hystérie, tuberculose des vertèbres et arthrite déformante.

Voici déjà plusieurs années, que le gynécologue viennois, Latzko, un des mieux informés des phases premières de l'ostéomalacie, se plaignait, que l'ostéomalacie fût méconnue par les médecines autrichiens, souvent et longtemps, même au-delà de dix ans. I. Curschmann en Allemagne soutient qu'il a constaté un nombre relativement élevé de cas d'ostéomalacie non-puerpérale, depuis qu'il s'est mis à les étudier de plus près; dans les asiles pour vieillards et invalides, il fourmillait de diagnostics faux émanants de maintes autorités médicales. Schlesinger, en se basant sur quatre observations d'autopsies personnelles suppose même, qu'il y a beaucoup de cas latents en clinique, dont « même un examen spécial sur l'ostéomalacie ne saurait établir le diagnostic. » Cette remarque intéressante s'applique à plus forte raison à nos cas endémiques, ostéomalacie alimentaire, en général moins graves, observés dans la période initiale où la triade symptomatique caractéristique, qui n'existe nulle part ailleurs : douleur spontanée et par compression du squelette, marche dandinante et pseudo-parésie des jambes, doit suffir pour établir le diagnostic.

La forme puerpérale et sénile de l'ostéomalacie, est observée avec la même fréquence à l'encontre de la forme endémique dans toutes les classes sociales; elle est plus maligne, mais c'est sans doute parce que les mêmes glandes à sécrétion interne grâce à un métabolisme défectueux perdent leur équilibre physiologique de la même manière dans toutes les formes cliniques de l'ostéomalacie. L'ostéomalacie commune « représente probablement le trouble primaire de l'appareil hormonique dans le sens d'asthénie polyglandulaire, tandis que dans l'ostéomalacie par inanition, à la suite d'une alimentation qualitativement et quantitativement défectueuse de l'absence de certaines vitamines, se déclare une interruption dans la corrélation hormonique régulière, mais non point une lésion plus profonde des glandes endocrines. Lorsque l'alimentation s'améliore convenablement, il en résulte une compensation des organes régulateurs et la restitution de la fonction normale des os. La question de savoir si l'appauvrissement des sucs détermine l'atrophie primaire de l'écorce osseuse, ou seulement secondaire, après irritation de la moelle des os, exige encore des recherches particulières.

Le raisonnement précité réfute, enfin, la dernière objection sur l'incurabilité de l'ostéomalacie. L'issue bénigne chez beaucoup des sujets présentés ne constitue nullement un contre-argument contre notre diagnostic. Bleuler a prouvé, il y a déjà vingt-cinq ans que l'ostéomalacie des aliénés hébéphréniques s'améliore considérablement sous l'action du bon air et d'un régime rationnel, et d'après Curschmann, le phosphore et l'huile de foie de morue déterminent le retour total à l'état normal chez vieillards atteints de paralysie ostéomalacique grave : « Ils amènent une élasticite et une agilité des mouvements, pendant l'acte de marcher, surprenantes vu l'âge avancé. »

Je ne puis clore le chapitre sur l'ostéoarthropathie malacique due à l'inanition, sans avoir, surtout à propos du plus jeune de mes malades, adolescent de dix-neuf ans, examiné le rapport entre l'ostéomalacie et le rachitisme tardif, sujet classique depuis Lassègue et Trousseau.

Dans les dernières années de la guerre mondiale, j'ai observé le rachitisme grave chez des nourrissons et des enfants non seulement très jeunes, mais aussi plus âgés, qui ne pouvaient plus se mettre debout ni marcher et accusaient des déformations les plus bizarres dans leur 6e-8e année, comme rechute, en quelque sorte, du rachitisme subi dans leur première enfance et disparu depuis longtemps. En dehors du rachitisme précoce et secondaire de l'enfance, j'ai observé des cas exceptionnels, se déclarant chez les enfants plus âgés et chez des adolescents qui ne l'avaient jamais subi dans leur enfance. Je mentionne ces merles blancs de la littérature qui sont rarement reconnus par les médecins; l'année dernière, j'en ai observé, personnellement, jusqu'à huit, tandis qu'auparavant je n'en ai rencontré guère et l'ensemble de la littérature universelle n'en compte que 60, d'après Looser. Cette fréquence, cette accumulation relative de cette rare variété endémique du rachitisme tardif suggère involontairement l'idée d'un rapport entre le rachitisme commun ou précoce et le rachitisme tardif, et entre celui-ci et la variété, non moins fréquente et insolite ostéomalacie, que je viens d'étudier.

Un de mes malades attire plus particulièrement l'attention : c'est un apprenti tailleur de dix-neuf ans qui, à côté de tous les symptômes précités d'ostéomalacie abortive, présente des ballonnements accusés, en forme de champignons sur les épiphyses des deux articulations carpiennes et du talon, formés au cours de plusieurs mois. Nos radiologistes ont souvent observé, chez des adolescents, les lésions classiques du rachitisme des articulations avec prolifération du cartilage, large fissure articulaire et contour effacé de la ligne de soudure du corps osseux avec l'épiphyse frangée. Dans ce cas, je fus obligé de diagnostiquer, indépendamment de l'ostéomalacie, un rachitisme tardif, apparaissant au début de la vingtième année du sujet.

Dans tous les cas de rachitisme tardif pur, que j'ai observés, je dois dire, que lorsque le malade ne fut pas ménagé, je vis apparaître chez lui : douleurs aux reins, à la ceinture, aux genoux et à la cheville, sensation de fatigue pendant la marche, pieds plats,

le chapelet, genu valgum, courbure de la colonne vertébrale et des os de la jambe. Dans ces cas, aussi, on n'a rien pu établir au point de vue étiologique, en dehors de l'inanition et de l'alimentation insuffisante, et rien n'a mieux contribué à rétablir les malades, que le choix, l'abondance et la diversité des mets, s'ajoutant à l'huile de foie de morue et au phosphore.

Quelles conclusions faut-il donc tirer du rapprochement de ces deux tableaux cliniques, de cette association de l'ostéomalacie précoce bénigne avec le rachitisme des adolescents ? Vu le caractère endémique et l'analogie de ces deux affections et étant donné leur coïncidence, il devient très plausible d'admettre que le rachitisme tardif et l'ostéomalacie précoce peuvent être des maladies produites par l'inanition; qu'ils ont une forte affinité pathogénétique, peut-être même qu'ils sont identiques.

Ce dernier point, paradoxal au premier coup d'œil, exige d'être discuté plus précisément. L'ancienne opinion de Virchow qui, en principe, discernait ces deux affections, schématise grossièrement la question, en disant que la substance osseuse molle ne se consolide pas dans le rachitisme, tandis que dans l'ostéomalacie, la substance osseuse dure, redevient molle. Trousseau, admettant l'unicisme de Virchow, avait raison de dire que le rachitisme rappelle l'ostéomalacie d'un os en croissance et l'ostéomalacie le rachitisme d'un os formé. Il y a quelques années, Losco, le monographe récent du rachitisme tardif, énonça une opinion encore plus catégorique, à savoir, que le rachitisme et l'ostéomalacie, ces deux affections placées en apparence sur deux pôles opposés, formaient non seulement dans le sens clinique et étiologique, mais aussi au point de vue anatomo-pathologique, un groupe nosologique homogène et inséparable.

En dehors des altérations considérables des épiphyses des os, le rachitisme tardif donne le tableau de l'ostéomalacie commune, puisqu'il n'existe pas de déformation, qui ne soit observée dans ces deux affections et qui puisse être, par conséquent, le symptôme caractéristique de l'une ou de l'autre maladie. Plus tardif et plus intense est le début du rachitisme, plus complète est son analogie avec l'ostéomalacie.

Or, il ne faut que choisir le point de vue, que Pommer, il y a déjà longtemps, défendait d'une manière énergique : à savoir que 1° l'os n'est pas un tissu, solide, stabilisé, achevé, mais il constitue un tissu qui s'épuise toute la vie et se renouvelle grâce à la résorption et à la stratification de la substance osseuse; 2° que l'atrophie des os n'est pas due exclusivement à la résorption accentuée du côté de la moelle, mais à la diminution de la stratification physiologique du côté de l'écorce, et, à proprement parler, à l'équilibre troublé, à la disproportion de ces deux processus, se manifestant toujours simultanément. Donc, le processus rachitique et ostéomalacique ne consiste point du tout dans la décalcification primaire des os, ce qui en réalité serait exprimé de façon peu physiologique, mais dans l'interruption de la formation et du développement des os. Parallèlement et simultanément à cet enrayement ou au processus régressif destructeur, s'opère un processus réparateur ou créateur, exprimé d'une manière variable, selon l'âge et la phase du développement du système ostéocartilagineux.

Comment la question se présente en clinique, nous venons de le voir. Les deux affections sont caractérisées par un début lent, par des recrudescences plus ou moins prolongées avec améliorations, rechutes et rémissions. Dans les deux maladies, on observe toutes les graduations imaginables, depuis les formes les plus légères, absolument guérissables, jusqu'aux très graves avec fractures, déformations, formation lente des cals et invalidité absolue. Dans la jeunesse, les deux maladies se caractérisent, dès le début, plutôt par des souffrances subjectives et des troubles de la marche, que par des déformations de la structure et de la forme osseuses, altérations possibles, ultérieurement, mais nullement inévitables. Dans les deux affections, on constate des pseudo-parésies, conditionnées par les rapports mécaniques et par l'état douloureux. Dans les deux, on établit, à côté de l'ostéoarthropathie, la myopathie sous forme d'affaiblissement et de dégénérescence de la musculature, qui sont spontanés, indépendants de la maladie des os. Dans les deux, on a le choix de reconnaître, comme cause morbide définitive, une anomalie organique peu connue ou bien l'action passagère d'une substance nocive qui est le produit de l'échange de matières pathologiques d'origine exo ou endogène. Les deux maladies sont des affections générales des systèmes hétérogènes des tissus, de l'osseux et du cartilagineux, du conjonctif intra et périostal, du tissu musculaire et du tissu glandulaire intrasécréteur; ceci est indiqué par les symptômes de l'infantilisme, de la tétanie, du disthyroïdisme, dont elles sont souvent accompagnées. Les deux maladies sont également traitées, avec un bon résultat, par deux remèdes cardinaux, le phosphore et l'huile de foie de morue. Les nombreux coxa et genua valga et vara des adolescents, de même que les fréquentes ostéoporoses et fractures des os chez les vieillards, observés dans les années de famine, sont les symptômes de la même affection fondamentale du squelette et sa résistance insuffisante.

Le rachitisme tardif serait en quelque sorte un état de transition, vers l'ostéomalacie précoce et le diagnostic différentiel entre eux devrait être un des plus difficiles ; il l'est, en effet, à en juger, ne fût-ce que d'après mon cas précité et de nombreuses observations sur l'ostéomalacie rachitiforme et sur le rachitisme ostéomalacique dispersées dans la littérature. D'après mon avis, on pourrait au point de vue nosographique, construire la chaîne suivante qui représenterait, schématiquement, la succession et la continuité des deux processus pathologiques :

Rachitis fætalis s. Chondrodystrophia congenita. Rachitis infantilis. Rachitis juvenillis s. tarda. Ostéomalacia juvenillis s. praecox. Ostéomalacia virilis s. vulgaris. Ostéomalacia senilis.

Dans les deux, se font valoir, côte à côte, le processus stratifiant et le processus résorbant; pourtant, dans l'enfance, c'est le premier qui est prépondérant, en formant le tableau de l'ostéohyperplasie, tandis que dans l'âge sénile, le second prédomine et donne le tableau de l'ostéoporose. Il y a surtout à retenir le fait, que dans aucun cas d'ostéomalacie précoce, la prolifération typique du cartilage ne faisait défaut, lorsque le début de la maladie tombait dans la phase de la croissance inachevée des os.

Je n'ai pas l'intention de faire une analyse détaillée du processus même de la désalimentation et du traitement des maladies dues à l'inanition. Je ren-

voie, ceux qui s'intéressent à cette question, fort actuelle, aux recherches exactes de laboratoire faites en Amérique et en Angleterre, dans ces années dernières : (Institut Lister de Londres et Medical Research Commitee), sur les vitamines ou substances supplémentaires (Accessory Food Factors) et sur les avitaminoses ou affections déterminées par le manque de certaines vitamines ou enzymes alimentaires (Deficiency diseases).

Jusqu'ici, on a toujours réussi à constater que :

1. Les vitamines (Funk) ou bien les nutramines (Abderhalden) sont des composants naturels des aliments qui, tout en étant de nature organique, ne peuvent être mis au rang ni des albumines, ni des hydrates carbonés, ni des graisses et qui, pourtant, jouent un grand rôle et sont indispensables à la croissance du sujet et au soutien de ses fonctions vitales.

2. Que le manque, dans les aliments de la période guerrière, de vitamine lipoïde (facteur A), soluble dans les graisses, produit invariablement, chez l'homme et chez les animaux, des troubles rachitiques, parfois des œdèmes spontanés.

3. Que le manque de la vitamine soluble dans l'eau (facteur B), provoque la dégénérescence des nerfs du type névrite du béri-béri, avec affaiblissement parétique et œdème des jambes.

4. Que l'absence, dans les aliments, de la vitamine soluble dans l'alcool détermine un scorbut grave, autant chez les enfants que chez les adultes, accompagné parfois d'œdèmes.

Le Comité anglais des vitamines a même publié des tables diététiques spéciales, indiquant le taux des diverses vitamines contenues dans tous nos aliments solides et liquides; elles enseignent des moyens d'obvier à la manifestation des avitaminoses ou des maladies dues à l'inanition et de les traiter par des aliments supplémentaires convenables, surtout par des plantes et des graisses animales riches en vitamines requises, que je nommerais vitamine ostéotrope, neurotrope et vasotrope, conformément à leur tropisme, et à leur affinité pour tel ou tel tissu. Si j'insiste un peu davantage sur la vitamine lipoïde A, c'est parce que son absence, dans les aliments de la période de la guerre mondiale, me fait supposer qu'elle est la cause des affections des os. C'est une substance accompagnant d'ordinaire les graisses végétales et dont, par la voie chimique, on ne peut pas déterminer plus exactement la composition; elle appartient probablement au groupe des phosphatines, des cholestérines et des cérébrosines, bien solubles dans l'alcool, l'éther et dans les graisses. Ce corps contenu abondamment dans le beurre ne subit de décomposition, même après un chauffage du beurre pendant quatre heures, porté à 120 degrés, sans accès d'air. Les légumes frais, le suc du navet jaune en contiennent beaucoup; un peu moins les racines, les bulbes et les graisses végétales. Les graisses animales la contiennent dans une proportion des plus abondantes, l'huile de foie de morue, la graisse de bœuf, le jaune d'œuf, la crème, surtout lorsque les animaux qui les fournissent ont été nourris d'herbage frais.

Il faut encore ajouter, que les substances qui viennent d'être mentionnées et qui contiennent beaucoup de vitamine lipoïde, sont en même temps riches en sels calciques et phosphoriques, très importants pour la formation du squelette. Les expériences fondamentales d'Edouard Mellanby ont montré, chez 400 chiens privés de la vitamine A, une agénésie des os et des déformations rachitiques, constatées en clinique et par voie radiographique et histologique. Nous savons, depuis longtemps, que le manque de soleil, d'air et de mouvement accélèrent la manifestation du rachitisme. Le défaut de cette vitamine ostéotrope, comme j'aurais désigné cette nutramine, dans l'alimentation défectueuse monotone et insuffisante des masses, pendant les dernières années de la guerre, contribua à faire se déclarer, chez nous, cette endémie d'ostéomalacie, de l'ostéoporose et de rachitisme tardif.

LITTÉRATURE POLONAISE SUR LES OSTÉOPATHIES DUES A L'INANITION

1. A. CHEMONSKI. Atrophie des os par inanition, *Gaz. Lek.*, 1918, 46.
2. S. GOLDFLAM. Sur les affections des os et des articulations dues à l'alimentation défectueuse, *Medycyna*, 1918, 52.
3. H. HIGIER. Présentation de cas d'ostéoarthropathie par inanition, de rachitisme tardif et d'ostéomalacie, à la *Soc. méd. de Varsovie*, le 18 mai 1918, le 17 mai 1919 et le 17 juin 1919.
4. H. HIGIER. Conférences sur la même question, faites à la *Soc. méd. de Varsovie*, le 15 déc. 1919.
5. J. JAWORSKI. Les causes de l'arrêt et des anomalies dans le développement du squelette du bassin des filles, *Gaz. Lek.*, 1917, 26.
6. Mlle S. ROZENBLUM. Sur les lésions osseuses en rapport avec une alimentation défectueuse, *Soc. de pédiat.*, séance du 24 mars 1919, *La pédiatrie*, 1921, n° 4.

LIVRES NOUVEAUX

Un hôpital militaire à Paris pendant la guerre : Villemin 1914-1919 (1), par M. LEJARS.

Ce n'est pas une monographie que M. Lejars a voulu écrire, et, encore moins, une histoire personnelle. Avec une réserve qui n'est point coutumière, ne demande-t-il pas, à ses lecteurs éventuels, « d'oublier son nom » ? Un officier de complément (le nom importe peu) sert, pendant près de cinq ans, comme chirurgien et médecin-chef, dans un hôpital militaire; il se donne sans partage à ces fonctions, qu'il n'interrompt que pour de nombreuses missions à l'avant. Sans idée préconçue, sans parti pris, il expose librement la vie qu'il a vécue, ce qu'il a observé, et ce qui ressort, pour lui, de cette longue expérience.

Ce livre témoin, tout imprégné d'esprit pratique, bourré de faits et d'anecdotes, est un document qu'il faut lire, et qui ne s'adresse pas seulement aux médecins, mais à tous ceux qui s'intéressent encore aux souvenirs de la guerre et qui pensent à l'avenir.

Tout naturellement, les premiers chapitres sont consacrés à l'histoire médico-chirurgicale de cet hôpital militaire Villemin, « déclassé » depuis vingt-deux ans, où n'en devaient pas moins être traités, au cours de la campagne, 30.546 officiers, sous-officiers et soldats, avec une mortalité générale de 2,77 p. 100.

Mais après cet exposé technique, tout le reste du livre est de lecture attachante et facile pour tous, et l'on y trouvera de curieux et intéressants chapitres sur les hôpitaux auxiliaires, sur les infirmières, sur les « papiers », sur la vie d'un grand hôpital militaire en temps de guerre.

L'histoire de Paris en 1918, lors des bombardements et des grands arrivages de blessés, est tracée dans un raccourci saisissant, où toutes les mesures de protection et de prompt secours sont relatées avec une précision journalière.

Enfin, si les « histoires vécues » abondent tout au long du

(1) Un vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, 1923, Masson et Cie.

livre, il se termine par une série de « souvenirs », de plaquettes émouvantes, sur les visites de Galliéni et de Clemenceau, sur les décorations « d'urgence », sur le « suivant des morts », etc.

Et, pour conclure, M. Lejars insiste sur la nécessité « d'une fusion, d'une collaboration intime », en temps de paix, et pour préparer la guerre, des officiers du cadre actif et des officiers de complément. L. G.

Manuel de syphiligraphie pratique. La syphilis et le praticien (1), par H. Drouin, chef de laboratoire à l'hôpital Broca. Préface de L. Hudelo, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'ouvrage est divisé en quatre parties.

La première partie est consacrée à la pathologie générale de la syphilis, aux grandes lignes de son évolution, à sa microbiologie, à ses réactions humorales, le tout envisagé sous un angle exclusivement *pratique*.

La seconde partie comprend l'étude clinique des manifestations cutanées, muqueuses, viscérales et nerveuses de la syphilis acquise et héréditaire.

La troisième partie, consacrée aux directives et modalités du traitement de la syphilis à ses diverses étapes, s'efforce, en dehors de toute préoccupation d'école, de dégager des travaux les plus récents et les plus autorisés, une règle de conduite, assez ferme pour servir de base à tout traitement antisyphilitique, assez souple pour se plier à l'infinie diversité des cas particuliers.

Enfin, la quatrième partie expose les retentissements de la syphilis sur la vie sociale, familiale et individuelle.

De nombreuses figures, illustrent et éclairent le texte, achevant de faire de ce livre, le « Manuel syphiligraphique du praticien ». L. G.

Les Albuminuries et leur traitement. Deuxième édition revue, corrigée et augmentée (2), par le docteur Arthur Leclercq, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté.

Ce dernier volume représente le terme des maladies de la cinquantaine qui ont évolué depuis la goutte, l'obésité, le diabète jusqu'à l'artériosclérose, la cardiosclérose, jusqu'à la néphrosclérose. Celle-ci est au rein ce que l'artériosclérose est à l'artère, ce que la cardiosclérose est au cœur. C'est par le rein que finit le cycle pathologique, c'est le rein qui ferme la marche. Mais de ce que la néphrosclérose représente le type ultime des albuminuries à la cinquantaine, il ne s'ensuit pas qu'elle les résume toutes.

A cinquante ans, il faut compter tout d'abord avec les *albuminuries « fonctionnelles »* de la goutte, de l'obésité, du diabète qui sont dans le début, à maximum de rétention chlorurée, mais qui, avec les progrès de l'âge ont une évolution toute marquée vers l'artériosclérose.

Dans l'ordre artériel, à côté de la *néphrosclérose*, maladie endogène, il est indispensable de ranger les *néphartérites*, le *néphrathérome*, les premières étant le résultat des toxi-infections rénales, la syphilis surtout, la deuxième étant la traduction anatomique du rein athéromateux dont la sénilité représente la plus haute expression clinique. Le lecteur retrouvera ainsi dans le domaine artériel, la même classification que pour l'artério, que pour la cardiosclérose.

Outre ces variétés d'albuminuries artérielles, à maximum de rétention uréique, il faut aussi compter, à la cinquantaine, avec les lésions toxi-infectieuses du rein parenchymateux dont le maximum de rétention est hydro-chlorurique. Il faut faire état des vieilles *néphrites* mal éteintes, dont le propre est, à cinquante ans, de se propager aisément au rein artériel pour provoquer avec l'âge, l'artérialisation des lésions, y compris la rétention uréique.

Enfin, il faut compter avec les *albuminuries mécaniques* venant à la suite de la stase rénale dans la période hyposystolique des cardiopathies artérielles ou valvulaires. Celles-ci offrent un maximum de rétention chlorurée, mais peuvent, comme les albuminuries précédentes, présenter des complications azotémiques ou un syndrome de rétention mixte en rapport avec l'âge, le degré des lésions ou leur diffusion dans le domaine artériel ou canaliculaire.

En réalité, bien que ce classement des albuminuries ait toute sa raison d'être dans le principe, il n'existe plus, dans une certaine période des affections rénales, de cloison étanche qui permette de compartimenter avec le maximum de précision une néphrite parenchymateuse et une albuminurie artérielle. De même, l'expression de néphrites couramment employée pour désigner tous les modes de lésion rénale est aussi injustifiée, sauf pour les néphrites parenchymateuses d'ordre toxi-infectieux, que l'expression de myocardites appliquée confusément à la sclérose myocardique, à la myocardite pure, à l'athérome du myocarde. C'est pourquoi l'auteur, à cette dénomination de néphrites, a préféré, comme titre de son ouvrage celle plus générale *d'albuminuries*, expression qui ne préjuge en rien de la nature de la maladie causale.

Cliniquement, l'étude des albuminuries est dominée par trois idées maîtresses : quelles sont les substances retenues dans le milieu sanguin par suite du blocage fonctionnel ou lésionnel du rein ? pourquoi l'albumine passe-t-elle spécifiquement dans les urines alors que les autres éléments du sang sont retenus ? comment la stabiliser ? Ici l'auteur s'accroche à la théorie humorale, et place la cause de la diapédèse de l'albumine dans la rupture de l'équilibre humoral que produisent les rétentions hydrochlorurées, uréiques, etc. Et ce sera l'œuvre des diurétiques, théobromine, scille, chlorure de calcium, phloridzine, d'éliminer les substances étrangères à l'organisme et, par suite d'un courant inverse, de retenir l'albumine.

Présenté de la sorte, ce dernier volume ne manquera pas, de même que les précédents, de retenir l'attention du lecteur. L. G.

Les Anémies (1), par M. Léon Tixier, médecin des hôpitaux de Paris.

Ce livre est une bonne mise au point de toutes les questions concernant les anémies.

L'auteur s'est surtout attaché à préciser les modalités et les causes des nombreuses variétés d'anémie et a réservé à la thérapeutique une large place, puisque le tiers de l'ouvrage lui est consacré.

L'étude clinique comprend les anémies infantiles et les anémies de l'adulte. Les anémies des nourrissons, avec leurs particularités cliniques et hématologiques, sont étudiées avec le plus grand soin.

Les anémies de l'adulte sont divisées en anémies graves de type pernicieux et anémies symptomatiques.

Quelques données schématiques résument les notions d'anatomie pathologique, de diagnostic et de pathogénie indispensables à connaître.

Le lecteur trouvera, par contre, exposé d'une façon claire et précise, tout ce qui concerne la thérapeutique des anémies et la conduite à tenir en présence de telle ou telle variété d'anémie ; et des nourrissons, et de la seconde enfance, et de l'adulte, traitement du syndrome anémie, traitement de la cause : déperdition du sang, parasites intestinaux, paludismes, infections aiguës, tuberculose, syphilis, intoxication gravidique, maladies du sang et des organes hématopoïétiques, etc.

L'auteur a mis au point, dans un langage facile à comprendre même pour les débutants, les thérapeutiques modernes : opothérapie, sérothérapie, transfusion du sang, agents physiques, splénectomie, etc.

En terminant, l'auteur a eu l'heureuse idée de dresser la liste alphabétique des termes avec lesquels le public médical lui-même n'est pas toujours suffisamment familiarisé; en accolant à chacun d'eux une explication aussi succincte et claire que possible.

C'est un excellent ouvrage de vulgarisation L. G.

(1) Un vol. in-8 écu, 610 p., cart. avec 101 fig. — Prix : 20 fr. — Paris, Vigot frères.

(2) Collection des maladies de la cinquantaine. Tome V. Un vol. in-8 carré de 192 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin.

(1) Un vol. in-18. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, E. Flammarion.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU CALCANÉUM

DÉFINITION. — Ces fractures, qui passaient autrefois souvent inaperçues, sont bien connues, surtout depuis la radiographie.

FRÉQUENCE. — Assez fréquentes, dix fois plus que celles de l'astragale.

HISTORIQUE. — Travaux anciens, J.-L. Petit, Boyer, Malgaigne (ces deux derniers ont chacun donné leur nom à une variété de fracture).

Travaux récents, Binet et surtout Destot.

ANATOMIE NORMALE. — Tissu compact : corticale mince atteignant maximum d'épaisseur (4 à 5 millimètres) au niveau de la face supérieure (lit de l'astragale ou thalamus constitué par les deux facettes articulaires et surtout par facette postéro-externe, la plus étendue des deux.

Tissu spongieux : Quatre systèmes de trabécules dont le plus important ou thalamique forme un éventail en divergeant depuis le thalamus vers les faces inférieures et postérieures et postérieuees, en formant une série d'ogives.

Grand axe oblique en dehors, en avant et en haut.

PHYSIOLOGIE NORMALE. — Dans la marche plantigrade, l'astragale transmet la force en deux zones : postérieure, thalamus, antérieure, grande et petite apophyse.

Dans marche digitigrade l'appui calcanéen est accessoire.

ÉTIOLOGIE. — Causes prédisposantes : Age : après trente ans ; sexe : hommes ; professions : maçons, couvreurs.

Causes déterminantes : Directe : très rare. Roue de voiture passant sur la face latérale du calcanéum. Os serré entre le sol et une pierre de taille.

Indirecte : La plus habituelle. Chute d'un lieu assez élevé (d'un échafaudage par exemple). Plus on tombe de haut plus l'os qui se brise est bas situé.

Cependant, toujours traumatisme léger et même possibilité de fracture spontanée : survient souvent chez les tabétiques à l'occasion d'un simple faux-pas, d'un traumatisme insignifiant.

PATHOGÉNIE. — *a.* **Cause directe.** — Fracture au point d'application de la force.

b. **Cause indirecte.** — On distingue deux grands mécanismes.

1. Théorie de l'arrachement (Boyer) :

A. Par contraction violente et brusque du triceps sural, à l'occasion d'une chute d'un lieu élevé sur le point du pied, ou d'un traumatisme minime.

Force : la traction du triceps.

Résistance : les trois quarts antérieurs du calcanéum.

Rupture : le tendon d'Achille arrache le fragment osseux sur lequel il s'insère.

Pratiquement, on observe ainsi :

a. Des fractures de l'angle postéro-interne du calcanéum (qui correspondent au décollement épiphysaire chez l'enfant).

b. Fractures obliques de l'angle postéro-supérieur dont le trait va descendre vers les insertions du tendon d'Achille.

B. Autres fractures par arrachement. — Beaucoup plus rares.

Fractures de l'apophyse trochléaire externe : d'ailleurs, on a discuté ce mécanisme et, pour certains, au lieu que ce soit le ligament latéral externe qui arrache son insertion sur le calcanéum, ce serait par contact direct que cette apophyse, très saillante se briserait.

2. Théorie de l'écrasement (Malgaigne). — Ce mécanisme paraît être de beaucoup le plus fréquent.

Dans la chute sur les pieds d'un lieu assez élevé :

Force : Le poids du corps transmis par le pilon tibial à l'astragale.

Résistance : Le sol sur lequel le calcanéum s'applique.

La fracture variera suivant la direction du pied autour d'un axe transversal.

a. Pied à angle droit :

Autrefois, on avait admis que ce mécanisme provoquait une fracture de l'apophyse (au moins comme temps initial) ou une fracture du sustentaculum.

Destot a bien démontré que c'est la surface qui supporte l'astragale (lit de l'astragale ou thalamus), facette postéro-externe de la face supérieure du calcanéum qui va se laisser enfoncer à l'intérieur du calcanéum. Le tissu compact de cette facette (et surtout dans sa partie antéro-externe) pénètrera d'autant plus dans le tissu spongieux que le traumatisme sera plus violent.

b. Pied étendu sur la jambe :

L'astragale glisse sur la surface thalamique et déchire le ligament interosseux. Le crochet de l'astragale appuie sur le sinus du tarse et fait éclater la grande apophyse.

c. Pied en flexion sur la jambe :

Le plus souvent dans ce cas, il y a fracture de l'astragale. S'il résiste, c'est la grande apophyse ou la grande tubérosité qui se brise.

3. Récemment Picot a fait jouer un rôle important à l'aponévrose plantaire. Si elle arrache son insertion et permet au calcanéum de se briser (la corde qui retient les deux piliers de la voûte étant brisée), cet arrachement peut se faire en avant ou en arrière. Si elle résiste, le calcanéum présentera une imbrication des fragments.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On peut classer ces fractures en :

1° Fractures du corps ; 2° fractures de la tubérosité postérieure ; 3° fractures des apophyses ; 4° Fractures totales.

Toutes ces fractures, sauf celles de la grande tubérosité, sont fractures articulaires.

A. **Fracture du corps.** — (De beaucoup la plus fréquente).

a. Fracture du thalamus par enfoncement.

L'enfoncement peut être plus ou moins accentué, d'où trois degrés.

1. Premier degré : Le thalamus intact s'enfonce assez peu dans le calcanéum.

Trait. — Net, forme un V ou un U ouvert en haut.

Calcanéum. — Face supérieure au niveau de la facette, a perdu son obliquité normale en avant et en bas. Elle est devenue horizontale.

Astragale. — Peu déplacé dans cette variété.

2. Deuxième degré : Pénétration plus considérable du thalamus.

Trait. — Moins net, fissures nombreuses irradiant à partir de la ligne de rupture. En particulier, une fissure fréquente se dirigeant en arrière, horizontalement et séparant la grande tubérosité en deux (mais ce trait est sus-jacent à l'insertion du tendon d'Achille et diffère ainsi des fractures par arrachement) : c'est la fracture en soufflet de Destot.

Calcanéum. — Aplati verticalement, un peu élargi transversalement, mais l'axe est conservé.

Astragale. — Déplacé. Extrémité postérieure s'abaisse en suivant le thalamus, sa tête se relève.

3. Troisième degré : Broiement total du calcanéum avec éclatements multiples de la corticale.

Trait. — Fissures multiples s'étendant dans toute la direction et en particulier vers la grande apophyse et vers la petite apophyse qui sont constamment détachées.

Calcanéum. — Forme considérablement modifiée. Aplatissement vertical tel, que les faces latérales cessent d'exister et sont remplacées par des bords. Elargissement transversal considérable. Plus d'axe reconnaissable. Face plantaire devient convexe.

Astragale. — S'enfonce dans le calcanéum par sa partie postérieure. Sa tête bascule en haut et provoquera des lésions au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

b. Fractures transversales du corps. — *Trait.* — Unique ou bifurqué, partant du tarse et aboutissant à la face plantaire.

Déplacement. — Faible, mais la surface thalamique est toujours intéressée et dénivelée. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 24 septembre 1923. — Question donnée : « Signes et diagnostic des cavernes tuberculeuses des poumons. »

M. Demoly, 15; Mlle Cabanel, 15 1/2; MM. Clément, 7; Cliquet, 10; Buisson, 14; Bruneton, 12; Demoulin, 14; Calman, 12; Calamy, 18; Caïn, 12; Caraès, 14; Chevrolle, 11; Cros, 14; Coliez, 7; Couvelaire, 17 1/2; Mlle Cuénin, 13; M. Cottet et Mlle Brunel, 10.

Séance du 26 septembre. — Question donnée : « Signes de la hernie crurale étranglée. »

MM. Cao-si, 9; Dany, 16; Cannac, 15; Mlle Camayor, 6; MM. Demailly, 13; Charaponosky et Cuvillier, 15; Degos, 16; Comar, 13; Bretey, 10; Denis, 5; Chauveau, 17 1/2; Corbier, 7; Derancourt, 8; Chalnot, 16; Gougnot, 7; David, 15 1/2.

Anatomie. — Séance du 24 septembre 1923. — Question donnée : « Capsule et ligament de l'articulation du genou. »

MM. Zambeaux, 12; Zitzerman, 15; Thoizon, 14; Tillé, 15; Vernier, 12; Van der Elst, 15; Tribalet, 16; Zimmer (Hirsch), 8; Limal, 18; Dubard, 14; Marion, 16; Werblunsky, 12; Friedmann, 10; Villechaize, 14; Zagdoun, 17; Vala, 10; Vezin, 14; Wibaux, 8; Weyl, 14; Wester, 12.

Séance du 25 septembre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du rein droit. »

M. Verboud, 12; Mlle Vidal, 13; M. Uhry, 18; Mlles Weiss, 15; Vandier, 16; M. Zaliouk, 8; Mlle Versini et MM. Vaudour, 12; Thuet et Vétillard, 6; Mlle Perrin, 17; MM. Michaut, 13; Perrier et Poinceau, 5; Meyer (André), 12; Montant, 17; Mialaret et Massot, 13.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE. — Le jury est composé de MM. le professeur Sébileau, les docteurs Tuffier, Cauchoix et Faroy.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Sont institués agrégés des Facultés de médecine, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Section de chimie médicale. — MM. Valdiguié, Hervieux et Portes.

Section de physique médicale. — MM. Lamarque et Lamy.

Ces agrégés entreront en exercice le 1er novembre 1923 pour une durée de neuf ans. Ils sont attachés aux Facultés ci-après désignées :

Toulouse : M. Valdiguié; Bordeaux : M. Hervieux; Alger : M. Portes; Montpellier : M. Lamarque; Nancy : M. Lamy.

Section de physiologie. — Sont institués agrégés des Facultés de médecine, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Richet, Binet, Combemale et Hédon.

Ces agrégés entreront en exercice le 1er novembre 1923, pour une durée de neuf ans. Ils sont attachés aux Facultés ci-après désignées :

Paris : MM. Richet et Binet; Lille : M. Combemale; Montpellier : M. Hédon.

Section d'obstétrique. — Sont institués agrégés des Facultés de médecine pour une période de neuf ans à dater du 1er novembre 1923, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Paris : MM. Ecalle et Vaudescal; Lyon : M. Renther; Lille : M. Paquet; Alger : M. Laffont-Lacrampe.

Section d'anatomie pathologique. — Sont institués agrégés des Facultés de médecine, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Paris : M. Israëls de Jong; Nancy : M. Cornil.

Ces agrégés entreront en exercice le 1er novembre 1923, pour une durée de neuf ans.

Section des maladies mentales. — M. le docteur Lhermitte est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1923, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Section de pharmacologie. — M. le docteur Busquet est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1923, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Section d'ophtalmologie. — Sont institués agrégés des Facultés de médecine, pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1923, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Paris : M. Velter; Montpellier : M. Villar.

Section de médecine légale. — M. le docteur Mazel est institué pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1923, agrégé près la Faculté mixte de médecine de Lyon.

Section de pharmacie et histoire naturelle. — Sont institués agrégés des Facultés de médecine, pour une période de neuf ans à dater du 1er novembre 1923 :

Bordeaux : M. le pharmacien supérieur Golse ; Dijon : M. le pharmacien supérieur Leulier.

— Sont institués agrégés des Facultés de medecine pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1923, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Section d'hygiène. — Nancy : M. de Vezeaux de Lavergne.

Section de parasitologie et histoire naturelle médicale. — Bordeaux : M. Sigalas.

Section de chirurgie. — Sont institués agrégés des facultés de médecine pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1923, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Paris : MM. Mondor, Cadenat et Moure ; Lille : MM. Jeanneney et Delannoy ; Lyon : MM. Sauty, Dunet et Chalier ; Nancy : M. Hamant ; Strasbourg : M. Simon ; Toulouse : M. Miginiac.

— Sont institués agrégés des facultés de médecine les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Section d'anatomie. — MM. Mutel, Olivier, Clermont, Cordier et Villemin.

Section d'histologie. — MM. Verne, Noël, Turchini, Romieu, Lacoste et Watrin.

Ces agrégés entreront en exercice le 1er novembre 1923, pour une durée de neuf ans.

Ils sont affectés aux facultés de médecine et aux facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités ci-après désignées :

Anatomie. — Nancy : M. Mutel ; Lille : M. Olivier ; Toulouse : M. Clermont ; Lyon : M. Cordier ; Bordeaux : M. Villemin.

Histologie. — Paris : M. Verne ; Lyon : M. Noël ; Montpellier : M. Turchini ; Toulouse : M. Romieu ; Bordeaux : M. Lacoste ; Nancy : M. Watrin.

Section de médecine générale. — Sont institués agrégés des facultés de médecine, pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1923, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Paris : MM. Aubertin, Harvier, Lian, Foix et Brulé ; Alger : M. Porot ; Bordeaux : M. Bonnin ; Lille : M. Doumer ; Lyon : M. Chevalier ; Montpellier : MM. Giraud, Boudet et Carrieu ; Toulouse : M. Tapie et Mlle Condat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

I. Doctorat d'Etat. — Arent. — Un cas de masque ecchymotique de la face après compression traumatique du thorax.

Barcelot. — Contribution au traitement du cancer de la vessie par la radiothérapie profonde.

Benmann. — Contribution à l'étude des psychoses paranoïdes.

Biérer. — Etude sur la surnatation des noyés dans la région de Strasbourg.

Bucher. — L'assurance-maladie en Alsace et en Lorraine. Ses avantages et inconvénients au point de vue médical et professionnel.

Colomb. — Vol morbide et hystérie.

Diétrich. — Technique des moulages en plâtre en médecine légale.

Frey. — Conceptions de Kraepelin et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques. Etude comparée.

Geoffroy. — Contribution à l'étude des tumeurs solides paranéphrétiques.

Hoff. — Etude des rapports des différentes largeurs et de la longueur des trois étages du crâne.

Perrier. — Contribution à l'étude de la pratique de la césarienne basse.

Roche. — Traitement des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes par le vaccin iodé, les applications de glace et les lavements froids.

Schaeffer. — Etude des variations biochimiques du rapport nucléoplasmatique au cours du développement embryonnaire. Applications biologiques.

Schmutz. — Les foyers périapexiens, leurs relations avec les septicémies dites cryptogéniques d'origine bucco-dentaire et leurs traitements.

Vassal. — Contribution à l'étude de l'évolution clinique des affections de la queue de cheval.

Walther. — Etude de police scientifique. Les empreintes d'automobiles.

Winisdœrffer. — A propos d'un cas de péritonite à pneumocoques.

II. Doctorat d'Université (*Mention Médecine*). — Arnovljévic. — Variation du nombre de leucocytes chez l'homme normal en rapport avec les repas.

Gigan. — L'intoxication criminelle par les champignons vénéneux.

Markovitch. — La diarrhée tardive consécutive à la gastro-entérostomie.

Obradovitch. — Contribution à l'identification médico-légale du squelette du nouveau-né.

Petkovitch. — Contribution à l'étude des stigmates professionnels.

Stéphanovitch. — Recherches cliniques sur l'action d'extrait d'hypophyse (lobe postérieur).

Vorguitch. — Le diagnostic des souffles anorganiques par la compression oculaire.

Vuckovic. — Contribution à l'étude du sulfate de spartéine sur le cœur isolé de la grenouille.

Yovanovitch. — Recherches sur l'influence du sommeil sur l'élimination de l'eau et de quelques composés azotés.

III. Régime local. — Bauer. — Contribution à l'étude des stéréotypies séniles.

Bilger. — Traitement de la blennorragie urétrale par la vaccination, en particulier par l'auto-vaccination.

Brinkmann. — L'influence de l'attaque épileptique sur les associations.

Carbiener. — Contribution à l'étude des méningites et des septicémies à tétragènes.

Gerling. — Le traitement des fistules pleurales par la décortication du poumon.

Gutmann. — Le poids spécifique des cadavres de fœtus et jeunes enfants. Contribution à l'étude de leur submersion.

Holtzmann. — Organisation et fonctionnement des services d'hygiène et de protection de la santé publique.

Hurst. — Contribution à l'étude des troubles psychiques dus au traumatisme cranien.

Lajzer. — Les aphasies transcorticales.

Lang. — Sur un cas atypique de pemphigus successif à kystes épidermiques.

Lévy (Alice). — Un cas d'alexie.

Lévy (Arthur). — Du rôle des mots composés dans les associations des états d'excitation du langage.

Maret. — Contribution à l'étude du traitement pathogénique des vomissements incoercibles pendant la grossesse.

Riehl. — Réflexions à propos de la radiothérapie du fibrome de l'utérus.

Schmitt. — Les écrans colorés en photographie. Leur utilisation en médecine légale.

Wolf. — L'action biologique de l'ion calcium. Ses applications thérapeutiques en clinique.

Wolff. — Contribution à l'étude des cas de mort au cours des combats de boxe.

REVUE GÉNÉRALE

APPENDICITE, COLOTYPHLITES ET PÉRITYPHLITE[1]

Par le docteur A.-C. GUILLAUME.

III

LÉSIONS APPENDICULAIRES ET ÉTATS INTESTINAUX. RAPPORTS ENTRE L'APPENDICITE VRAIE ET LES AFFECTIONS DE L'INTESTIN.

La genèse de l'appendicite vraie, de l'appendicite qui se justifie et par des lésions anatomiques et par l'évolution clinique ultérieure, est-elle subordonnée à l'existence de lésions et de troubles intestinaux antérieurs? C'est un problème qui souvent a été posé et souvent résolu par l'affirmative.

Il est bon, cependant, de l'étudier à nouveau.

Pour un grand nombre d'auteurs, sinon pour la très grande majorité, le rapport de cause à effet entre les troubles intestinaux et la détermination de l'appendicite ne laisse aucun doute, Comby par exemple, écrit :

« L'appendicite est une maladie essentiellement chronique, qui nous apparaît comme *une simple localisation ou une séquelle de toutes les infections, intoxications, irritations du tractus intestinal.* Parmi ces infections intestinales, aucune ne prédispose plus que l'entéro-colite muco-membraneuse à l'appendicite. »

Monod et Vanverts, de leur côté, écrivent :

« La cause la plus habituellement invoquée par les auteurs est la *constipation*, dont l'influence a certainement été exagérée. En effet, elle est loin d'être constante et surtout ses relations avec l'appendicite ont été souvent mal interprétées. La constipation, de même que la diarrhée, n'est souvent que l'effet d'une lésion intestinale (atonie, entérite) dont nous aurons à montrer le rôle dans la genèse de l'appendicite.....

« On tend cependant à admettre aujourd'hui que l'appendicite résulte souvent de la propagation d'une inflammation intestinale qui, atteignant l'appendice, prend, de ce fait et pour les raisons que nous avons dites, un caractère spécial de gravité. Il est fréquent, en effet, lorsque les malades sont observés avec soin, de relever dans leurs antécédents des accidents d'entérocolite aiguë ou subaiguë, qui parfois ne précèdent la crise que de quelques jours. D'autres fois le sujet souffre depuis longtemps d'entérocolite, muqueuse et membraneuse. Rappelons enfin que l'appendicite peut être une complication de la fièvre typhoïde.

« Cette notion de la lésion préalable de l'intestin, importante au point de vue théorique l'est aussi au point de vue pratique; elle permet, en effet, d'expliquer les troubles intestinaux qui persistent parfois après l'ablation de l'appendice et d'y remédier par un traitement approprié. »

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 68, p. 1089; n° 70, p. 1121, et n° 76, p. 1217

Errata. — Dans le précédent article (*Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 76, p. 1218, 2e paragraphe, ligne 4 au lieu de : *la proportion d'hommes est de 62 p. 100*, lire : *la proportion de* FEMMES *est de 62 p. 100.*

Résoudre ce problème de l'existence de *rapports éventuels entre l'appendicite et les états morbides intestinaux* équivaut, en effet, dans le cas d'une solution négative, à une dissociation des deux groupes d'affection : états typhlocoliques, états appendiculaires, que trop souvent on confond et que l'on subordonne les uns aux autres; du point de vue dogmatique comme du point de vue pratique, c'est donc là un problème dont l'importance n'échappe à personne.

Tentant d'élucider ce problème, nous étudierons successivement les rapports éventuels de l'appendicite avec les principaux types d'affection de l'intestin : *états typhiques et dysentériques, helminthiase intestinale, troubles fonctionnels de l'intestin.*

Appendicite et états typhiques et dysentériques. — Nous nous arrêterons peu aux faits, souvent invoqués, de coexistence d'*affections typhiques, paratyphiques* ou *dysentériques* et d'appendicite.

Dans le cas des AFFECTIONS TYPHOÏDES, il est bien évident, en effet, que les lésions appendiculaires constatées, peuvent tout aussi bien être interprétées comme les multiples déterminations lymphoïdes de la maladie générale septicémique qu'est la dothienenterie. Robecchi, en 1848, Bühl en 1854, avaient apporter des observations de perforation de l'appendice au cours d'affections typhoïdiques; de nombreuses observations analogues ont été publiées depuis, et la question de la subordination ou de l'indépendance d'une lésion appendiculaire (survenant au cours d'une typhoïde) avec la maladie eberthienne, a été souvent agitée. Dieulafoy en 1896 soulevait déjà cette question devant l'académie de médecine. La *Société de pathologie de New-York*, Sand et Harris tout particulièrement, en faisaient l'étude en 1897; depuis, de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet, notamment ceux de Perrone (1905), Molveaux (1906), Hesse (1910), R. Stokes (1905), Vignard et Gruber (1907), Banzet (1911), Walther (1913). Christian sur 119 autopsies de typhiques, note l'existence de lésions appendiculaires importantes dans 19 cas, Hoppenhausen, Kelly, notent également la fréquence des altérations appendiculaires allant depuis la perforation jusqu'aux lésions congestives, chez les sujets morts de typhoïde, Hesse soutient une opinion un peu différente : les lésions appendiculaires seraient moins fréquentes qu'on ne l'a pensé (1/30e ou 1/15e des cas suivant les constatations de Rostovtzeff et de Mme Oppenhausen), et pour lui, sur un ensemble de faits de perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde, la proportion des perforations de l'appendice serait de 14 p. 100.

Enfin, Bérard et Vignard notent sur 328 cas de perforations intestinales typhiques, 11 p. 100 de perforations appendiculaires.

S'agit-il, comme le pensait Harris en 1897, de lésions qui, ayant débuté dans l'intestin grêle, ont secondairement envahi l'appendice donnant ainsi, secondairement, un coup de fouet à son inflammation latente préparée par la présence d'un calcul stercoral?

S'agit-il de déterminations intestinales typhiques dont la localisation appendiculaire est prédominante?

Les observations publiées semblent bien montrer que parmi les faits observés il y a deux ordres de phénomènes morbides différents : 1° *des cas d'appendicite vraie* évoluant pour son propre compte

au cours d'une fièvre typhoïde; 2° *des cas de localisation appendiculaire* de la septicémie typhique ou paratyphique.

Dans aucun des faits publiés, on ne trouve, en tous cas, d'élément venant à l'appui d'une théorie intestinale de l'appendicite.

Il en est de même des faits relatifs à l'appendicite survenant au cours des états de DYSENTERIE AMIBIENNE. Le Roy des Barres (1912) a noté la fréquence des altérations de l'appendice dans les amibiases intestinales, mais Rogers, dans les constatations faites aux Indes, montre que la lésion de l'appendice n'est qu'un des épisodes des multiples atteintes du reste du gros intestin et que, somme toute, l'ulcération parasitaire peut se localiser sur l'appendice comme elle se localise sur le reste du gros intestin. Une observation de Hoppe Seyler montre enfin que la dysenterie chronique peut être entretenue par un foyer amibien infectant localisé à l'appendice, l'ablation de celui-ci permettant seule la guérison de l'amibiase.

Quand on analyse tous ces faits, on voit qu'aucun d'entre eux ne démontre une susceptibilité pathologique particulière de l'appendice au cours des états de colite amibienne.

Appendicite et états entéro-coliques. — Avec l'entérite on touche le point le plus délicat du problème, souvent débattu, des rapports de l'appendicite et des états pathologiques intestinaux; le terme d'entérocolite est si vague dans son attribution nosologique, si imprécis, que l'on peut, en le considérant dans son sens le plus extensif, grouper sous cette dénomination les états morbides intestinaux les plus divers (y compris les *stases droites*). Si l'ENTÉROCOLITE MUCO-MEMBRANEUSE est, en effet, assez bien individualisée, comme syndrome clinique tout au moins, et non du point de vue pathogénique, il n'en est nullement de même de tous les *autres états intestinaux de colite et d'entérite* qui se révèlent par des *troubles douloureux*, de la *constipation*, de la *diarrhée* ou de la *stase* (1); la présente étude est d'ailleurs une tentative d'individualisation et de classement de ces états, ce serait donc anticiper que d'en faire, dès maintenant, l'étude; pour le moment considérons donc le terme entérocolite dans son sens le plus large.

Sur ce point des rapports de cause à effet de l'entérocolite et de l'appendicite, les opinions sont bien divisées et le sont depuis longtemps; les uns considèrent que l'affirmative est la seule réponse possible, les autres pensent que le doute le plus circonspect s'impose devant l'insuffisance des preuves apportées en faveur d'une dépendance quelconque de l'appendicite par rapport à l'entérite.

En ce qui concerne plus particulièrement l'entérocolite muco-membraneuse, nous verrons que l'opposition des opinions a été plus vive que pour n'importe lequel des autres aspects du problème, et qu'une égale violence de sentiments et de convictions, diamétralement opposés, a élevés, les uns contre les autres, les tenants des deux doctrines.

Dieulafoy réunissant 200 cas d'entérocolite observés en dix ans, note une fois seulement la coexistence d'une appendicite.

Potain, sur 103 observations (*antérieures à 1887*), ne note pas une seule fois l'appendicite.

Dieulafoy, Potain, et avec eux, Hutinel, contestent l'existence de rapports entre l'appendicite et la colite muco-membraneuse.

Talamon et Brun signalent la fréquente persistance de la colite après appendicectomie; par contre, Reclus, en 1897, réuni 17 cas d'entérocolite compliquée d'appendicite; revenant sur le même sujet, en 1906, il apporte 14 nouvelles observations, le total des observations de Reclus s'élève donc à 31 cas. Mais, en 1907, combien d'appendicites avaient déjà été opérées?

Broca publie 33 observations d'appendicite chez des enfants ayant été atteints d'entérocolite.

Bernard, sur 1.000 malades atteints d'entérocolite, note 76 atteintes d'appendicite caractérisées par une crise cliniquement typique et dans quelques cas par les constatations opératoires.

En admettant donc que, dans ces 76 cas, le diagnostic d'appendicite fut justifié par l'existence de réelles lésions appendiculaires (et dans nombre de cas l'absence d'opération permet de sérieux doutes à cet égard), cela ne ferait jamais que 7,6 p. 100 d'appendicite chez les entérocolitiques.

Guinon, dans 28 cas d'appendicite observés personnellement (135 entérites observées pendant ce temps), note 23 fois la coexistence des deux affections, soit 17 p. 100.

Divers auteurs signalent, en outre, des cas d'appendicite chez des entérocolitiques. Walther, notamment apporte 11 cas dans lesquels l'appendicite était survenue au cours d'une entérocolite chronique; Broca et son élève Mlle Gordon (appendicite chez l'enfant), Reclus, Jalaguier, ont apporté également des observations analogues. Ces observations restent cependant en petit nombre.

Tels sont les faits apportés, voyons maintenant les opinions.

Walther, Siredey, Mathieu, Guinard (qui se fonde sur les thèses de Mlle Gordon et d'Anghel), admettent l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'entérocolite et l'appendicite.

Comby, Reclus, admettent que dans la colite muco-membraneuse l'*appendice participe aux désordres intestinaux* : « L'appendice fait en quelque sorte partie du côlon, et il serait par trop étrange qu'il eût le privilège d'échapper aux inflammations d'un organe dont il est le prolongement » dit Comby; « les entérites, toutes les entérites, et, parmi elles, l'entérocolite muco-membraneuse, ne s'arrêtent pas à l'insuffisante valvule de Gerlach; trop souvent, elles envahissent l'appendice, et trop souvent elles se cantonnent dans cet organe désastreux, ce cæcum de cæcum, ce diverticule de diverticule, ce cul-de-sac de cul-de-sac, cette fistule borgne interne, qui semble uniquement créée pour exalter la virulence des germes », dit Reclus.

Dieulafoy, au contraire, nie toute possibilité de rapports entre les deux affections et dénonce violemment l'erreur doctrinale qui conduit à la table d'opération, quantité d'entérocolitiques qui relèvent seulement du traitement médical (comme le montre l'évolution post-opératoire de l'affection et le fait que ces entérocolitiques opérés sont revus en grand nombre par les médecins et dans les stations balnéaires de Châtel-Guyon et de Plombières). Aussi,

(1) La stase intestinale pathologique est, comme la constipation ou la diarrhée, un symptôme qui traduit l'existence d'un trouble ou d'une lésion intestinale; ce n'est pas une maladie autonome. Voir pour le développement de ces idées : A.-C. GUILLAUME. Art sur la stase intestinale et la constipation, *Bull. méd.*, nos 17 et 18, 1923 et *Gaz. des hôpit.*, 1923, nos 54 et 56.

pour désigner cette catégorie de malades, Dieulafoy se sert-il de l'expression imagée de BALAFRÉS DE PLOMBIÈRES ET DE CHATEL-GUYON.

« Les entérotyphlocolites n'engendrent pas plus souvent cette variété d'appendicite chronique, consécutive à l'appendicite aiguë, qu'elles n'engendrent les appendicites acquises.

« Rien n'autorise à admettre que les rares appendicites, d'emblée chroniques, soient plus que d'autres consécutives à des typhlocolites », dit Dieulafoy.

Et pour expliquer l'erreur de diagnostic qui fait confondre l'entérocolite avec l'appendicite, Dieulafoy ajoute la remarque suivante :

« La typhlite est prédominante dans les inflammations du tractus intestinal. »

Les opinions précédemment rapportées, et les faits invoqués en faveur de telle ou telle conception, méritent d'être discutés.

On a considéré comme démonstrative des rapports de l'appendicite et de l'entérocolite, la statistique de Guinon qui, sur 135 cas d'entérocolite observés, relève 23 fois, soit 17 p. 100, la coexistence de l'appendicite. Mais, cette statistique de Guinon, une des moins importantes de toutes par le nombre de cas qu'elle comporte, est celle qui indique le plus fort pourcentage d'appendicite. La statistique de Dieulafoy, 200 cas, ne comporte qu'un cas d'appendicite, soit 0,5 p. 100; celle de Potain, 103 cas, aucun cas d'appendicite; enfin la statistique de Bernard, 1.000 cas, indique 76 appendicites, soit 7,6 p. 100 de pourcentage. Si on totalise ces diverses statistiques, on voit que sur 1.438 entérocolites, le nombre des cas d'appendicite a été de 100, soit 6,9 p. 100. C'est là un pourcentage qui semble être en rapport avec les faits que l'on observe.

Cette proportion de 7 p. 100 d'appendicites au cours de l'entérocolite, est-elle de nature à faire conclure à l'existence de rapports de cause à effet entre ces deux affections ? Elle est, par elle-même, et d'une façon absolue, trop faible pour indiquer une relation de quelque importance entre la colite et l'appendicite, et, d'une façon relative, cette indication perd toute espèce de valeur quand on voit quelle est la fréquence de l'appendicite par rapport à l'ensemble des maladies.

Sur un total de 3.518 opérations consécutives, pratiquées à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 332 étaient commandées par le diagnostic d'appendicite et ont abouti à l'appendicectomie.

C'est donc 9,6 p. 100 du total des opérations qui représente la part de l'appendicite dans les affections chirurgicales opérées dans un grand hôpital parisien.

Dans les services de chirurgie infantile le pourcentage est encore et notablement plus élevé.

Une telle constatation retire toute espèce de valeur au fait qu'il peut exister 7 p. 100 d'appendicites chez les entérocolitiques.

Quant aux observations publiées, et qui signalent la coexistence de signes d'entérocolite et de lésions appendiculaires, la même conclusion s'impose à leur sujet.

Ces observations sont trop peu nombreuses comparées, d'une part à la fréquence de l'entérocolite, de l'autre à celle de l'appendicite, pour pouvoir être considérées autrement que comme des coïncidences, assez rares d'ailleurs.

Des cas diagnostiqués appendicite, chez lesquels il a été pratiqué l'appendicectomie, je retrouve, après examen personnel de l'appendice, 51 cas dans lesquels la lésion appendiculaire est indéniable; or, parmi ces malades, une seule avait présenté des troubles d'entérocolite nette, encore est-il bon de remarquer que l'appendicectomie n'a rien modifié à l'évolution de l'entérocolite chez ce malade qui, aujourd'hui, un an après l'opération n'a constaté aucune amélioration de son état intestinal.

Comparativement à ces faits, il n'est pas inutile de reproduire les indications fournies par l'examen de malades atteints d'entérocolite.

De 16 cas d'entérocolitiques (à l'exclusion des cas de typhlocolite par stase proximale) et chez lesquels l'entérocolite remontant à l'enfance évoluait depuis de nombreuses années (les sujets observés étaient âgés de vingt à quarante ans), une seule malade a fait une crise d'appendicite franche avec lésions appendiculaires manifestes et, comme je le disais précédemment, l'appendicectomie n'a en rien modifié l'état entérocolitique.

Parmi les autres malades, trois, malgré mes conseils et mon refus de pratiquer l'appendicectomie, se sont laissées convaincre de la nécessité d'une opération. J'ai pu examiner l'appendice extirpé chez ces trois malades, aucun ne présentait de lésion justifiant le diagnostic d'appendicite; ces trois malades sont revenues me voir, l'une est opérée depuis plus de trois ans, son état, nullement amélioré par l'appendicectomie, s'est notablement amélioré par le traitement médical; une autre avait été reprise de crises douloureuses, identiques à celles antérieures à l'intervention, peu de temps après l'appendicectomie; la troisième enfin, opérée maintenant depuis six mois, n'a été améliorée en rien par l'opération, le traitement médical, au contraire, a donné des résultats appréciables.

A ces observations je dois ajouter deux observations :

Tout d'abord celle d'une malade âgée de cinquante-deux ans atteinte de néoplasme du pylore, souffrant d'entérocolite depuis l'âge de vingt ans, opérée à trente-deux ans d'appendicectomie, et qui n'a reçu de l'opération aucun avantage, les troubles s'étant au contraire exagérés depuis.

Ensuite celle d'un homme, entérocolitique depuis longtemps, opéré d'appendicite il y a deux ans, l'appendicite n'était pas visiblement altéré. Depuis aggravation de l'état intestinal.

Deux groupes de faits diminuent encore la valeur des arguments apportés par ceux qui ont voulu, à tout prix, établir un rapport de cause à effet entre l'appendicite et l'entérocolite :

1° *Le fait que l'appendice peut, à priori, au même titre mais pas plus que le reste du gros intestin, réagir comme lui au cours du syndrome d'entérocolite muco-membraneuse;*

2° *Le fait qu'il existe, au début et pendant l'évolution de l'appendicite, des troubles fonctionnels de l'intestin qui simulent parfois l'entérocolite.*

Des lésions folliculaires ont été en effet décrites dans l'appareil lymphoïde du gros intestin au cours des infections aiguës intestinales, lésions qui ressemblent étrangement à celles trouvées dans les appendices extirpés au cours des crises d'entérite aiguë, et dans les cas où on avait porté le diagnostic d'appendicite aiguë compliquant une entérite.

L'appendice peut, semble-t-il, au même titre que le

côlon participer aux désordres intestinaux de l'entérocolite, ce serait alors une *entéro-colo-appendicite*; on a, dans ces cas, fait l'examen histologique des appendices enlevés, et de la constatation de lésions microscopiques de l'appendice (lésions dont la valeur pathologique a été mise en doute par certains), on a conclu à l'existence d'une appendicite, maladie secondaire, véritable complication de l'entérocolite. Qu'aurait-on constaté histologiquement si on avait, en même temps, prélevé des fragments des tuniques de l'intestin grêle et des côlons, particulièrement du côlon droit! N'aurait-on pas trouvé des lésions autrement importantes et qui auraient montré que l'appendice participait, comme le reste de l'intestin, aux désordres anatomiques.

Une dernière observation est nécessaire.

Le terme de colite est vague, il peut comprendre bien des faits pathologiques disparates et, en fait, pour beaucoup, il sert à étiqueter les désordres fonctionnels du côlon, spasme, stase droite, constipation, observés chez les *vagotoniques;* or il est des cas où une appendicite chronique, caractérisée par ses signes cliniques, provoque et entretient un état vagotonique comme le font également les vers intestinaux ou les ptoses; l'appendicectomie en supprimant l'*épine irritative*, amène la guérison du syndrome vagotonique et, par conséquent, la guérison des troubles étiquetés entérocolites, comme elle amène la guérison des troubles cardiaques et circulatoires (arythmie, troubles vaso-moteurs) ou pulmonaires (asthme). Dans ces cas la logique impose de conclure que l'appendicite n'est pas secondaire à la colite, mais, au contraire, que c'est la colite qui, par l'intermédiaire de la vagotonie, est secondaire à l'appendicite.

Est-il besoin de rappeler que Villard (de Lyon) a montré que des troubles fonctionnels de l'intestin, se traduisant, entre autres signes, par le symptôme constipation, avaient pour cause des lésions inflammatoires chroniques du péritoine, lésions qui peuvent être d'origine appendiculaire, vésiculaire, ou annexielle; les troubles intestinaux disparaissaient après ablation des foyers infectieux, ce qui fait conclure à Villard que la *parésie intestinale est une manifestation fréquente des inflammations péritonéales chroniques, que le siège en soit l'appendice, la vésicule biliaire, ou les trompes.*

Si dans ces cas de troubles fonctionnels de l'intestin l'on était porté à considérer la lésion appendiculaire comme secondaire aux lésions intestinales, on devrait, de même, et pour les faits invoqués par Villard, considérer comme secondaires à l'élément intestinal, les lésions vésiculaires ou annexielles; or, s'il est évident qu'il existe des faits de cette nature, ce que nous savons de la stase intestinale et de ses complications, nous montre que dans de tels cas, c'est la guérison de la stase qui améliore les foyers vésiculaires et annexiels, et non l'inverse. En outre, il est des cas où l'infection du foyer annexiel ou vésiculaire est indépendant de tout état intestinal et le précède chronologiquement dans l'ordre de succession des phénomènes morbides.

On ne peut terminer cette analyse des faits relatifs aux rapports de l'entérocolite et de l'appendicite, sans parler des faits expérimentaux invoqués en faveur de cette théorie.

Réalisant, sur le lapin, une série d'expériences, Beaussenat cherche à établir les rapports de l'entérocolite et de l'appendicite; il fait ingérer à ces animaux de la viande de bœuf, *hachée et en pleine putréfaction*, et détermine ainsi des diarrhées fétides, très abondantes, sans fièvre, diarrhées qui se guérissent spontanément vers le vingt-cinquième jour.

A l'autopsie des animaux sacrifiés, du trentième au cinquantième jour de l'expérience, Beaussenat trouve de la congestion avec ulcération de la muqueuse iléo-colique, il en est de même de l'appendice, mais aucune des ulcérations ne dépasse la muqueuse, les follicules clos sont saillants, l'appareil lymphoïde semble tuméfié, aussi bien sur l'appendice que dans les autres parties de l'intestin.

Telles sont les lésions observées par Beaussenat chez les animaux sacrifiés précocement; chez les animaux sacrifiés tardivement, au contraire, tout était à peu près rentré dans l'ordre.

De ces faits, Beaussenat conclut *à l'existence de lésions appendiculaires déterminées par une entérocolite toxique.*

Notons, cependant, que l'animal est mort spontanément au sixième jour, sans que les lésions appendiculaires puissent justifier la cause de mort; on a trouvé, chez cet animal, des ulcérations sur la plus grande partie du gros intestin, l'appendice était gros.

Dans une deuxième série d'expériences, Beaussenat, chez des animaux traités comme dans la série précédente, procède, au vingt-cinquième jour, à une laparotomie, et injecte, soit dans l'appendice, soit dans le jéjunum, des cultures de coli et de streptocoque; chez d'autres animaux préparés de la même manière, Beaussenat injecte les mêmes microbes dans la circulation veineuse.

Parmi les animaux auxquels on avait fait une injection intraappendiculaire de streptocoque, on constate, dans un cas, du sphacèle de l'appendice (au point de l'injection), et dans un autre cas un abcès de la base de l'appendice avec perforation et péritonite.

Parmi les animaux injectés au colibacille, on observe des lésions de péritonite circonscrite périappendiculaire avec plaques de sphacèle sur l'appendice.

Chez l'animal auquel on avait injecté du colibacille dans l'intestin, on observe une péritonite localisée (le siège n'en est pas précisé), l'appendice était gros et adhérait aux anses grêles, pas d'ulcération. Même résultat chez l'animal auquel on avait injecté du coli par voie veineuse.

A propos de ces expériences, Beaussenat conclut:

« Elles nous paraissent démontrer que l'appendicite n'éclate que lorsque, au niveau de cet organe, une lésion quelconque, a existé et a laissé, après elle, un organe dont les conditions de résistance à l'infection sont beaucoup moindres. »

De ses expériences, et quant au rôle de l'entérocolite, Beaussenat, nous l'avons vu, ne conclut, d'ailleurs rien autre chose qu'à l'existence d'un processus de sensibilisation de l'appendice aux infections; l'effet des désordres intestinaux provoqués par l'ingestion de viandes putréfiées n'étant que l'équivalent de la ligature de l'appendice dans les expériences de Roger et Josué.

Il y a pourtant bien des critiques à faire à des expériences effectuées sur le lapin et qui nous éloignent tellement des conditions de la pathologie humaine :

1° Il y a le changement complet de régime qui fait passer l'herbivore au régime carné (est-il, à ce

propos, inutile de rappeler que, dans l'espèce humaine, les races végétariennes ignorent à peu près l'appendicite);

2° Que l'ingestion de viandes putréfiées est parfaitement à même de déterminer des phénomènes toxiques et infectieux généraux (nullement localisés à l'intestin par conséquent);

3° Que dans le protocole des constatations anatomiques on n'aperçoit pas de bien grandes différences entre les lésions de l'appendice et celles du reste de l'intestin.

Considérer ces expériences comme démonstratives du rôle de l'entérocolite dans la genèse de l'appendicite, est, semble-t-il, se servir d'arguments analogues à ceux qui ont été apportés (possibilité d'une appendicite au cours de la fièvre typhoïde), pour conclure au point de départ intestinal de l'appendicite typhique.

Aucune expérience faite sur le lapin ne peut d'ailleurs, en ce qui concerne la pathologie humaine, contrecarrer les indications fournies par la clinique, or, nous avons vu que ces indications ne plaident nullement en faveur d'une relation de subordination de l'appendicite à l'entérocolite.

Bâtir une théorie sur de tels faits expérimentaux serait extrêmement léger, car ces expériences démontrent tout aussi bien une action toxique ou infectieuse sanguine, qu'une action directe du contenu intestinal.

Les troubles intestinaux pseudo-colitiques de l'appendicite. — Il n'est d'ailleurs pas impossible de retourner le sens du problème : Les troubles intestinaux sont, en effet, la règle au cours de l'appendicite survenant chez un sujet n'ayant jusqu'alors éprouvé aucun trouble de ses fonctions digestives; constipation, diarrhée (avec les modifications de la motricité intestinale qui les accompagnent). Dieulafoy, Quintard, Broca, Aumont, Jalaguier, Segond et Moizard, Barling ont insisté sur les troubles des fonctions intestinales, et notamment la diarrhée, qui précèdent et accompagnent le début des appendicites aiguës, tous phénomènes qui simulent souvent l'*indigestion*. Quand on interroge de près les malades atteints d'appendicite aiguë, on note souvent, en effet, que des troubles absolument semblables à ceux de l'indigestion marquent le début de l'affection; ils précèdent souvent même de quelques heures l'apparition des symptômes locaux de l'appendicite.

Les accidents revêtent alors l'aspect suivant :

OBSERVATION. — *Malade homme, vingt-trois ans, sans passé intestinal, fatigues et surmenage dans les mois précédents et alimentation surtout carnée et excès alimentaire pendant les trois mois qui précèdent; est pris dans l'après-midi, après un repas tardif et rapide au cours duquel il mange des choux, de malaise, de nausées, de douleurs abdominales, avec fièvre, son repas ne passe pas; dans la nuit, diarrhée; le lendemain matin les coliques se font plus violentes, puis apparaît dans la fosse iliaque droite une douleur très vive avec défense musculaire; la miction est douloureuse et il apparaît des troubles de ténesme vesical.*

Dans les jours qui suivent, les troubles s'amendent et les signes se localisent à la fosse iliaque droite; le troisième jour reprise des douleurs qui se diffusent à tout l'abdomen, ballonnement, hypothermie, collapsus.

Opéré le quatrième jour, on trouve une péritonite généralisée par perforation de la base de l'appendice et un abcès pelvien autour de la pointe d'un appendice très long.

Ces troubles ressemblent étrangement, dans certains cas, à ceux des entérocolites aiguës et leur ressemblent d'autant plus que, dans nombre d'entérocolites, le maximum des phénomènes douloureux se manifeste dans le côlon droit.

Comment, dès lors, faire exactement le départ entre les troubles intestinaux à type d'indigestion qui accompagnent le début d'une appendicite, et les phénomènes morbides pseudo-appendiculaires observés au cours des entérocolites avec prédominance typhlocolique? Le départ est en effet difficile à faire dans ces cas, c'est un point qui mérite de retenir l'attention et qui permet de se demander si, parmi les observations apportées sous le nom d'appendicite avec entérocolite, il n'y a pas nombre de faits dans lesquels on a considéré l'appendicite comme une complication d'une crise d'entérocolite simplement parce que l'on n'a pas reconnu l'appendicite à son début.

On est notamment en droit de le penser dans tous les cas où la pseudo-crise d'entérocolite observée simultanément à l'appendicite, était la première manifestation de cette affection.

Il en est évidemment autrement des cas où de semblables phénomènes se produisent chez des sujets à passé chargé en crises d'entérocolite.

Si nous résumons l'ensemble des faits relatifs aux rapports de l'appendicite et de l'entérocolite mucomembraneuse nous voyons :

1° Que des observations dans lesquelles était notée la coexistence de crises d'entérocolite plus ou moins caractérisées cliniquement, et de lésions appendiculaires, ont été publiées, en trop petit nombre d'ailleurs eu égard au nombre considérable d'appendicite que l'on opère, pour que la conviction soit entraînée quant aux rapports de cause à effet de l'une et l'autre affection.

2° Que des statistiques tentant de préciser la fréquence de l'appendicite chez les sujets atteints d'entérocolite ont été également publiées, donnant des indications assez différentes quant au pourcentage des faits d'appendicite survenus chez des entérocolitiques (1).

Nous avons vu qu'en tout cas le pourcentage est parfaitement en rapport avec la fréquence moyenne de l'appendicite replacée dans l'ensemble des affections chirurgicales.

3° Que rien ne prouve que les lésions anatomiques relevées dans nombre d'appendices extirpés, soient plus importantes que les lésions du reste du gros intestin atteint d'entérocolite.

Si donc on considère, d'une part l'extrême fréquence des états d'entérocolite, d'autre part la rareté des cas dans lesquels des lésions appendiculaires macroscopiques ont été constatées dans les appendices enlevés pendant ou après les crises d'entérocolite, on est donc amené, à priori, à penser, dans les cas où ces deux affections ont été associées l'une à l'autre, à une simple coïncidence

(1) Cela tient vraisemblablement au peu de solidité nosologique du terme entérocolite, cela tient aussi au fait que le criterium qui a servi à juger de l'existence ou de l'absence de l'appendicite est loin d'être toujours le même, les uns exigeant la présence de lésions indéniables, d'autres se considérant satisfaits devant la constatation microscopique d'altérations même très minimes de l'appendice.

de l'appendicite et de l'entérocolite; dans tous les cas où l'appendicite observée, pendant l'évolution de l'entérocolite, était seulement caractérisée par des signes cliniques ou par des lésions histologiques, on peut être en droit, étant donné ce que nous savons de la valeur de ce criterium de l'appendicite, de douter de la légitimité du diagnostic d'appendicite.

Si, enfin, et nous en verrons des exemples, on prend en considération les observations, nombreuses celles-ci, dans lesquelles une appendicite a été diagnostiquée comme élément de complication d'une entérocolite ancienne évoluant depuis longtemps, puis opérée, sans qu'aucune modification soit apportée à l'état entérocolitique, on est en droit de se demander si l'appendicite et l'entérocolite n'étaient pas, dans ces cas, *deux affections indépendantes l'une de l'autre et évoluant chacune pour leur propre compte.*

Cette conclusion est, en tous cas, celle qui explique le mieux les faits, analysés précédemment, et dont aucun ne démontre ou même n'indique l'existence de rapports de subordination des deux affections.

Helminthiase intestinale et appendicite. — On a fait jouer aux helminthes un rôle important dans la genèse de l'appendicite. La présence de vers dans des appendices malades, leur présence dans des abcès appendiculaires ou dans la cavité péritonéale de sujets atteints de perforation de l'appendice, est un fait signalé dans les plus anciennes observations d'appendicite, et comme à cette époque on attribuait aux helminthes un rôle pathogénique de premier plan, il était naturel de leur attribuer une grosse importance dans le mécanisme du déclanchement de l'appendicite. Guy Patin, en 1692, avait signalé la présence des vers dans le boyau cæcum. Jadelot en 1808 signale la présence de quatre vers lombricoïdes dans la cavité de l'appendice.

Desprès en 1868 cite le fait d'abcès vermineux stercoraux; Becquerel, cité par Davaine (1877), signale l'observation de deux ascaris étranglés dans une perforation appendiculaire.

En 1901, Schwankhaus apporte une observation de perforation de l'appendice avec présence d'un gros lombric dans le péritoine, mais l'appendice contenait en outre un calcul stercoral. Metchinkoff ayant, en 1901, attribué aux vers intestinaux un rôle important dans la genèse de l'appendicite, de nombreuses observations furent publiées, par divers auteurs, qui mettaient en cause les vers intestinaux dans l'appendicite, soit qu'il y ait eu perforation (ce qui représentait la minime partie des observations publiées), soit qu'il y ait eu simplement syndrome clinique d'aspect appendiculaire et parfois lésions constatées de l'appendice, avec coexistence de vers et d'œufs de parasites dans les selles et parfois dans la cavité de l'appendice; parmi les observations du premier type il faut signaler celles de Veau, von Genser, Guiart et Nollet; parmi celles du deuxième type, celles de Walther, Brun, Triboulet, Guiart, Guinard, Monod, Martin, Letulle, Rochard, Stoll, Moty; enfin des travaux d'une certaine étendue, et relatifs à la question ont été publiés par Blanchard, Garin, Guermaquez, Ragainé, Moty, Raillet.

Tous ces travaux, et tous ces faits invoqués à l'appui d'une théorie vermineuse de l'appendicite, méritent d'être discutés.

Nous avons vu que Metchnikoff et d'autres, avant et après lui, estiment que les vers intestinaux, oxyures, trichocéphales, ascaris, sont à même de provoquer l'appendicite. Blanchard, envisageant les faits d'une façon plus large, ne limite pas le rôle pathogène des vers à la seule appendicite, mais estime qu'ils sont à même de provoquer la *typhlocolite.*

Parmi les faits invoqués il y en a de trois ordres différents :

1° Ceux où la caractérisation de l'appendicite mise en cause ne repose que sur la constatation de symptômes évoquant l'idée d'appendicite;

2° Ceux où la présence de vers a été constatée dans l'appendice peu lésé ou simplement enflammé;

3° Ceux dans lesquels des lésions importantes de l'appendice (perforation) coexistent avec la constatation de vers dans le péritoine (abcès ou péritonite diffuse) ou dans la cavité appendiculaire,

Le premier groupe de faits est de beaucoup celui qui réunit le plus d'observations. Metchnikoff, Mme Arberé, Walther, Brun, Triboulet, Guiart, Blanchard, etc.

L'argument invoqué ici, en faveur d'une théorie vermineuse de l'appendicite, se résume à dire : on a constaté des signes faisant penser à l'appendicite, ces troubles ont disparu par le traitement antihelmintique; ou encore, les signes morbides se sont accompagnés du rejet de vers par l'anus.

Ce n'est pas là, dans l'un comme dans l'autre cas, une argumentation bien solide; nous verrons, et c'est le but de ce travail, que les *typhlocolites de la stase intestinale* simulent très exactement le syndrome actuellement attribué à l'appendicite, à tel point même, qu'en pratique, la moitié environ des appendicites (et principalement les appendicites chroniques) ne sont autre chose que des typhlocolites, or nous savons, et j'ai ailleurs insisté sur ce fait à plusieurs reprises, *que les vers intestinaux déterminent des états de stase intestinale et de typhlocolite par l'intermédiaire du spasme du segment intermédiaire des colons et de la vagotonie qui est à son origine.*

Tout porte à penser, et nous en verrons les raisons par la suite, que dans ces cas de syndrome droit pseudo-appendiculaire associé à la présence de vers intestinaux, le succès des antihelminthiques doit être attribué aux effets indirects de cette médication sur la stase et la vagotonie provoquée par les vers.

Devant ces faits, rien en tous cas ne permet de dire qu'il s'agissait bien là de véritables appendicites.

Dans le deuxième groupe de faits (présence de vers à l'intérieur d'un appendice légèrement atteint), les constatations histologiques ne montrent pas, même pour des vers inclus dans les tuniques, de réaction inflammatoire caractéristique autour du parasite, en tous cas cette réaction n'est pas le point de départ des lésions appendiculaires; de plus, la coïncidence peut être invoquée entre la présence de vers et celle d'une appendicite banale. La même réflexion s'impose, d'ailleurs, en ce qui concerne la troisième catégorie de faits (coexistence de vers et d'une perforation appendiculaire) (1).

Si en effet comme le pensent Metchnikoff, Blan-

(1) A propos des faits de perforation, la réflexion suivante s'impose : les vers étant doués de mobilité peuvent, entre le moment de la perforation et l'opération et l'autopsie, s'être engagés dans une perforation où on constate leur présence, bien qu'au moment où cette perforation s'est produite ils aient été à une certaine distance du siège de cette perforation.

chard, Guiart, Garin, il fallait faire jouer un rôle direct aux vers intestinaux dans la genèse de l'appendicite : par érosion de la muqueuse (oxyures et tricocéphales), perforation totale de l'appendice (ascaris), oblitération de la lumière et vase clos (vers volumineux ascaris ou tænias), inoculation lymphatique de germes pathogènes (tricocéphales, ascaris et oxyures); il faudrait, par voie de conséquence, admettre, étant donné la très grande fréquence des vers intestinaux dans l'espèce humaine, que ce processus répond à une bonne partie, sinon la majeure partie, des cas. Or, si l'on totalise les observations publiées où, de près ou de loin, on peut penser à l'action des helminthes, on arrive à un total ridiculement faible.

Raillet (1910) limitant ses investigations aux appendicites vermineuses de l'enfance, ne totalise que 42 cas, dont 8 à trichocéphales, 14 à oxyures, 20 d'ascaridiose; Guiart, en 1910 (tous les âges), ne relève que 200 faits, dont 75 sont attribuables aux oxyures, 75 aux trichocéphales et 50 aux ascaris.

On discute encore sur le rôle pathogène des calculs appendiculaires et beaucoup leur nient toute espèce de rôle pathogène, or, la fréquence de ces calculs n'a rien de comparable avec celle des vers, les observations de calculs sont légions, celles de vers rarissimes, si on les compare au total des cas d'appendicectomie.

La présence de parasites (indiquée par le rejet de vers ou par leurs œufs) est, d'ailleurs, d'une très grande fréquence dans l'espèce humaine, et non pas seulement, comme on le pense en général, dans l'enfance, mais aussi chez les adultes, les recherches effectuées dans les services hospitaliers d'adulte, ou en clientèle de ville, m'ont montré que la présence de vers intestinaux s'élève à un bon tiers des individus atteints de troubles intestinaux, sans que, chez ces malades, il y ait lésion de l'appendice (la plupart de ces malades étaient examinés radiologiquement).

Matignon (1901) montre que chez les Chinois adultes, les vers intestinaux (ascaris et trichocéphales) existent chez 75 p. 100 des individus, et chez les enfants chez la proportion de 98 p. 100, or, chacun le sait, l'appendicite est rare chez les Chinois et Matignon, qui, en quatre ans et demi, n'en a pas observé un seul cas, dit que l'appendicite est à peu près inconnue dans ces contrées.

Treille fait en Algérie, sur des milliers de détenus des prisons, des constatations analogues à celles de Matignon : l'helminthiase est la règle, l'appendicite est exceptionnelle.

Guillot (préparateur de Lannelongue), faisant ses recherches à Paris, trouve, dans 21 cas d'appendicites (16 aiguës, 5 refroidies), 6 fois seulement des œufs de vers (3 fois trichocéphales, 1 fois trichocéphale et ascaris, 1 fois oxyures et ascaris, 1 fois oxyures seuls).

Balland note 21 fois la présence de parasites dans 400 cæcums examinés, et 16 fois dans 388 appendices.

Guinard, sur 200 appendices enlevés pour appendicite, constate 15 fois la présence de trichocéphales et 3 fois celle d'oxyures.

Raillet (service de Broca), sur 119 enfants opérés d'appendicite, note 58 fois des oxyures dans l'appendice (19 fois association de trichocéphales, 4 d'ascaris), 1 fois présence de trichocéphales, 16 fois œufs de parasites, 45 fois aucune parasitose.

Or, si dans 76 cas (60 p. 100) des 112 enfants observés, l'examen des selles avait montré l'existence d'œufs de parasites, la présence des parasites dans l'appendice atteignait à peine le tiers des cas où la parasitose intestinale était évidente, de plus, les oxyures ont été trouvés avec un maximum de fréquence dans les cas où les lésions anatomiques observées étaient les moins prononcées et même, pourrait-on dire, les plus douteuses; les parasites manquaient, par contre, dans les appendices, anatomiquement les plus lésés et dans les cas d'appendicite cliniquement les plus graves, notamment dans les cas d'appendicite avec perforation.

Enfin, Letulle, sur 180 appendices provenant de malades opérés d'appendicite à chaud ou à froid, ne trouve que deux fois des trichocéphales.

Broca, Sevestre et Legendre, ont donc parfaitement raison, eu égard à la grande fréquence (sur laquelle ils insistent) des helminthiases dans la population parisienne (1), de mettre en doute l'existence de rapports entre les helminthes et l'appendicite.

Il faut, je pense, et pour les raisons invoquées précédemment, faire comme eux, et *attribuer aux coïncidences les quelques observations qui évoquent, dans une certaine mesure, la possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'une et l'autre affection.*

Affections intestinales et appendicite. — Dans tout ce qui précède, et qui a trait aux rapports de l'appendicite et des divers états intestinaux : états typhiques, amibiase, entérocolite, parasites intestinaux, nous n'avons trouvé aucun argument probant en faveur de l'existence d'un rapport quelconque, de cause à effet, entre l'appendicite et les divers états intestinaux envisagés.

Nous avons précédemment (1) étudié les rapports de l'appendicite et des troubles intestinaux de constipation, de diarrhée et de stase, il est donc inutile de revenir sur les faits exposés dans cette étude, nous nous contenterons d'enregistrer les conclusions purement négatives qui étaient son aboutissant.

En résumé, donc, l'examen des faits montre que le processus d'appendicite semble tout à fait indépendant de l'état du côlon droit; l'examen des faits montre aussi que, si entérite et appendicite peuvent, dans quelques cas, s'observer chez le même malade, il s'agit là de deux processus indépendants en apparence, qui n'influent pas l'un sur l'autre, mais qui évoluent chacun pour leur propre compte. L'appendicectomie ne modifie pas, en effet, l'état entérocolitique et, chez la grande majorité des *intestinaux*, l'état morbide intestinal persiste pendant de nombreuses années sans jamais déterminer la moindre appendicite.

Enfin, en ce qui concerne les états de constipation, de diarrhée ou de stase (dans leurs rapports avec l'appendicite), les faits exposés font justice, semble-t-il, d'une théorie qui admet l'étroite réciprocité des états intestinaux et des lésions appendiculaires; tout, en effet (âge, sexe, conditions cliniques) montre que ces états n'ont entre eux rien de commun et, au contraire même, semble-t-il, sont dans un véritable état d'antagonisme.

Quelle que soit la façon dont on envisage le pro-

---

(1) A côté des chiffres que j'ai constatés et que j'indique plus haut, il faut signaler que Guiart note la proportion suivante de parasites : Ascaris, 20 p. 100; Trichocéphales, 56 p. 100; enfants, 35 à 40 p. 100 d'oxyures.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 68, p. 1089; n° 70, p. 1121, et n° 76, p. 1217.

blème, on ne trouve donc, parmi les états morbides de l'intestin, aucune cause véritable d'appendicite vraie; dans l'ensemble il y a donc lieu de répondre par la négative à la question que nous nous posions au début de cette étude.

Il y a lieu cependant :

1° De savoir *si l'appendice* PEUT *participer à des lésions communes à l'ensemble de l'intestin, au cours d'une réaction intestinale subordonnée elle-même à une cause générale*; 2° *Si l'appendice* DOIT NÉCESSAIREMENT *se prendre dans une affection limitée à l'intestin.*

Sur ce second point le doute n'est pas possible, les faits démontrent qu'il n'en est pas ainsi.

Quant au premier point on objectera, contre une réponse négative, la constatation d'une réaction folliculaire dans des appendices extirpés lors de crises d'entérocolite et, invoquant l'élément infectieux pour expliquer les entérites, on tendra à admettre la participation appendiculaire.

Nous raisonnons, aujourd'hui encore, anatomiquement et non pathogéniquement, or, il apparaît que les lésions anatomiques sont des résultantes qui relèvent de causes diverses, l'analogue *des syndromes*, et que des troubles vasculaires ou nerveux peuvent, tout comme les infections, déterminer ces réactions folliculaires des entérites.

ACTUALITÉS

LES SYNDROMES THYROIDIENS

La pathologie des glandes endocrines est actuellement en pleine évolution; chaque jour, les physiologistes poursuivent l'étude des produits de sécrétion; ils nous révèlent l'existence d'hormones, d'harmozones, de parhormones et de chalone; de leur côté, les cliniciens fouillent la séméiologie des syndromes endocriniens et notent les résultats obtenus par l'opothérapie. Tout ce travail est loin d'être terminé, si bien que Sézary (1) écrivait récemment : « Il faudra encore beaucoup de documents anatomo-cliniques probants pour préciser le domaine de certains troubles glandulaires ». Aux chapitres déjà nombreux de la pathologie endocrinienne, on pourrait presque en ajouter un dernier qui serait intitulé : l'insuffisance de nos concepts sur les insuffisances glandulaires.

Un aperçu général des syndromes thyroïdiens (2) nous montrera qu'il existe des notions définitivement acquises et de pathogénie connue; qu'il en est d'autres encore discutées, parce qu'elles sont discutables; que la question est très obscure, compliquée par la possibilité d'insuffisance pluriglandulaire et par le rôle, encore mal connu, du sympathique dans la production de plusieurs éléments de certains syndromes.

Les syndromes thyroïdiens se groupent en deux grandes classes : les *syndromes myxœdémateux* (myxœdème, crétinisme, myxœdèmes frustes ou hypothyroïdies) et les *syndromes basedowiens* (goitre exophtalmique; syndromes frustes). Cette division, adoptée par Nobécourt, est basée sur la clinique; elle correspond à celle d'autres auteurs qui décrivent les *syndromes d'insuffisance thyroïdienne* et les *syndromes d'hyperfonctionnement*, auxquels Léopold-Lévi ajoute l'*instabilité thyroïdienne.*

L'étude du myxœdème ne nous retiendra pas longtemps. Les sujets atteints de myxœdème congénital ou précoce présentent trois ordres de symptômes : le nanisme, l'infantilisme et l'idiotie; le tableau clinique ainsi réalisé est très caractéristique. Lorsque le myxœdème survient plus tardivement, dans l'enfance ou dans la jeunesse, les symptômes sont d'autant moins accentués que l'affection a débuté à un âge plus avancé; on constate un arrêt de la croissance et du développement intellectuel. Dans tous ces cas, il faut noter le retentissement du syndrome thyroïdien sur le développement des organes génitaux et sur la puberté : les poils pubiens et axillaires ne poussent pas, les organes génitaux restent grêles; chez les filles, les seins ne se forment pas, les règles n'apparaissent pas; ainsi donc, au syndrome thyroïdien s'associe un syndrome sexuel. Quant au myxœdème de l'adulte survenant à la suite d'une maladie infectieuse ayant lésé le corps thyroïde, il se caractérise par l'infiltration des téguments, l'atrophie du corps thyroïde, et des troubles intellectuels consistant en une apathie plus ou moins profonde; ici encore les troubles génitaux sont presque constants (frigidité chez l'homme; cessation des règles). Il faut insister sur ces troubles génitaux consécutifs au myxœdème; c'est un exemple très typique de syndrome pluriglandulaire ou plutôt de syndrome uniglandulaire avec lésions secondairement pluriglandulaires.

Signalons encore les grandes analogies qui existent entre le myxœdème et le crétinisme des goitreux; le crétinisme ne se différencie du myxœdème que par une étiologie spéciale et l'existence fréquente du goitre; on sait aussi que le goitre endémique ne s'accompagne pas toujours de crétinisme.

Le myxœdème est dû à la suppression des fonctions thyroïdiennes; l'anatomie pathologique, l'expérimentation, l'étude des accidents consécutifs à l'ablation chirurgicale du corps thyroïde ont fourni la preuve que le myxœdème provenait de l'athyroïdie. Avec l'étude des myxœdèmes frustes, nous arrivons, par une graduation insensible, à des faits d'interprétation plus délicate. Voici des jeunes gens de taille au-dessous de la moyenne, aux traits un peu épais, aux cheveux peu abondants, aux sourcils peu accusés; ils sont peu actifs, lents dans leurs mouvements, apathiques; le travail intellectuel leur est pénible; ce sont, en classe, des élèves très médiocres; à la période de la puberté, les organes génitaux se développent peu. Il s'agit d'hypotrophiques atteints de myxœdème fruste et on attribue leur état à une diminution des sécrétions thyroïdiennes, à un syndrome d'hypothyroïdie. Chez ces sujets, que l'on appelle encore infantiles myxœdémateux du type Brissaud, il semble bien qu'il existe une hypothyroïdie, une dysthyroïdie ou une dyshypothyroïdie; mais encore convient-il de les distinguer des hypotrophies et des infantilismes du type Lorain, qui paraissent à certains auteurs indépendantes d'un trouble des fonctions thyroïdiennes, tandis que d'autres admettent que tous les infantiles, quels qu'ils soient, sont des disthyroïdiens Nous commençons donc à entrer dans le groupe des cas discutables quant à leur pathogénie.

(1) SÉZARY, Les méthodes d'examen des malades atteints d'affections endocriniennes. *Journ. méd. franç.*, juin 1923.

(2) D'après les articles de P. LEREBOULLET et de P. HARVIER. Sympathique et glandes endocrines. Tome IX du *Traité* Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Paris 1921; d'après un volume du professeur NOBÉCOURT. *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse.* Flammarion, éditeur. Paris 1923.

Voici maintenant l'insuffisance thyroïdienne des adultes, telle que l'ont décrite Hertoghe, Léopold-Lévi et de Rothschild. Un peu obèse, les cheveux rares, le sourcil peu marqué surtout à la partie externe, l'œil sans expression, la peau sèche et froide, tel est l'adulte hypothyroïdien, qui se plaint de fatigue, de céphalée, de douleurs musculaires et articulaires, qui est atteint souvent d'une constipation rebelle; sur ce terrain hypothyroïdien, l'infection des voies respiratoires supérieures, les dermatoses (urticaire, eczéma), les accès de migraine sont fréquents; chez les femmes, les troubles menstruels se montrent presque constants. Mais, comme le fait remarquer Harvier, les stigmates physiques de l'hypothyroïdie ont une valeur diagnostique plus probante que certains signes fonctionnels, tels que la fatigue, la céphalée, la constipation. « En attribuant à des symptômes aussi banals une importance qu'ils ne méritent pas, on risquerait de rapporter à l'insuffisance thyroïdienne la plupart des affections médicales. » (Harvier).

Les syndromes basedowiens, tout comme les syndromes myxœdémateux, se présentent soit sous une forme bien caractérisée, c'est alors le goitre exophtalmique qu'il est inutile de décrire, soit sous une forme fruste. Les syndromes basedowiens frustes se rencontrent surtout chez les filles au moment de la puberté, chez les adultes femmes. Sans tuméfaction ou avec une légère tuméfaction du corps thyroïde, on remarque une agitation et une irritabilité excessives; on note de la tachycardie chez ces malades qui se plaignent de palpitations; sous l'influence des émotions, des contrariétés, les palpitations augmentent d'intensité et s'accompagnent d'angoisse, les troubles nerveux s'exagèrent : tremblement, insomnie, excitation anormale. Léopold-Lévi décrit aussi des hyperthyroïdiens qui, tant au point de vue de l'aspect physique qu'au point de vue fonctionnel, font contraste avec les hypothyroïdiens : ce sont des sujets élancés, minces, la chevelure abondante, l'œil vif; nerveux, émotifs, ils sont exubérants, et d'intelligence primesautière.

La pathogénie des syndromes basedowiens est encore à l'étude. L'hyperthyroïdie peut expliquer quelques cas, par exemple l'apparition du syndrome chez des malades soumis à une opothérapie thyroïdienne trop intense et trop prolongée; mais pour les autres cas on admet plutôt aujourd'hui une dyshyperthyroïdie. Si le syndrome survient au moment de la puberté, on peut supposer qu'il s'agit d'un trouble thyroovarien; d'autres ont donné une théorie thyrosurrénale, l'hyperthyroïdie déterminant un hyperfonctionnement des surrénales lequel provoque, par hypersécrétion d'adrénaline, une excitation du sympathique.

Le sympathique ne doit pas, en effet, être oublié pour expliquer les syndromes basedowiens, et même le goitre exophtalmique. C'est la théorie, déjà ancienne, d'Abadie, mettant au premier plan l'excitation du sympathique cervical dans la pathogénie de la maladie de Basedow; puis cette théorie fut à peu près abandonnée. On y revient aujourd'hui et Harvier, au chapitre des syndromes endocrino-sympathiques (1) rappelle que, parmi les basedowiens, on peut distinguer deux types : les vagotoniques et les sympathicotoniques. Les vagotoniques, avec excitation du pneumogastrique, ont une tachycardie peu prononcée, une exophtalmie légère; on note chez eux l'intensité des sueurs, la fréquence de la diarrhée et des crises gastro-intestinales; ils ont un réflexe oculo-cardiaque exagéré et réagissent violemment à la pilocarpine. Au contraire, les sympathicotoniques ont une tachycardie considérable, une exophtalmie très prononcée, un réflexe oculo-cardiaque absent ou inversé; ils réagissent fortement à l'adrénaline. Mais Harvier ajoute que les types exclusivement sympathicotonique ou vagotonique du syndrome de Basedow sont rares, que, pour la plupart, les basedowiens présentent (comme l'ont montré Sainton, Laignel-Lavastine), des symptômes d'irritabilité des deux systèmes. Quoi qu'il en soit, on doit reconnaître que la fonction thyroïdienne peut être troublée aussi bien par une lésion glandulaire que par une lésion nerveuse sympathique.

Nous serons brefs sur le dernier type des syndromes thyroïdiens, l'instabilité thyroïdienne décrite par Léopold-Lévi; c'est l'association, en proportions variables, chez un même sujet, de signes d'hypo et d'hyperthyroïdie. Il s'agit de sujets qui sont frileux mais ressentent des bouffées de chaleur, qui sont fatigués, mais avec des besoins d'activité, qui sont constipés avec des débâcles diarrhéiques. Sous l'influence des émotions, de la fatigue, ils ont des paroxysmes d'hyperthyroïdie. Pour soigner ces malades, et en particulier pour instituer l'opothérapie thyroïdienne, on s'efforcera de rechercher si c'est l'hyper ou l'hypothyroïdie qui prédomine.

M. BRELET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène féminine populaire, par le docteur René MARTIAL, ancien directeur départemental d'hygiène de l'Aisne, adjoint technique d'hygiène de l'armée, ancien directeur des services d'hygiène de la ville de Fez, et Mme Léontine DORESSE, professeur de l'Enseignement technique. 1 vol in-8 écu (13 × 20), avec 18 fig. — Prix : 6 fr. — Paris, Armand Colin.

La tuberculose envisagée au point de vue social, par le docteur JULLIEN, médecin principal de 1re classe. 1 broch., 106 pages. — Paris, Lavauzelle et Cie.

(1) *Traité de pathologie médicale* Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Tome IX, p. 293.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 79. — MARDI 2 & JEUDI 4 OCT. 1923. 96e ANNÉE. MARDI 2 & JEUDI 4 OCT. 1923. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 28 septembre 1923. — Question donnée : « Signes et diagnostic des arthrites blennorragiques. »

MM. Hollander, 6; Jacob, 10; Herman, 13; Mlle Henry, 7; MM. Hage, 8; Guillain, 9; Guyot, 13; Heber-Suffrin, 16; Guilmard, 7; Guillemin, 12; Mlle Huguet, 15; MM. Hennion, 6; Hébert, 13; Guillot, 9; Hellmann, 8; Heim et Jéhiel, 14 1/2; Jourdan (Pierre), 16.

Anatomie. — Séance du 27 septembre 1923. — Question donnée : « Veine jugulaire interne. »

MM. Ogarrio, 9; Milhiet, 14; Milleret, 15; Mercier, 14; Merle, 11; Nadji, 17; Mlle Thibaut de Montauzon, 11; MM. Naggiar, 14; Moussette, 13; Mourrut, 15; Nesis, 5; Nicolle, 14; Mouchet, 16; Picard (Noël), 11; Mérand, 9; Moullard, 16.

Séance du 28 septembre. — Question donnée : « Artère sous-clavière droite. Trajet. Rapports. Citer les branches sans les décrire. »

M. Monmignaut, 11; Mlle Monneyrat, 15; MM. Picarda, 11; Padovani, 14; Picot, 7; Meillaud, 3; Monod (Olivier), 16; Mlles Oppenot et Pichot, 15; Muffang, 10; Phalippou, 11; Ollivier (Henri), 16; Pigache (André), 9; Mlle Pinel, 12; Mme Maunoury, 11; Mlle de Mayo, 18; M. Perachon, 8.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE. — Le jury est provisoirement composé de MM. le professeur Sébileau, les docteurs Tuffier, Cauchoix (accepte) et Faroy (accepte).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ANNÉE SCOLAIRE 1923-1924). — **Immatriculation. Inscriptions.** — I. IMMATRICULATION. — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897). L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers. Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 70 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 heures.

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 heures.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, institué par décrets des 31 mai 1902 et 22 juillet 1912 et certificat d'études P. C. N. ;

II. Acte de naissance sur timbre ;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 2 fr.) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ;

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi con-

formément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1923-1924, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au secrétariat (guichet n° 3).

Premier trimestre : du 10 au 27 octobre 1923 (excepté les lundis et mardis).

Deuxième trimestre : du 4 au 24 janvier 1924 (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre : du 26 mars au 10 avril 1924 (excepté les lundis et mardis).

Quatrième trimestre : du 9 au 24 juillet 1924.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, en prenant leur inscription, leur livret individuel qui leur sera restitué avec le bulletin de versement correspondant à l'inscription prise.

Le livret individuel tiendra lieu dorénavant de carte d'immatriculation.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur livret un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Giraud, agrégé près la Faculté de médecine d'Alger, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de médecine légale à ladite Faculté.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin inspecteur Lanne, directeur du service de santé du 4e corps d'armée, est nommé directeur de l'Ecole du service de santé militaire, à Lyon.

ADDITIONS ET MODIFICATIONS AU CODEX. — Le *Journal officiel* du 30 septembre publie une liste des additions et modifications à apporter au Codex et concernant : l'acétylanin, l'ichthyosulfonate d'ammoniaque, l'aubépine, le protoxyde d'azote, le sulfate de baryum gélatineux, le boldo, l'eau d'Alibour, le citrate de magnésie, le mélange anesthésique de Bonain, les ovules à l'ichthyol, la pommade de Reclus, la pommade d'argent colloïdal, la pommade prophylactique au calomel, le sirop de raifort iodé, le glycéro-phosphate de sodium cristallisé, les solutés d'adrénaline, de benzoate de mercure et de quinine-uréthane, les teintures d'aubépine, de boldo et de safran, la thiosinamine et le glycéré d'iode.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin chef de service sera vacant à la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher), à dater du 30 septembre 1923.

OFFICE D'HYGIÈNE DE SAONE-ET-LOIRE. — M. le docteur Camplo, médaille militaire, a été nommé médecin chef de l'Office départemental d'hygiène locale et de préservation antituberculeuse de Saône-et-Loire.

OFFICE D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE DU DÉPARTEMENT DE L'OISE. — Il est créé dans l'Oise un troisième poste de médecin spécialisé pour la tuberculose.

On est prié d'adresser les demandes de renseignements et conditions de nomination, 40, rue Saint-Jean, à Beauvais, avant le 15 octobre.

CONGRÈS DE LA NATALITÉ. — Le Congrès de la natalité qui vient de se tenir à Marseille a adopté les vœux suivants :

Section de législation : Vœux pour la réforme de la loi du divorce ; rendre le divorce impossible après deux ans de mariage ; interdire le remariage de l'époux adultère et de son complice ; interdiction du remariage, aux divorcés ; peine de trois mois de prison au moins contre l'époux qui a donné lieu au divorce.

Section d'économie et propagande : Contrôle et réglementation de l'immigration ; prime de la natalité obligatoire ; protection de la famille nombreuse en France et aux colonies ; développement de l'enseignement du français à l'étranger par les lettres et les œuvres confessionnelles ; énergique répression de l'avortement.

Section d'hygiène : Obligation d'une instruction générale sérieuse pour l'inscription aux études de sage-femme ; organisation de crèches pour enfants débiles ; encouragements aux mutualités maternelles ; inspection médicale sérieuse des écoles ; répression impitoyable de la fraude du lait ; interdiction de la vente des instruments anticonceptionnels.

Section de l'agriculture : Le Congrès attire l'attention des pouvoirs publics et des milieux industriels et commerciaux sur la perspective angoissante que font entrevoir la désertion progressive et surtout la dénatalité croissante des campagnes ; il les invite à s'informer de façon méthodique et scientifique des conditions de la vie rurale et leur demande de faire aboutir toutes mesures susceptibles d'arrêter le mouvement de raréfaction des populations paysannes et propres à amener l'accroissement de la natalité dans les milieux ruraux.

Commission catholique : Le Congrès demande que les pouvoirs publics laissent à l'enseignement de la morale religieuse une liberté absolue et lui fassent place dans l'intérêt même de la famille et de la natalité ; que l'on agisse sur l'opinion publique, par la diffusion de romans, de pièces de théâtres ou films propres à faire naître ou à développer des sentiments de respect envers la femme, l'enfant et la famille nombreuse. Qu'à l'église, au moment du mariage, on distribue un petit catéchisme absolument et totalement explicite au point de vue des devoirs conjugaux.

Commission protestante ; Le Congrès engage toutes les églises protestantes à collaborer de tout leur pouvoir aux œuvres de protection de l'enfance et à opposer à la fameuse maxime : « Il faut que jeunesse se passe » ce mot d'ordre : « Une seule morale pour les deux sexes » ; demande que les premières pages du livre de famille remis aux protestants contiennent des conseils de morale conjugale.

Section d'action morale et d'enseignement : Intensification de la lutte contre l'immoralité par une action à la fois administrative, judiciaire et parlementaire ; interdiction des exhibitions de modèles sexuels et des représentations licencieuses.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs H. Bouttier, médecin des hôpitaux de Paris ; Drouillard, ancien médecin chef de l'hôpital français de Jérusalem, décédé à Marseille à l'âge de 51 ans par suite de maladie contractée aux colonies et aggravée par les fatigues de la guerre ; Joannès Gonnon (de Lyon) et G. Marey (de Paris).

SÉDOBROL "Roche"

Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré

1 tablette Sédobrol "Roche"

= 1gr NABR

Traitement bromuré intensif dissimulé

Régime déchloruré rendu agréable

Indications. Tous les états nerveux. neurasthénie, épilepsie, psychoses de toute nature, hyperexcitabilité, insomnies, etc

Doses. Adultes 1 à 5 tablettes par jour
Enfants 1/2 à 2 tablettes selon l'âge

Échantillon et Littérature sur demande Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 21, Place des Vosges-PARIS

ANEMIE — LYMPHATISME — CHLOROSE — TUBERCULOSE

"Calciline"

RECALCIFICATION

REMINÉRALISATION

COMPRIMÉS GRANULÉ

aux Sels Calcaires Fluorés.

Pos. : 2 comprimés ou une mesure dans un peu d'eau avant chaque repas. Enfants 1/2 dose.

ODINOT 25, Rue Vaneau PARIS

HYPERACIDOSE

Sel Digestif **Bé-me-cé**

une cuiller à café après chaque repas.

ODINOT PARIS 25, Rue Vaneau

ESTOMAC - INTESTIN

"Gastro Sodine"

ODINOT PARIS 25, Rue Vaneau.

DEUX FORMULES - DEUX PRESCRIPTIONS

Bicarb. 2, Phosph. 1, Sulfate de Soude 1/2
Prescrire : "GASTRO-SODINE"

Sulfate 2, Phosph. 1, Bicarb. de Soude 1/2.
Prescrire : "GASTRO-SODINE" Formule S

Granulé Soluble

Une cuillerée à café, tous les matins à jeun dans un verre d'eau, de préférence chaude.

LE "BASSIAN"

BASSIN ANATOMIQUE BREVETÉ des HOPITAUX et CLINIQUES MODERNES

Dépôt Général PARIS 25, Rue Vaneau

GREFFES SÉREUSES POUR PÉRICOLITES ET PÉRISIGMOIDITES MEMBRANEUSES

Par le docteur MAUCLAIRE,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Les hasards de la clinique ont fait que j'ai eu l'occasion d'observer bien des cas de péricolite membraneuse. J'en ai déjà publié quelques observations (1).

Et si j'en ai vu beaucoup d'exemples, c'est parce que j'agrandis toujours en haut l'incision de la paroi abdominale quand je trouve que l'appendice incriminé ne présente aucune altération apparente et surtout si le malade souffrait un peu au-dessus du point de Mac Burney.

Souvent il s'agissait de malades opérés déjà pour appendicite et continuant à souffrir, ce qui n'est pas rare ! Tantôt je trouvais des adhérences épiploïques précæcales et tantôt de la péricolite membraneuse.

En somme, chez tous les malades qui présentent les signes d'appendicite chronique ou qui souffrent encore après l'appendicectomie, il faudrait explorer l'état du côlon ascendant et des coudures coliques hépatiques et spléniques par un lavement bismuthé et même par un repas bismuthé pour explorer aussi le duodénum (périduodénite adhérentielle), l'iléon (mésentérite rétractile, coudure de Lane), les coudures coliques droites et gauches, l'S iliaque (périsigmoïdite membraneuse), et le côlon pelvien (péricolite pelvienne membraneuse).

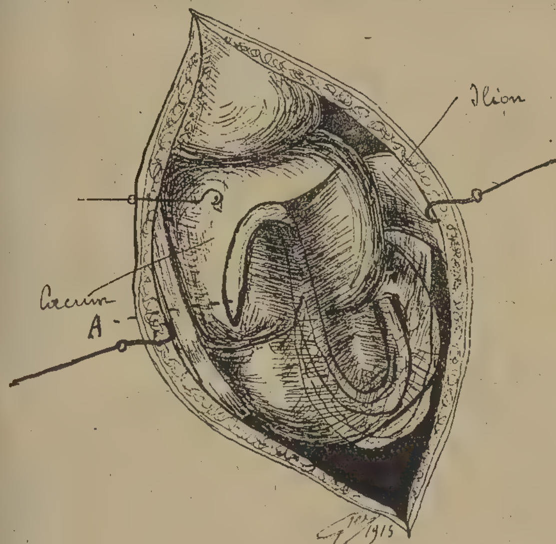


Fig. 1. — *Voile membraneux préappendiculaire et pré-cæcal.* Appendice sous-séreux accolé à la paroi du cæcum. Seule, la portion terminale A de l'appendice est libre de toute adhérence.

C'est en somme tout l'intestin, car les douleurs dans la fosse iliaque droite peuvent s'observer dans les différentes lésions sus-indiquées par distension rétrograde. Evidemment cela complique l'examen clinique.

J'ai observé tous les degrés de la péricolite membraneuse depuis le simple voile membraneux, transparent, vasculaire, jusqu'aux bandes fibreuses assez résistantes avec rétraction des bandes longitudinales et des bandes transversales.

Ces bandes ont des formes et des directions très variables [Rezanoff (1), Nasetti, etc.].

En juin 1913, j'ai présenté à la Société de chirurgie un cas de membrane sous-cæcale en nid de pigeon englobant le cæcum et l'appendice (fig. 1).

Voici un autre cas dans lequel les membranes partaient du péritoine pariétal externe et venaient



Fig. 2. — *Pérityphlite membraneuse.* Fausses membranes pariéto-coliques. (Observation personnelle.)

s'étaler sur tout le cæcum et la moitié inférieure du côlon ascendant, véritable pérityphlite membraneuse (fig. 2.)

Tantôt ces membranes sont transversales, pariéto-coliques ou pariéto-colo-cæcales.

Tantôt elles sont verticales, descendantes pariéto ou vésiculo-coliques, partant de la vésicule biliaire ou du duodénum, ou bien elles sont vésiculo-colo-cæcales.

Tantôt elles sont obliques en bas et en dehors, épiploo-transverso-coliques, avec accolement en « canon de fusil » du côlon ascendant avec le côlon transverse.

L'épiploon est souvent accolé au paquet membraneux et il déforme l'estomac en l'attirant à droite comme je l'ai vu plusieurs fois à la radioscopie.

(1) Mauclaire. Cæcoplicatures et cæcopexies complémentaires de l'appendicectomie, *Arch. gén. de chir.*, juin 1910 ; — Mégacôlon, *Soc. de chir.*, janv. 1913 ; — La péricolite membraneuse, *Revue intern. de méd. et de chir.*, 25 janv. 1913 ; — Péricolite membraneuse et anastomose iléo-transverse, *Progrès méd.*, mars 1913 ; — Cæcopexies et cæcoplicatures, *Soc. de chir.*, 18 juin 1913 ; — Greffes de séreuses pour péricolite et périsigmoïdite membraneuses, *Soc. de chir.*, 15 juin 1923.

(1) Rezanoff. *Chirurgia*, analysé in *Presse méd.*, 1913, p. 1063.

Parfois ces membranes ont une direction ascendante. Elles partent alors souvent de l'appendice ou des annexes droites, ce qui est plus rare.

Nasetti (1) les divise en membranes :

a. Pariéto-coliques latérales.

b. Pariéto-colo-cæcales latérales (fig. 3).



Fig. 3. — A. *Membrane pariéto-colique latérale.* — B. *Membrane pariéto-colo-cæcale latérale.* — C. *Membrane pariéto-cæcale latérale* (Nasetti).

c. Pariéto-cæcales latérales.

d. Pariéto-coliques descendantes.

e. Pariéto-colo-cæcales descendantes (fig. 4).



Fig. 4. — A. *Membrane inter-angulo-colique non épiploïque.* B et C. *Membranes inter-angulo-coliques épiploïques.*

f. Pariéto-coliques descendantes et cæco-iliaques descendantes.

g. Inter-angulo-coliques non épiploïques (fig. 5).

h. Inter-angulo-coliques épiploïques.

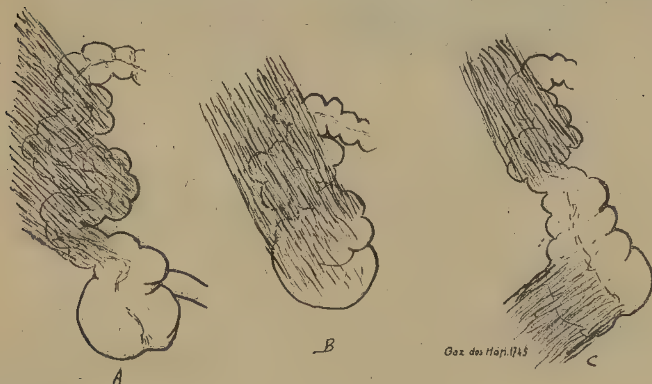


Fig. 5. — A. *Membrane pariéto-colique ascendante.* — B. *Membrane pariéto-colo-cæcale descendante.* — C. *Membrane pariéto-colique descendante et cæco-iliaque descendante.*

Il est à noter que, au-dessous de ces membranes, le cæcum et le côlon sont souvent apparemment sains, non dépolis. Ce fait est assez particulier et doit être retenu ; je l'ai observé plusieurs fois.

Outre ces paquets d'adhérences, il y a souvent d'autres lésions concomitantes. Ce sont les différentes ptoses si bien décrites par Glénard ; ce sont, soit les allongements du côlon ascendant dolichocôlons, soit au contraire un raccourcissement en accordéon du côlon ascendant par rétraction de la bandelette antérieure, bandelette sur laquelle j'ai souvent fait des incisions libératrices.

Toutes ces lésions engendrent des plicatures, des coudures, des rétrécissements. D'où la stase intestinale chronique, localisée ou généralisée de Lane avec toutes ses conséquences (1).

Il est curieux de constater que partout où il se fait de la stase intestinale on peut voir se développer à ce niveau des membranes péri-intestinales et des coudures anormales, plus ou moins aiguës. Est-ce la stase qui engendre la formation des membranes ou bien les membranes qui engendrent la stase? Est-ce une lésion congénitale qui du fait de la ptose hypertrophie et déforme par traction les ligaments congénitaux (Flint)? Est-ce une variété de « péritonite sèche membraneuse »? Une variété de péritonite sèche tuberculeuse? Une péritonite provoquée par un microbe spécial le bacillus adhenoformis de Bassler? (2)

Il est difficile de prendre parti entre les théories congénitales, la théorie mécanique, ptose et traction, la théorie inflammatoire, péritonéale et intestino-péritonéale.

Rappelons qu'Alglave (3) avait attribué ces lésions coliques à une ptose souvent primitive du rein.

Taddei (4) accepta cette idée et il fit la néphropexie lombaire.

Carson (5) pense au contraire que c'est le cæcum qui, plein de matières, tiraille et abaisse secondairement le rein.

Lardennois (6) fait jouer un rôle initial important à la colite du segment intestinal sous-jacent.

Pour Leveuf (7) c'est un reliquat de la grande bourse épiploïque qui existe chez l'embryon.

Pour Valtorta, Gaetano, Mutel et Fourché (8) c'est un fascia d'accolement pariéto-colique. Guillaume fait remarquer avec raison que si cette membrane de Jackson est une lésion fœtale pourquoi récidive-t-elle après ablation? (9).

Les lésions étant complexes : coexistence des membranes, des coudures, des ptoses, il faudra donc, outre l'ablation des membranes, faire des pexies intestinales et rénales.

Dans mes premiers cas, je me suis contenté de réséquer les membranes. Mais souvent elles se reproduisent et les douleurs persistent.

J'ai fait ensuite l'ablation des membranes et la colopexie latérale ou postérieure de Klose (10) et Waugh (11), puis la colopexie angulaire de Grégoire et Duval.

Rappelons que Donati (12) fait la colopexie angulaire par la voie lombaire et qu'il fait en même temps la néphropexie lombaire.

(1) Nasetti. *Arch. ital. di Chir.*, déc. 1921

(1) Voir Sorrel. Stase intestinale chronique, *Th. de Paris*, 1914, et Ch. Lefèvre. *Th. de Toulouse*, 1918-1919.

(2) Bassler. *Med. Record*, 1914, n° 10.

(3) Alglave. *Ann. des org. gén.-urin.*, 1907, et *Presse méd.*, 17 mai 1913.

(4) Taddei. *Riforma med.*, 10 janv. 1914.

(5) Carson. *The Practitioner*, oct. 1912.

(6) Lardennois. *Presse méd.*, 7 juin 1913.

(7) Leveuf. *Th. de Paris*, 1915.

(8) Mutel et Fourche. *Revue de chir.*, 1922.

(9) Guillaume. Opérations pour stase intestinale, *Gaz. des hôpit.*, 14 juillet 1923.

(10) Klose. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1908.

(11) Waugh. *Brit. med. Journ. of surg.*, 1920.

(12) Donati. *Arch. ital. di chir.*, 1920.

Enfin, depuis plusieurs mois, j'ai essayé la greffe séreuse complémentaire de l'ablation des membranes et de la colopexie.

Je me sers des fragments de séreuse animale préparés par M. Lemeland-Leclerc avec du péritoine pariétal de mouton et stérilisés dans l'alcool. C'est donc une « greffe morte hétéroplastique ».

J'enveloppe séparément le côlon ascendant puis le côlon transverse (fig. 6) et je fais la colopexie laté-

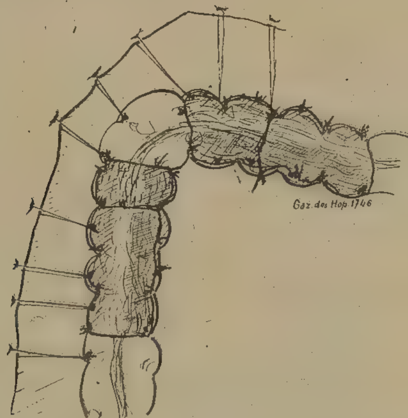


Fig. 6. — *Greffes séreuses sur le côlon descendant et sur le côlon transverse.*
Les fils longs servent à la colopexie.

rale ou en équerre pour bien écarter le côlon ascendant du côlon transverse. Il faut arrondir cet angle si aigu, ce pic que les matières fécales gravissent et franchissent si péniblement quand le malade est debout. Je mets aussi un fragment de séreuse sur le méso-côlon dénudé afin d'éviter la mésocolite rétractile.

Je pense que l'on pourrait aussi utiliser des fragments d'amnios de la femme, prélevés sur les membranes après l'opération césarienne. Ce seraient alors des greffes mortes homoplastiques, en principe bien préférables aux greffes hétéroplastiques. Je les ai d'ailleurs utilisées expérimentalement chez le lapin en les conservant quelque temps à la glacière. Mais je les trouve bien minces.

Je donnerai plus tard les résultats histologiques. D'une manière générale, les greffes de séreuses réussissent bien (1).

Quant aux cæcopexies, et aux cæcoplicatures, j'en ai fait comme bien des chirurgiens (2), mais elles sont complètement insuffisantes, la distension et la ptose du cæcum sont une distension et une ptose rétrogrades.

Les lésions du cæcum sont le plus souvent secondaires à la lésion du côlon ascendant et de l'angle colique droit et aussi à celle de l'angle colique gauche, pic souvent si aigu et si haut placé.

Ce n'est pas sur ces lésions cæcales « rétrogrades et secondaires » que doit porter le traitement chirurgical.

Évidemment, ces greffes de séreuses ne sont pas applicables pour les cas dans lesquels le côlon ascendant est très déformé, raccourci en accordéon, rétréci par des bandes transversales et par la rétraction des bandes longitudinales du côlon ascendant.

Dans ces conditions, il faut évidemment faire la dérivation ou la colectomie, opérations que j'ai pratiquées pour ces cas graves et complexes.

Chez des lapins, j'ai fait quelques essais de greffe expérimentale des fragments de péritoine de mouton et d'amnios humain. Le péritoine pariétal du mouton se greffe très bien, sans laisser aucune trace.

(1) Mauclaire. *Les Greffes chirurgicales*, Paris 1922.
(2) Mauclaire. Loc. cit.

* * *

La greffe d'amnios pour éviter les adhérences péritonéales après laparotomie a été tentée par Lyman (1).

Déjà, bien des techniques ont été suivies pour éviter la reproduction des adhérences après l'ablation des membranes péricoliques.

Connel détache les membranes à leur extrémité interne et en les faisant pivoter sur leur insertion externe, il fixe la membrane au péritoine pariétal antérolatéral. Cela écarte le côlon ascendant du côlon transverse.

Tosatti (2) conseille de sectionner ces adhérences au thermocautère ; elles auraient ainsi moins de tendances à se reproduire.

Taddei (3) a fait de véritables autoplasties séreuses avec les membranes elles-mêmes.

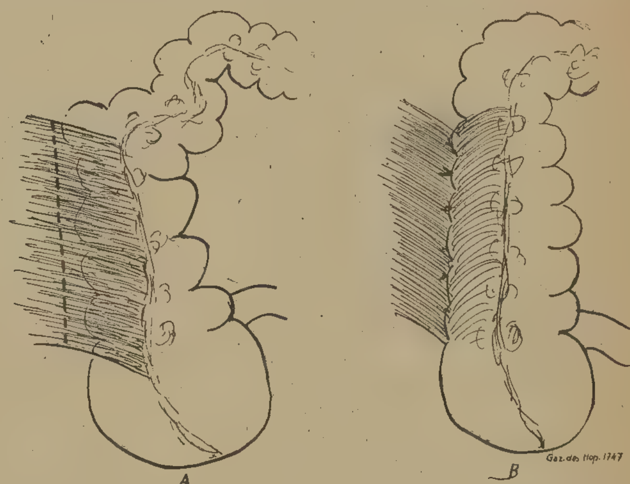


Fig. 7. — A. *Membrane pariéto-colique avec coudure colique* (section longitudinale). — B. Le lambeau interne est suturé sur le côlon. Le lambeau externe est suturé sur la paroi (Nasetti).

Si la membrane est transversale, il l'incise longitudinalement, puis le lambeau interne est suturé sur le côlon et le lambeau externe est suturé sur la paroi (fig. 7).



Fig. 8. — *Membrane descendante.* Incision transversale elliptique. B. Suture suivant l'axe vertical.

(1) Lyman. *Colorado med. Journ.*, 1915.
(2) Tosatti. *Clin. chir.*, 1913, n° 11.
(3) Taddei. In Nasetti. *Arch. ital. di chir.*, déc. 1921. — Donati. Loc. cit.

S'il s'agit d'une membrane descendante, il fait une résection ovalaire transversale et il met ensuite des points de suture réunissant verticalement la perte de substance (fig. 8).

Quand la membrane est interangulo-colique, elle est sectionnée longitudinalement et le lambeau externe est suturé sur le côlon ascendant et le lambeau interne est suturé sur le côlon transverse (fig. 9).

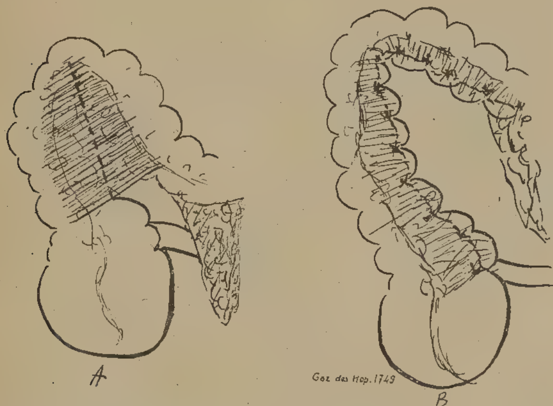


Fig. 9. — A. *Membrane inter-angulo-colique.* — B. Le lambeau externe est suturé sur le côlon ascendant et le lambeau interne sur le transverse.

Si l'épiploon fait partie des membranes, on fait une incision sinueuse et le lambeau externe est fixé sur le côlon ascendant et l'épiploon est réséqué (fig. 10).

Toutes ces autoplasties de Taddei et Nasetti sont très ingénieuses, mais j'ai peur que les membranes ne se reproduisent.

Pour éviter la production des adhérences péritonéales, Ligabue (1) a ait des expériences et c'est l'huile de vaseline à faible dose qu'il recommande.



Fig. 10. — A. *Membrane inter-angulo-colique épiploïque.* Section sinueuse. — B. Suture du lambeau externe sur le côlon ascendant et résection de l'épiploon.

Aussi Mayo, après résection des membranes, arrose la plaie avec de la vaseline stérilisée. Behrend et Norman conseillent la dichloramine (2).

Hamant utilise de l'huile camphrée. Bien d'autres substances ont été essayées dans ce même but [Luccorelli et Calvi (3)].

(1) Ligabue. *Clinica chir.*, 1911, p. 1934.
(2) Moses Behrend et Norman Rothschild. *Amer. Journ. of surg.*, 1919, p. 203.
(3) Luccorelli et Calvi. *Il Morgagni*, janv. 1923.

Dans un cas, dont je représente la radiographie, j'ai versé sur la région péritonéale cruentée de l'huile de vaseline stérilisée. Les membranes étaient

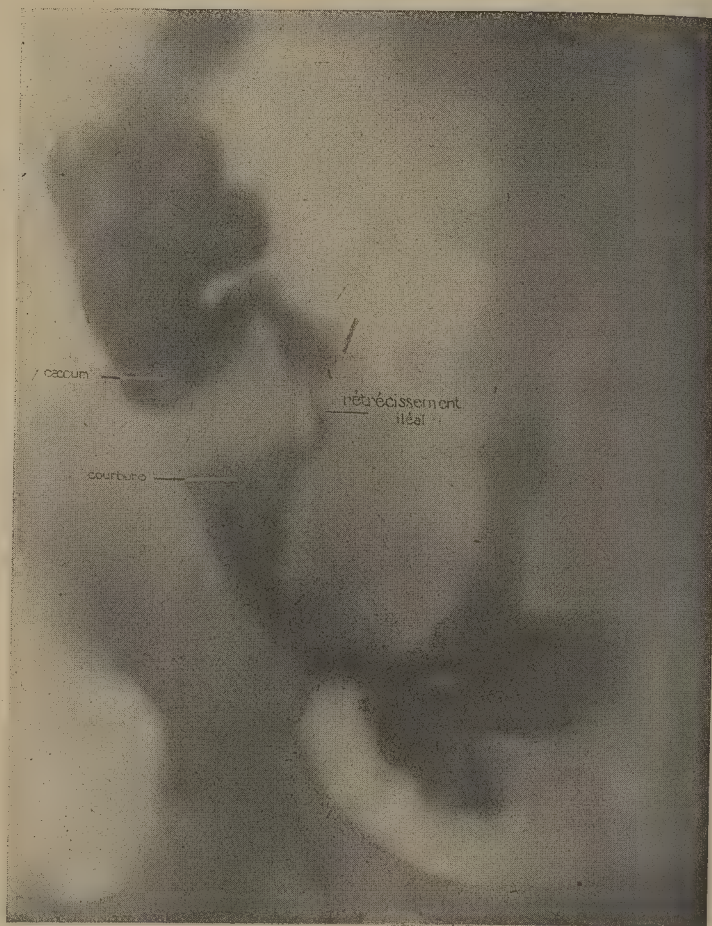


Fig. 11.— *Péricolite membraneuse.* Spasme rétrograde sur le grêle.

très abondantes sur l'angle colique droit. Quant au prétendu foyer de membranes sur la terminaison du grêle et sur le cæcum, il n'y en avait aucune trace. Il s'agissait probablement d'un spasme de la fin du grêle (fig. 11). Il faut être prudent dans l'interprétation des radiographies ; il faut les multiplier. La radiographie peut donc parfois nous induire en erreur. Le fait est à retenir.

Dans un cas, R. Lefort (1), après ablation des membranes, accola l'épiploon, entre le côlon ascendant et le côlon transverse. Je ne crois pas que ce soit là une bonne technique. Il vaut mieux réséquer tout l'épiploon, tant il prédispose aux adhérences.

Witheford et Hamilton (1899) ont conseillé les greffes épiploïques sur les organes abdominaux pour éviter les adhérences postopératoires. Mais Springer (1906) et Myahana (1917) ne recommandent pas cette technique. Patry (1920) la pratique volontiers.

M. Pierre Duval (2) a fait des greffes épiploïques libres, greffes séro-graisseuses et il s'en déclare très satisfait. Je crois que les greffes séreuses pures sont préférables.

J'ai utilisé également ces greffes de péritoine hétéroplastique dans un cas de périsigmoïdite membraneuse. On sait combien celle-ci est fréquente, surtout chez la femme, avec ou sans salpingite gauche concomitante. J'ai appliqué la greffe et sur

(1) R. Lefort. In *Thèse* Malebranke, Lille 1911.
(2) P. Duval. *Soc. de chir.*, juin 1922.

l'S iliaque (fig. 12) et sur le péritoine dénudé pour éviter la mésosigmoïdite rétractile.

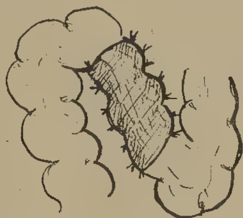


Fig. 12. — *Greffe de séreuse sur l'S iliaque.* Dessins de M. Flipo.

Ici encore, la simple exérèse des membranes, exérèse que j'avais déjà faite plusieurs fois, ne suffit pas. Il faut, en outre, faire une pexie postérieure de l'S iliaque.

J'ai encore utilisé les mêmes greffes séreuses hétéroplastiques mortes dans un cas de perforation de l'intestin grêle.

Récemment, dans un cas d'adhérences périvésiculaires et du bord antérieur du foie, à la paroi abdominale, après une cholécystostomie, j'ai rompu ces adhérences, puis enveloppé le bord antérieur du foie avec une bande de séreuse hétéroplastique, puis j'ai versé dans les foyers une assez grande quantité de vaseline stérilisée. Ces greffes séreuses peuvent donc aussi servir à recouvrir les dénudations viscérales que l'on ne peut pas péritoniser.

Ces greffes séreuses pourraient encore être utilisées dans les cas d'adhérences périduodénales, lésions assez fréquentes (Fœrster, Jean) ou d'adhérences au niveau de l'angle colique gauche, pic encore plus élevé et que les matières fécales doivent gravir.

Ces greffes séreuses peuvent aussi être pratiquées dans les cas graves de mésentérite rétractile avec adhérences, ou après ablation de la membrane iléale de Lane ou encore au niveau du côlon pelvien. A l'union de celui-ci et du rectum, on rencontre souvent des adhérences, des coudures. Après l'ablation de ces adhérences colopelviennes, la pexie du côlon pelvien est indiquée. Kellog (1) l'a pratiquée. Mais sa technique me paraît trop complexe.

Quant aux résultats de ces greffes séreuses, je puis dire que mes opérés ne souffrent plus : la stase intestinale s'est très améliorée. A la radioscopie, après lavement bismuthé, on voit que le côlon ascendant et le transverse restent bien séparés. C'est tout ce que je peux dire pour le moment.

Cela n'empêche pas, évidemment, le traitement médical concomitant et le régime alimentaire adéquat.

En somme, je crois que ces greffes séreuses peuvent rendre des services dans tous les cas susindiqués, c'est pourquoi j'ai tenu à publier mes essais.

La pratique du pneumothorax thérapeutique, par Dumarest et Murard. 2e édition. 1 vol., 356 pages, 12 planches. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'hygiène de l'œil et le travail industriel. Broch., 1923, 160 pages. — Prix : 3 fr. suisses. — Genève, Bureau international du travail (Etudes et documents).

---

(1) Kellog. *Amer. Journ. of surg.*, avril 1917.

ACTUALITÉS

L'ORIGINE DE LA VIE ET LES FACTEURS DE L'ÉVOLUTION

La grande bataille que, de 1859, date de l'apparition du livre de Ch. Darwin sur *L'origine des espèces*, jusqu'aux premières années du xxe siècle, partisans et adversaires de l'évolution se sont livrés paraît désormais terminée et d'une manière un peu inattendue. Comme le constatait F. Le Dantec, dans *La crise du transformisme*, si l'idée générale de la succession parentale des organismes est acceptée par tous les naturalistes, aucun des grands facteurs qu'elle invoque pour l'expliquer, ni les effets de l'usage et de la désuétude, ni la sélection, ni la ségrégation, ni les lois de Naudin-Mendel, ni la mutation de de Vriès, n'apportent de précisions satisfaisantes, et l'hérédité, malgré Weismann, reste aussi incompréhensible qu'autrefois. Aussi, après la période d'enthousiasme constructeur, marquée par les divagations romantiques de Ernst Haeckel, après la période d'exposé critique, dont le grand ouvrage d'Yves Delage sur l'hérédité a été l'expression, en sommes-nous maintenant à une période de lente démolition, que soulignent particulièrement deux livres de M. Et. Rabaud, *Eléments de biologie générale* et *Evolution et adaptation.*

Cependant, parmi ces décombres, des faits demeurent qui peuvent être utilisés comme matériaux pour de nouvelles constructions. Divers auteurs ont déjà entrepris cette tâche nécessaire et l'un d'entre eux, M. H. F. Osborn, directeur du Muséum d'Histoire naturelle de New-York, mérite d'être signalé. M. Osborn a en effet publié, en 1917, un ouvrage de vulgarisation récemment traduit en français, sous le titre : *Origine et Evolution de la vie*, dans lequel il tente de résoudre, à l'aide des données actuelles et d'une façon souvent originale, les problèmes de l'origine et de la filiation des espèces. Ces problèmes touchent de plus près qu'on ne croit à la médecine, qui, elle-même doit contribuer, dans une certaine mesure, à leur solution.

***

Bien que n'adoptant pleinement ni le lamarckisme ou le néolamarckisme, ni le darwinisme ou le néodarwinisme, Osborn est un partisan convaincu de la doctrine de l'évolution ; son opinion est une sorte de compromis entre ces divers systèmes. En effet, les interprétations de l'évolution organique mettent en jeu soit des causes externes (Lamarck), soit des causes internes (Darwin et surtout Weismann et de Vriès). En réalité, les unes et les autres interviennent et les changements des organismes résultent de leur concurrence. Mais la matière vivante est transformatrice d'énergie ; en ses derniers éléments, elle se ramène à des colloïdes, dont l'équilibre est instable et en perpétuelle variation ; il y a donc perpétuellement réaction entre ses colloïdes et entre ceux-ci et le milieu, réaction conditionnée par quatre groupes ou complexes d'énergie desquels dépendent, d'après l'auteur, les manifestations et l'évolution vitales : 1° le *milieu inorganique*, énergie du soleil et des radiations, de la terre, des eaux, de l'air ; 2° l'*organisme*, énergie de l'individu, énergie de coordination, d'agrégation ou de séparation ; 3° le

germe héréditaire, énergie de la chromatine héréditaire, concentrée dans les cellules germinales des générations successives (OSBORN admet l'opposition du *soma* et du *germen* et les déterminants de WEISMANN); 4° enfin le *milieu vivant*, réaction des flores et des faunes sur l'individu et de l'individu sur les organismes environnants.

Ces complexes d'énergie n'ont agi que successivement. Au début, ils mirent seulement en œuvre certains matériaux chimiqnes ou éléments *biogénétiques*, qui réagirent entre eux puis produisirent des agents d'interaction, créant peu à peu l'unité fonctionnelle, ou organisme, dont les propriétés essentielles se seraient fixées sur une matière spéciale, la chromatine germinale, chargée d'énergie latente et devenue « pouvoir directeur de l'hérédité », parce que c'est grâce à elle que se transmettent les caractères.

*
* *

Puisque la vie est l'effet naturel des lois physicochimiques, elle a dû apparaître à un certain moment de l'histoire de la Terre. Mais à quel moment et dans quelles conditions? On devrait en retrouver les traces dans les plus anciennes couches du précambrien, si l'extrême fragilité des premiers organismes, le métamorphisme et les dislocations érogéniques ne les avaient presque entièrement fait disparaître. Cependant la découverte par WALCOTT de bactéries dans l'Algonkien du Montana (U. S. A.) oriente les idées sur les conditions qui ont présidé à l'apparition de la vie. Contrairement à l'opinion admise par les botanistes, OSBORN pense que la vie a trouvé son origine, non dans le grain chlorophyllien, mais dans un complexe incolore voisin du protoplasma des bactéries nitrifiantes, attendu que, à cette époque, l'action des radiations lumineuses était en partie empêchée par la vapeur d'eau et les gaz accumulés dans l'atmosphère. OSBORN soutient donc que la matière incolore a rencontré dans les eaux littorales et les endroits humides, à proximité des projections volcaniques qui lui fournissaient l'ammoniaque et partant l'azote, toutes les circonstances chimiques et énergétiques favorables à sa production. Cette substance vivante élémentaire constituée, l'énergie d'interaction est intervenue pour coordonner et unifier le complexe par le moyen d'agents, catalyseurs et enzymes, hormones et chalones, vitamines, etc., dont le rôle apparaît considérable dans la corrélation fonctionnelle des organismes pluricellulaires.

Dans la matière vivante primitive, d'où provient la chromatine, support présumé de l'énergie héréditaire? C'est là un problème que l'histologie a été jusqu'ici incapable de résoudre. Par suite des propriétés différentes du cytoplasma et du noyau, on a parfois envisagé l'origine parasitaire et symbiotique de ce dernier. Mais, acceptant la théorie de WILSON, OSBORN admet que la chromatine et le protoplasma ont coexisté dès le plus ancien stade, parce que, en vertu des qualités conférées hypothétiquement à la chromatine, cette coexistence est indispensable pour expliquer la transmission de la structure et de la forme, c'est-à-dire l'hérédité.

*
* *

De la bactérie incolore dérivent tous les organismes, attendu que son protoplasma est seul à même de fixer directement l'azote et de le fournir d'abord aux végétaux puis, par leur intermédiaire, aux animaux. Ce végétal, condensateur d'énergie, s'est spécialisé dans ce rôle par la formation de la chlorophylle ; dès lors, il a été lié au sol, à cause des ressources nutritives qu'il y puise et par la nécessité d'épanouir sa surface verte dans l'atmosphère et à la lumière ; chez lui, la mobilité est presque réservée aux cellules sexuelles. Chez l'animal, parasite obligé du végétal, la mobilité est la conséquence de ses besoins et le fait consommateur d'énergie ; d'où la différenciation d'appareils de renseignements, sens et système nerveux, qui n'existent pas chez les plantes. La fixation au sol explique que les végétaux soient plus sensibles que les animaux aux changements de milieu et présentent plus nettement ces variations brusques auxquelles de VRIÈS a donné le nom de *mutations*.

Les lois qui président à l'évolution des animaux dépendent de facteurs d'interaction dont l'effet devient de plus en plus compliqué par l'apparition de ce que JENNINGS appelle « une apparence consciente dans la conduite », car les « essais » qui aboutissent à des rudiments de choix, de sensibilité, de satisfaction des divers besoins, fondement de l'instinct, de la mémoire et de la conscience, ont une influence *constructive* et commandent les résultats de la sélection et du rayonnement adaptatif. La loi du rayonnement adaptatif, formulée par OSBORN, est une extension de la loi de divergence morphologique de LAMARCK; elle exprime comment les formes se modifient sous l'action des variations d'habitat : 1° par adaptation divergente d'espèces de même origine rayonnant dans des habitats différents, ou convergente d'espèces différentes venues dans un même habitat; 2° par adaptation directe à une série ascendante d'habitats (passage de l'habitat aquatique à l'habitat terrestre par exemple), régressive ou alternante par suite du retour à l'habitat primitif, puis à l'habitat secondaire; 3° par adaptation de fonction, par adaptation au parasitisme ou à la symbiose, etc. Toutefois, la constance de l'habitat n'entraîne pas l'invariabilité, parce que, d'après la loi de compensation de GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, les espèces tendent en s'adaptant de mieux en mieux, à développer certains organes et à en sacrifier d'autres, sans pouvoir récupérer ceux-ci. C'est ainsi que l'extinction de divers types de vertébrés a été déterminée par l'adaptation trop étroite à un habitat donné; le milieu venant à changer, le type n'a pas été capable d'une adaptation nouvelle suffisante et il a disparu. Ces lois trouvent leur vérification dans les exhumations paléontologiques et dès les premières faunes cambriennes, et semblent établir le rôle des facteurs d'interaction dans le développement des fonctions supérieures, locomotion plus efficace pour la recherche de la nourriture et la fuite, production d'armes et d'armures défensives ou offensives, procédés chimiques d'attaque et de défense, mode de protection et de dissimulation, etc.

OSBORN donne justement, dans l'évolution, une plus grande importance aux variations lentes, continues et ordonnées qu'aux mutations brusques, discontinues et fortuites. Pourtant, aux yeux de certains transformistes, comme POULTON, de VRIÈS et BATESON, la genèse des caractères a aujourd'hui plus d'intérêt que celle des espèces, parce que ces caractères répondent à des déterminants inclus dans la chromatine germinale, laquelle paraît insensible aux changements somatiques. Comment concilier

cette hypothèse avec le fait que les espèces s'adaptent et se diversifient? OSBORN invoque encore les facteurs d'interaction, qui entraînent en particulier la « quantité de changement », c'est-à-dire la vitesse ou la lenteur avec laquelle apparaît un caractère, et par laquelle se règle le progrès, l'équilibre ou la dégénérescence de la forme animale; à l'aide des « messagers » (enzymes, hormones), ils déterminent la coopération des caractères somatiques et leur répercussion correspondante sur les cellules reproductrices. C'est par ce moyen que la chromatine enregistrerait les modifications acquises et les transmettrait ensuite aux descendants.

*
* *

La conception synthétique d'OSBORN, chacun peut en faire la remarque, s'étaie de nombreuses hypothèses; elles forment des cadres, dont quelques-uns sont à peu près vides, d'autres en apparence mieux remplis. Grâce à l'incomparable richesse de sa documentation paléontologique, le savant américain a pu établir des séries de modifications morphologiques suggérant l'idée du mécanisme physiologique qui les a déterminées, mais n'en apportent pas la preuve expérimentale. Nous en sommes toujours au même point; les faits s'accumulent; aux facteurs énumérés par GIARD avec tant de soins, d'autres se substituent ou s'ajoutent, mais nous demeurons incapables d'expliquer rigoureusement la plus petite variation ou mutation. Il faut donc croire, avec M. Et. RABAUD, que la morphologie est impuissante à donner la clef du mystère et qu'il convient de chercher plutôt dans le domaine de la chimie physique les éléments d'interprétation et de compréhension qui persistent à nous échapper.

J. LAUMONIER.

DOCUMENTS OFFICIELS

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'INDOCHINE

Le ministre des Colonies a fait signer un décret destiné à remplacer le décret du 18 mai 1921, instituant en Indochine une école de médecine et de pharmacie de plein exercice.

Ce décret réalise les innovations suivantes :

Le personnel enseignant de l'école comprenant des professeurs titulaires, il a paru nécessaire d'exiger du directeur le doctorat en médecine et le titulariat.

D'autre part, la commission, chargée d'examiner les candidatures aux divers postes de professeurs titulaires, sera une Commission scientifique dont les membres pourront toujours être facilement convoqués. Elle ne comprendra plus, comme dans le présent décret, de membres qu'il était difficile de faire venir à Hanoï sans troubler la marche du service dont ils ont la direction.

Enfin, tout en rattachant en principe à la Faculté de Paris l'école de Hanoï, le nouveau règlement autorise, pour des raisons de famille ou d'études, les étudiants de cette école à passer leur doctorat devant une autre Faculté de la métropole ou d'Algérie, notamment devant celles qui possèdent un institut de médecine coloniale. Réciproquement les Universités métropolitaines, qui possèdent un institut de médecine coloniale, pourront envoyer leurs étudiants à l'école de Hanoï.

Voici le texte du décret, qui porte la date du 30 août :

« ARTICLE PREMIER. — L'école de médecine de l'Indochine est érigée en école de médecine et de pharmacie de plein exercice.

Elle continuera néanmoins à former dans des sections spéciales des médecins et des pharmaciens auxiliaires indigènes du service de l'assistance médicale, ainsi que des sages-femmes indigènes, aux conditions qui sont ou seront expressément réglées par arrêté du gouverneur général, pris sur la proposition du directeur de l'Instruction publique, après avis du directeur de l'école de médecine.

ART. 2. — Les dispositions de la réglementation métropolitaine sur les études médicales telles qu'elles résultent pour les écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice des décrets susvisés seront obligatoires pour l'école de plein exercice de l'Indochine suivant les modalités qui sont spécifiées par le présent décret.

TITRE PREMIER. — *Organisation de l'école de plein exercice.* — ART. 3. — Le directeur de l'école de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine est nommé par le gouverneur général de l'Indochine, sur la proposition du directeur de l'Instruction publique.

ART. 4. — Le personnel enseignant comprendra : *a.* Des professeurs titulaires; *b.* Des chargés de cours; *c.* Des chefs de travaux; *d.* Des fonctionnaires et employés auxiliaires.

ART. 5. — Les grades et titres à exiger du directeur des professeurs titulaires, des chargés de cours et des chefs de travaux sont (art. 1er, décret, 1er août 1883) :

1° Pour le directeur, le doctorat en médecine et le titre de professeur;

2° Pour les professeurs ou chargés de cours de médecine, le doctorat en médecine;

3° Pour les professeurs ou chargés de cours de pharmacie et de matière médicale, le diplôme de pharmacien de première classe;

4° Pour les professeurs de physique, chimie ou histoire naturelle, de doctorat ès sciences ou l'agrégation de ces spécialités;

5° Pour les chargés de cours de physique, de chimie et de sciences naturelles, la licence ès sciences (avec les certificats correspondants), ou, pour la chimie, le diplôme de pharmacien de première classe.

Pour les chefs de travaux anatomiques, le doctorat en médecine.

Pour les chefs de travaux, le doctorat en médecine ou le diplôme de pharmacien de première classe, ou la licence ès sciences, ou le diplôme d'ingénieur chimiste ou d'expert chimiste des Universités de la métropole.

ART. 6. — La nomination des professeurs titulaires est faite par le gouverneur général de l'Indochine, sur la proposition du directeur de l'Instruction publique, après consultation d'une Commission chargée d'examiner les titres et les travaux des candidats.

Cette Commission, présidée par le directeur de l'Instruction publique ou son adjoint, sera ainsi constituée :

1° Le directeur de l'Instruction publique et son adjoint;

2° L'inspecteur général des services sanitaires de l'Indochine;

3° Le directeur local de la santé du Tonkin;

4° Le directeur et un professeur titulaire de l'école de plein exercice désigné par le directeur de l'Instruction publique.

Toutefois, les professeurs titulaires, actuellement en fonctions à l'Ecole de médecine de l'Indochine, seront nommés professeurs titulaires de l'école de médecine de plein exercice, à compter de la date de la promulgation en Indochine du présent décret.

ART. 7. — Les chargés de cours et les chefs de travaux seront nommés, pour une période d'un an, par le gouverneur général, sur la proposition du directeur de l'Instruction publique.

Un cadre de chefs de travaux titulaires pourra être établi par arrêté du gouverneur général, sur la proposition du directeur de l'Instruction publique.

ART. 8. — Le personnel auxiliaire, rétribué sur le budget de l'école, sera désigné par le directeur de l'Instruction publique, sur la proposition du directeur de l'école.

ART. 9. — Sous réserve des dispositions spéciales énoncées au présent décret, les règlements et arrêtés applicables au directeur et au personnel enseignant de l'école de médecine sont les mêmes que ceux qui régissent les directeurs et le

personnel enseignant des autres établissements d'enseignement supérieur, dont l'ensemble constitue l'Université indochinoise.

TITRE II. — *Enseignement.* — ART. 10. — L'école comportera obligatoirement les enseignements magistraux suivants : anatomie, physiologie, pathologie interne et pathologie générale, histologie et anatomie pathologique, hygiène et pathologie exotique, pathologie externe et médecine opératoire, thérapeutique et matière médicale, physique et chimie médicales, obstétrique et gynécologie, bactériologie et parasitologie.

Les enseignements de clinique comprendront : clinique chirurgicale, clinique médicale, clinique obstétricale et gynécologique, clinique des maladies de l'enfance, clinique ophtalmologique, clinique oto-rhino-laryngologique, clinique des maladies vénériennes et cutanées.

ART. 11. — L'assemblée des professeurs et des chargés de cours dresse le programme annuel d'enseignement soumis à l'approbation du directeur de l'Instruction publique.

ART. 12. — L'hôpital indigène du protectorat à Hanoï servira d'hôpital d'application.

A cet effet, il sera obligatoirement placé sous la direction du directeur de l'école de plein exercice.

Les cliniques énumérées à l'article 10 auront lieu à l'hôpital indigène du protectorat à Hanoï, sauf celle des maladies des yeux qui aura lieu à l'Institut ophtalmologique.

ART. 13. — La répartition des enseignements, des travaux pratiques et du stage sera conforme aux prescriptions du titre IV du décret du 20 novembre 1911.

TITRE III. — *Examens.* — ART. 14. — Les examens seront subis dans les conditions prescrites par le décret du 29 juillet 1912, sous réserve des modalités ci-après :

Les jurys d'examen sont présidés par le directeur de l'école. Toutefois, le ministre de l'Instruction publique pourra déléguer à cette présidence un professeur ou un agrégé d'une Faculté de médecine de la métropole ou d'Algérie.

Le directeur de l'école de médecine transmet à la fin de chaque année au directeur de l'Instruction publique un rapport détaillé sur les examens et sur le fonctionnement de l'école accompagné d'un tableau du personnel enseignant et des cours professés. Ce rapport est transmis au ministre de l'Instruction publique par l'intermédiaire du ministre des colonies.

ART. 15. — Après la cinquième année d'études, les élèves ayant passé avec succès tous leurs examens annuels seront admis à subir, devant la Faculté de médecine de Paris, l'examen de cinquième année, les examens de clinique et la thèse dans les conditions fixées par le décret du 29 juillet 1912.

ART. 16. — Conformément aux prescriptions du décret du 29 juillet 1920, l'école de médecine et de pharmacie de l'Indochine est rattachée à l'Université de Paris. Toutefois, pour des raisons de famille ou d'études, le ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, sur l'avis conforme du directeur de l'Instruction publique de l'Indochine, pourra autoriser les candidats au doctorat à faire valider leurs vingt inscriptions dans une autre Faculté de la métropole ou d'Algérie, notamment près de celles qui possèdent un institut de médecine coloniale. En ce cas, le gouverneur général pourra envoyer les meilleurs des candidats dans un de ces instituts, au titre de boursiers de la colonie.

Les demandes d'inscription sont transmises au ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts par l'intermédiaire du gouverneur général et du ministre des Colonies. Le directeur de l'Instruction publique de l'Indochine les accompagne des pièces établissant que l'intéressé possède le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Réciproquement, les Universités qui possèdent un institut de médecine coloniale pourront envoyer à l'école de médecine de Hanoï, pour un ou plusieurs semestres, des étudiants en médecine coloniale, boursiers ou libres, désireux de faire un stage dans les hôpitaux du protectorat.

Des échanges de professeurs entre l'école et ces instituts pourront être réglés par arrêtés ultérieurs.

Dispositions spéciales. — ART. 17. — Par mesure transitoire, les dispositions de ce décret sont applicables rétrospectivement aux étudiants en cours d'études au 1er octobre 1918 ou inscrits depuis cette époque.

ART. 18. — Est et demeure rapporté le décret du 18 mai 1921.

ART. 19. — Le ministre des Colonies et le ministre de l'Instruction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié aux *Journaux officiels* de la République française et de l'Indochine et inséré au *Bulletin des lois* et au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies. »

NOTES DE PRATIQUE

LES HYPNOTIQUES DANS L'INSOMNIE DES CARDIOPATHES

Le maniement des hypnotiques exige chez les cardiaques une grande délicatesse de doigté, d'autant plus que souvent le traitement digitalique, par son action sur la circulation et le rein, procurera la sédation de l'insomnie.

Sauf peut-être pour certains intoxiqués (alcoolisme, tabagisme), il faut bannir d'emblée les opiacés qui ont le défaut d'entretenir l'état congestif. Le chloral doit être également écarté, en raison de l'action nocive qu'il exerce toujours plus ou moins sur le cœur. Le dial peut être prescrit dans certains cas avec avantage. En raison de son activité à faible dose, de sa rapide élimination, de son innocuité sur le rein, de la légère hypotension qu'il détermine passagèrement, il convient beaucoup mieux que les autres uréides à la plupart des cardiopathes.

Outre l'action somnifère recherchée, il calme l'éréthisme vasculaire et par là même remplit une double indication chez certains insuffisants des orifices, chez les névrosés atteints de palpitations ou de tachycardie, de même que chez les basedowiens. Chez tous ces malades la dose de 0g10 ne devra pas être dépassée.

LIVRES NOUVEAUX

Traité pratique de cystoscopie et de cathétérisme urétéral (1), par G. MARION, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière; M. HEITZ-BOYER, professeur agrégé de chirurgie des voies urinaires à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, 2e édition, entièrement refondue.

Paru un mois avant la guerre, cet ouvrage s'est trouvé complètement épuisé avant la fin des hostilités. Une deuxième édition s'imposait, complétée, enrichie des nombreux perfectionnements qu'ont rencontrés, depuis quelques années, la technique de la cystoscopie et du cathétérisme.

Dans cette seconde édition, les auteurs n'ont plus établi de distinction aussi tranchée entre la cystoscopie à vision inversée ou redressée : tout urologue doit maintenant pouvoir recourir indifféremment à l'une ou à l'autre.

Le chapitre concernant les notions optiques et l'interprétation des images a été entièrement remanié.

Une part importante a été faite à l'urétro-cystoscopie.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, la pyélographie, le chapitre de l'exploration fonctionnelle et celui des interventions cystoscopiques, ont été entièrement réécrits. On y trouvera les nouveaux appareillage et instrumentation, ainsi que les applications nouvelles concernant le traitement des cystites, des dilatations kystiques intravésicales de l'uretère, des calculs enclavés de la partie terminale de l'uretère, des papillomes de l'uretère, etc.

Telles sont, pour ne citer que les principales, les modifi-

(1) Un vol. grand in-8° de 480 pages avec 60 pl. en noir et en couleurs. — Prix : 100 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

cations apportées par la seconde édition à cette œuvre bien connue des deux éminents spécialistes français.

Quant au fond et quant au but poursuivi, ils sont restés les mêmes — les auteurs ont fourni aux urologues un exposé complet des connaissances endoscopiques : Les débutants y trouveront les notions élémentaires. Les spécialistes, en présence d'un cas difficile, y chercheront l'exposé de l'expérience d'autrui. Enfin, les auteurs ont mis, à la portée de tout chirurgien général, les notions nouvelles qui leur permettent, par des explorations très particulières et délicates, précédant l'acte opératoire, d'éviter des erreurs de diagnostic et des complications opératoires.

Chacun, livre en main, pourra interpréter les images vues au cystoscope, décider de l'opérabilité d'un néoplasme utérin, préciser le siège d'une suppuration pelvienne, rénale ou urétérale, etc.; chacun pourra, enfin, grâce aux méthodes d'exploration décrites dans cet ouvrage, décider et exécuter une intervention rénale ou urétérale, avec toutes les garanties possibles.

Les planches en couleurs ont été multipliées ; elles reproduisent tous les aspects visibles en cystoscopie. Avec le commentaire qui les accompagne, et le texte du livre, tout diagnostic doit pouvoir être fait. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU CALCANÉUM

B. **Fractures de la grosse tubérosité.** — *a.* FRACTURES VERTICO-TRANSVERSALES (identiques à fractures transversales du corps, mais plus postérieures).

Trait. — Vertical, part de la face supérieure en arrière du thalamus.

Déplacement du fragment inférieur assez faible, car les ligaments et les muscles plantaires empêchent la traction du tendon d'Achille.

b. FRACTURE DE L'ANGLE POSTÉRO-SUPÉRIEUR. — C'est la vraie fracture par arrachement, la plus fréquente de toutes les fractures du calcanéum après celles du thalamus.

Trait. — Suit les travées osseuses, oblique en haut et en avant. Commence au-dessous de l'échancrure du tendon, se termine en arrière du thalamus. A ce niveau le périoste reste adhérent.

Fragment. — Forme de pyramide triangulaire.

Déplacement. — Le fragment tiré par le tendon se porte en haut, et bascule autour de l'extrémité antéro-supérieure du trait, reste adhérent.

c. FRACTURE DE L'ANGLE POSTÉRO-INFÉRIEUR. — Beaucoup plus rare que la précédente.

d. FRACTURE DES TUBÉROSITÉS PLANTAIRES. — Décrites sous le nom de fractures écailleuses, représente une variété des fractures de l'angle antéro-inférieur.

e. DÉCOLLEMENT ÉPIPHYSAIRE.

C. **Fractures des apophyses.** — *a.* FRACTURE DE LA GRANDE APOPHYSE. — *Soit au niveau du col* : Le fragment postérieur, tiré en haut par le triceps, bascule et son extrémité antérieure s'abaisse. Le fragment antérieur est tiré en haut par le long péronier latéral qui passe au-dessous de lui.

Astragale : Glisse entre les deux fragments et augmente leur déplacement, tandis que par sa tête il disloque l'articulation scapho-astragalienne. *Soit fracture comminutive.*

Dans les deux cas : Effondrement de la voûte plantaire externe dont la concavité antérieure est remplacée par une saillie.

b. FRACTURE DE LA PETITE APOPHYSE. — *Partielle.*

Totale. — Le fragment comprend le sustentaculum, la gouttière du fléchisseur propre et une bande de tissu sous-jacent. Le fragment comble le canal calcanéen et efface l'orifice interne de la voûte plantaire, l'arc externe restant intact : l'astragale subit une rotation en dedans.

c. FRACTURE DE L'APOPHYSE TROCHLÉAIRE. — Arrachement de son insertion calcanéenne par le ligament péronéo-calcanéen.

D. **Fractures totales.** — Beaucoup plus rares que les fractures segmentaires.

Sagittales.

Horizontales.

Comminutives : ce sont les enfoncements du thalamus du troisième degré.

SYMPTOMES. — I. **Fractures du corps.** — *A.* Décrire comme type une fracture du deuxième degré.

SIGNES FONCTIONNELS. — Douleur très vive au moment du traumatisme. Impotence fonctionnelle absolue : le blessé n'a pu ni se relever, ni marcher.

SIGNES PHYSIQUES. — 1° Gonflement. Apparaît précocement et devient énorme. Au début localisé aux régions sous et rétro-malléolaires. Puis s'étend. Le relief normal du tendon d'Achille disparaît, noyé dans la masse. Enfin les régions malléolaires, l'avant-pied, quelquefois la jambe elle-même vont être envahies.

2° Ecchymoses. Apparition. Quelquefois très précoce : en quelques heures. Plus souvent assez tardive à cause de la grosse épaisseur des tissus à traverser.

Situation : classiquement dans les régions, sous-malléolaires, Mondor a montré la fréquence d'ecchymoses purement plantaires soit très limitées, soit étendues le long de la gouttière calcanéenne, pouvant ultérieurement s'étendre mais restant toujours distinctes des ecchymoses sous-malléolaires. On peut encore constater des ecchymoses dorsales, et même jambières.

3° Examen du blessé couché (examen de la face dorsale).

Déformation nulle sur cette face, sauf extension du gonflement.

Points douloureux nets peuvent être trouvés au niveau de l'interligne de Chopart.

Saillies anormales peuvent être perçues dans cet interligne, répondant à tête de l'astragale et à grande apophyse.

Recherche des mouvements provoqués Flexion et extension conservées. Abduction, adduction, rotation du pied peuvent être diminuées ou supprimées, elles sont en tous cas toujours douloureuses.

Mobilité anormale et crépitation manquent.

4° Examen du blessé debout.

Déviation du pied en valgus apparaît nettement dans cette position.

Affaissement de la voûte plantaire très visible surtout en dehors; la cambrure normale du pied est très diminuée.

Prendre des empreintes plantaires pour vérifier cet affaissement.

Abaissement des malléoles : appréciable à la vue dès qu'il atteint un 1/2 centimètre. Existe surtout en dehors. Sera reconnu alors qu'il est très faible en mesurant la distance qui sépare la malléole externe du sol.

5° Examen du blessé à genoux pour comparer ces 2 côtés, tendon d'Achille est flasque, orteils sont demi-fléchis.

En arrière, relief normal de la grosse tubérosité.

Apprécier à l'œil et mesurer au compas d'épaisseur :

1. La distance bimalléolaire qui est normal et égal à celui du côté opposé.

2. L'élargissement transversal de la région sous-malléolaire. Cet élargissement est en général facilement visible et donne à l'arrière-pied un aspect « soufflé » (Destot).

Explorer les points douloureux : au-dessous des malléoles.

Rechercher saillies anormales au-dessous des malléoles : on percevra assez souvent au-dessous de la malléole externe, point où la corticale du calcanéum est plus mince, un relief osseux dessinant un demi-cercle.

Le relief débordera la malléole externe. La dépression normale du sinus du tarse a disparu. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 77, p. 1242.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'atmolysé et de ses applications en physiologie. Thèse présentée à la Faculté des sciences de l'Université de Lyon par Louis MARTIN. — Lyon, Imprimerie Rey, 4, rue Gentil.

N° 80. — SAMEDI 6 OCT. 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 6 OCT. 1923. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 1er octobre 1923. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'ascite. »

M. Jourdan (G.) et Mlle Jacob, 12; MM. Illaire et Horovitz, 14; Jouniaux, 13; Hazan, 10; Jouanneau et Mlle Imbert, 12; MM. Jubelin, 10; Jaudel, 14; Hude, 13; Joseph, 15; Guillon, 6; Hamelin (Robert), 13; Jonard et Jesover, 15; Hamelin (Jean), 12; Jampolsky, 7.

Séance du 3 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Hodanger et Hamel, 11; Guybert de la Beausserie, 12; Grolet, 15; Juge et Ho Dae, 13; Hervy, 17; Anglade, 11; Brandy et Amiot, 13; Amid et Blanquine, 12; Mlle Bondoux, 14; MM. Boidot, 11; Boulègue, 6; Mlle Bourdin, 17 1/2; MM. Allard et Alépée, 13; Amaraggi, 10.

Anatomie. — Séance du 1er octobre 1923. — Question donnée : « Muscles pectoraux et leurs nerfs. »

MM. Pilpoul, 5; Pigache (René), 8; Patry, 13; Monod (P.), 10; Moureau, 11; Paschetta, 14; Moyse, 18; Matifat, 15; Miquel, 9; Philouze, 10; Moline, 13; Nicoglou, 12; Petit, 16; Parent et Mlles Moreau, 13; Odru, 14; Papaioannou, 17; Neveu, 14; M. Menneret, 8; Mlle Oguse, 14.

Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Nerf sciatique poplité externe. »

MM. Patte, 10; Papadopoulos, 6; Pirel, 16; Quériault, 12; Savigny, 13; Mlles Rabanit, 14; Talmazsky, 3; MM. Rouzaud, 5; Roulin, 11; Soulié, 15; Schlesinger, 12; Rivière, 6; Sicard, 18 1/2; Mlle Selikowitch, 14; MM. Ranglaret et Ripert, 12; Saint-Martin, 18; Mme Saulnier, 11.

— Concours d'aide d'anatomie. — Le jury est définitivement composé de MM. les professeurs Sébileau et Gosset, les docteurs Tuffier, Cauchoix et Faroy.

Faculté de médecine de Paris. — Concours pour le clinicat. — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 heures du matin.

Le lundi 29 octobre 1923, pour les clinicats suivants :

I. Clinicat médical : titul., 4; adj., 5; II. Clinicat chirurgical : titul., 2; adj., 3; III. Clinicat oto-rhino-laryngologique : titul., 1; adj., 2; IV. Clinicat de la première enfance : adj., 1; V. Clinicat des maladies mentales : titul., 2; adj., 2; VI. Clinicat thérapeutique médicale : adj., 2; VII. Clinicat thérapeutique chirurgicale : titul., 1; adj., 1; VIII. Clinicat chirurgical infantile : titul., 1; adj., 2; IX. Clinicat obstétrical : titul., 2; adj., 4; X. Clinicat propédeutique : titul., 1; adj., 1; XI. Clinicat médical infantile : titul., 1; adj., 1; XII. Clinicat gynécologique : titul., 1; adj., 1; XIII. Clinicat maladies infectieuses : titul., 1; adj., 2.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 20 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 à 17 heures.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Corps de santé militaire. — Par application des dispositions de l'article 1er de la loi du 8 juillet 1920 :

M. le médecin inspecteur Delporte, chef du Service de santé du 6e corps d'armée, a été placé, à compter du 2 octobre 1923, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

Légion d'honneur. — (*Promotion Pasteur*). — Ministère de l'instruction publique. — Sont élevés *à la dignité de grand officier.* — MM. les professeurs d'Arsonval et Charles Moureu, du collège de France; M. Leclainche, inspecteur

général des Services vétérinaires au ministère de l'Agriculture.

Sont promus ou nommés :

Au grade de commandeur. — MM. les professeurs Lacroix (du Muséum), Barrois (de Lille), Bouvier (du Muséum), Branly, Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris; J.-L. Faure (de Paris), Hugounenq (de Lyon), le docteur Maurice de Fleury (de Paris) et M. Auguste Lumière (de Lyon).

Au grade d'officier. — MM. les professeurs Marcel Labbé (de Paris), Abelous (de Toulouse), Bouin (de Strasbourg), Denigès (de Bordeaux), Lambling (de Lille).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Branca et Tiffeneau (de Paris), Aloy (de Toulouse), Ambard (de Strasbourg), Bosc (de Montpellier), Dufour et Guillemard (d'Alger), Masson et Nicloux (de Strasbourg), Vuillemin (de Nancy), Corvizy (de Limoges), Labbé (de Nantes), Roland (de Besançon), Guigues (de Beyrouth), Mme le docteur Phisalix (de Paris).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont promus ou nommés :

Au grade de commandeur. — M. Vallée, directeur du laboratoire des recherches des services vétérinaires de l'Etat.

Au grade d'officier. — M. le professeur Couvelaire (de Paris), M. le docteur Henri de Varigny (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. Adrien Latapie et Levaditi, de l'Institut Pasteur.

XXXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (Paris, 8-13 oct. 1923.) — Le Congrès tiendra sa séance d'ouverture le lundi 8 octobre 1923 à 14 h., sous la présidence de M. Strauss, ministre de l'hygiène.

Après le discours de M. Témoin (de Bourges), président du Congrès et le compte rendu de M. J.-L. Faure, secrétaire général, le Congrès abordera la première question mise à l'ordre du jour : *Transfusion sanguine.* Rapporteurs : MM. Jeanbrau (de Montpellier) et Victor Pauchet (de Paris) pour la partie chirurgicale. M. P. Emile-Weil pour la partie médicale.

Mardi soir 9 octobre, à 14 h. Deuxième question mise à l'ordre du jour : *Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux.* Rapporteurs : MM. Bégouin (de Bordeaux) et Savariaud (de Paris).

Mercredi soir 10 octobre, à 14 h., suite de la discussion sur la deuxième question.

Jeudi soir, 14 h., *Assemblée générale*; à 15 h. 1/2, *Films documentaires.*

Vendredi soir, 14 h., troisième question mise à l'ordre du jour : *Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales.* Rappporteurs : MM. Paul Mathieu (de Paris) et Villard (de Lyon).

CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE. — Le Congrès des pédiatres de langue française a lieu cette semaine à Bruxelles.

Questions à l'ordre du jour :

Les pneumococcies prolongées de l'enfance. Rapporteur : M. Gardner (de Lyon).

Le diagnostic et le traitement de l'invagination intestinale. Rapporteur : M. Raphaël Massart (de Paris).

Le traitement des anormaux. Rapporteur : M. Decroly (de Bruxelles).

CONGRÈS DE MÉDECINE TROPICALE DE SAINT-PAUL-DE-LOANDA. — Sur l'initiative du gouvernement portugais, un Congrès de médecine vient d'avoir lieu en pleine Afrique tropicale.

Un transatlantique portugais amena dans la colonie les médecins portugais, anglais, belges et français invités par le docteur Antonio Damas Mora, chef du Service de santé de la colonie d'Angola.

Parmi ces invités, on doit signaler le docteur Ayrès Kopke, professeur de parasitologie à l'Ecole de médecine tropicale de Lisbonne; le professeur Brumpt, les docteurs L. Tanon et Ch. Joyeux, de la Faculté de Paris ; le docteur J. Rodhain, chef du Service de santé du Congo belge; le docteur Blanchard, directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville; le docteur M. Robineau, médecin-major de nos troupes coloniales; les docteurs Heckenroth et Léger (de Brazzaville), etc.

Le Congrès fut précédé d'une excursion à San-Thomé, puis dans les immenses plantations de cacao du marquis de Valflour. A Saint-Paul-de-Loanda, les congressistes reçurent une hospitalité des plus larges et des plus délicates au palais du haut-commissaire et dans les familles des principaux fonctionnaires.

Le Congrès tint ses assises dans la salle du conseil municipal de Saint-Paul-de-Loanda. Il fut ouvert par une belle et fière allocution du docteur Damas Mora. Au cours des séances furent envisagés tour à tour les grands problèmes que soulève la médecine tropicale.

Parmi les questions étudiées, citons l'organisation de l'Assistance médicale aux indigènes, le traitement de l'ankylostomiase, du paludisme, de la maladie du sommeil, etc.

Séances de travail très fécondes, suivies de fêtes très brillantes et d'intéressantes parties de chasse sur des hauts plateaux et dans le désert.

Le prochain Congrès de médecine tropicale se tiendra à Dakar, en janvier 1927.

LE RHUMATISME OU ARTHRITE SÈCHE DE LA HANCHE EST UNE MALFORMATION CONGÉNITALE MÉCONNUE (d'après 80 pièces anatomiques). — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot fera, le mercredi 10 octobre, de 9 h. 1/2 à midi, dans sa clinique, 69, quai d'Orsay, une démonstration sur la nécessité de reviser la pathologie de la hanche tant médicale que chirurgicale. La preuve faite que : 1° près de moitié des cas actuellement étiquetés coxalgies, et 2° les hanches étiquetées rhumatisme localisé, arthrite sèche déformante, coxa plana, morbus coxae senilis sont en réalité des malformations congénitales méconnues (avec ou sans manifestation « d'arthritisme » surajouté). Moyen de faire le diagnostic clinique et radiographique de la malformation originelle fondamentale.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre V à X gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée................ }	*àâ* 15 gr.
Magnésie calcinée............. }	
Bicarbonate de soude..........	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (11 gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

LIVRES NOUVEAUX

La Transfusion sanguine (1), par DUPUY DE FRENELLE.

La transfusion sanguine est à l'ordre du jour du Congrès de chirurgie qui se tient ces jours-ci. C'est dire l'actualité du livre de Dupuy de Frenelle qui en met la technique à la portée de tous les praticiens.

Les qualités de l'édition s'accordent avec celles du texte : format pratique, présentation pittoresque, bon papier, caractères lisibles, belles figures.

L. G.

(1) Un volume de 116 pages, format 10 × 21, couverture en deux couleurs, 13 figures. — Prix : 6 fr.; franco poste, 6 fr. 40. — Paris, Le Livre de France, 42, boulevard Port-Royal.

REVUE GÉNÉRALE

RÉFLEXES SYMPATHIQUES VISCÉRAUX

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Laennec.

De tous les réflexes sympathiques viscéraux le plus connu étant le réflexe oculo-cardiaque, j'étudirai d'abord celui-ci, réunissant dans un second chapitre les autres modalités réflexes sympathico-vagales viscérales.

* * *

I. Réflexe oculo-cardiaque. — Le réflexe oculo-cardiaque a été découvert par Dagnini (1), qui a montré que la compression oculaire pouvait amener un ralentissement du cœur. Aschner (2) a vu que cette compression entraînait des modifications respiratoires; Lesieur, Vernet et Petzetakis (3), des troubles dans la sécrétion rénale; Lœper et Mlle Weill (4), G. Guillain et J. Dubois (5), la sédation de quelques symptômes moteurs; Achard et Binet (6), la diminution du pouls capillaire et du pouls cérébral, la chute constante de la pression chez le lapin; au contraire, dans certains cas, une hypertension, chez le chien, par action sur les vaso-moteurs [Petzetakis (7), Delava (8)], la brachypnée et même l'apnée et des modifications vaso-motrices, telles que la cessation du frisson thermique ou toxi-infectieux et de certains tremblements (9).

Minerbi (9) a constaté que la compression oculaire détermine la diminution de l'aire de matité des oreillettes.

Par la percussion, il délimite et trace au crayon les contours du cœur, puis comprime progressivement les yeux pendant quinze secondes. Après compression de l'œil droit, il constate, en pratiquant une nouvelle percussion, que le contour supérieur droit du cœur s'est rétracté vers le bas d'environ 2 centimètres par rétraction tonique dissociée de l'auricule, indépendamment de l'atrium. Après compression de l'œil gauche, le même phénomène s'observe au niveau du contour supérieur gauche du cœur. La réaction est beaucoup plus marquée quand on comprime en même temps les deux yeux; mais jamais sur un sujet sain les ventricules ne prennent part à la réaction.

Ce réflexe oculo-myocardio-tonique de Minerbi commence quelques instants après la compression oculaire, s'accentue pendant quelques secondes et dure une minute environ. Pour plus de précision, il doit être étudié sous l'écran radioscopique.

Ce n'est qu'un côté clinique du réflexe oculo-cardiaque, et il paraît répondre au prétendu réflexe aortique d'Abrams, qui ne serait ni plus ni moins que la contraction réflexe des auricules consécutive à la percussion de la région sterno-costale supérieure.

Ce réflexe, favorisé par un abaissement de la tension minima et contrarié par de trop grandes résistances circulatoires, serait exagéré par l'éréthisme cardio-nerveux et aboli par des lésions scléreuses. Il a donc un intérêt sémiologique spécial.

De plus, grâce à leur méthode d'inscription graphique que je décris plus loin, Danielopolu, Radovici et Carniol (1) ont montré que la compression oculaire, dans le cas de réflexe oculo-cardiaque chez un paraplégique spasmodique par compression médullaire, détermine les quatre phénomènes suivants qui se produisent l'un après l'autre : contraction de la paroi abdominale, contraction de la vessie et du gros intestin et mouvement de triple rétraction des membres inférieurs. On peut donc parler de réflexe oculo-viscéro-moteur, que les auteurs résument de la façon suivante : la compression oculaire provoque, à travers le bulbe, un premier réflexe oculo-pneumogastrique, qui produit la contraction des viscères innervés par le vague. La contraction de ces viscères, dans le cas particulier de paraplégie spasmodique par compression au niveau du neuvième segment dorsal, déclenche un deuxième réflexe vaso-moteur à voie courte qui influence les cornes antérieures des segments dorsaux inférieurs et produit la contraction de la paroi abdominale. Mais, en même temps, il se produit un réflexe plus long, vago-pelvien, qui part des viscères innervés par le vagin et arrive par les voies végétatives afférentes dans la moelle dorsale, et conduit par les neurones d'association jusqu'à la moelle sacrée; le réflexe passe ensuite par la voie des nerfs pelviens et provoque la contraction des viscères dépendant de ces nerfs. Ces contractions des viscères pelviens déclenchent à leur tour un dernier réflexe, pelvico-moteur, qui conduit par les voies afférentes végétatives jusque dans la moelle lombaire, influence les cornes antérieures lombaires et sacrées et produit les mouvements des membres inférieurs.

Enfin Paul Delava (2) a constaté chez le chien que, si le sulfate d'atropine supprime le ralentissement cardiaque du réflexe oculo-cardiaque, le nitrate de pilocarpine ne le renforce pas, comme Petzetakis l'a constaté chez l'homme et, par contre, le chlorhydrate d'adrénaline augmente les effets cardio-modérateurs et vaso-moteurs de la compression oculaire. De-

(1) G. Dagnini. Intorno ad un reflesso provocato in alcuni emiplegi collo stimulo della cerrea e colla pressione sun bulbo oculare, *Boll, delle Sc. med*, Bologne, 17 juin 1908, LXXXIV, vol. VIII, p. 380.

(2) B. Aschner. Ueber einen bisher noch nicht beschriebenen Reflex vom Auge auf Kreislauf auf Atmung Verschwin den des Radialispulses bei Druck auf das Auge, *Wien. klin. Woch.*, 29 oct. 1908, n° 44, p. 1529.

(3) Lesieur, Vernet et Petzetakis. Glycosurie, albuminurie, polyurie provoqnées par la compression oculaire, *Soc. méd, des hôpit.*, 26 mars 1914.

(4) M. Loeper et Mlle Weill. Action favorable de la compression oculaire sur certaines manifestations nerveuses et, en particulier, sur le hoquet, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 avril 1914.

(5) G. Guillain et J. Dubois Action inhibitrice de la compression oculaire sur les mouvements anormaux dans un cas d'athétose double, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 mai 1914.

(6) Achard et Binet. Les effets de la compression oculaire. Réflexe oculo-circulatoire, oculo-respiratoire et oculo-moteur, *Arch. de méd. exp.*, juin 1918, p. 96-102.

(7) Petzetakis. Abolition du réflexe oculo-cardiaque par l'atropine, son exagération par la pilocarpine, sa persistance pendant l'épreuve du nitrite d'amyle, *Soc. de biol.*, 14 fév. 1914, p. 229; — De l'existence d'un réflexe oculo-respiratoire et oculo-vaso-moteur à l'état normal, *Soc. de biol.*, 27 juin 1914, p. 189.

(8) P. Delava. Etude expérimentale des modifications circulatoires et respiratoires lors de la compression oculaire, *Soc. de biol.*, 4 avril 1914, p. 555

(9) Minerbi. Un nouveau réflexe viscéral : le réflexe oculo-myocardiotonique, *Le malattie del cuore*, 2 sept. 1923; — *Presse méd.*, 1920, p. 212.

(1) Danielopolu, Radovici et Carniol. Réflexes viscéro-moteur, cutanéo-moteur et oculo-viscéro-moteur, *Revue neurol.*, mars 1922, p. 249-269.

(2) P. Delava. Etude expérimentale des effets de la compression oculaire après l'administration de morphine, chloroforme, atropine, pilocarpine, adrénaline, *Soc. de biol.*, 25 avril 1914, p. 631.

lava (1) a, d'autre part, remarqué que, chez le chien intoxiqué par le $BaCl^2$, réactif permettant de déceler une excitation des accélérateurs trop faible pour produire un effet dans les conditions physiologiques, la compression oculaire a déterminé des extrasystoles et a le même effet que l'excitation des nerfs accélérateurs. Aussi Delava conclut-il que le réflexe oculo-cardiaque comprend un double réflexe vagal et sympathique, ce second réflexe sympathique étant à l'état normal caché par le réflexe vagal.

En raison de la facilité de leur étude et de leur importance, les réactions respiratoires consécutives à la compression oculaire ont été étudiées à part sous le nom de *réflexe oculo-respiratoire*. Il se caractérise par des mouvements inspiratoires d'amplitude plus grande. Le rythme se ralentit; sur les tracés, les lignes inspiratoires et expiratoires deviennent presque verticales et sont séparées par des pauses. La respiration peut devenir spasmodique. Ces troubles respiratoires persistent après injection de 2 milligrammes d'atropine, alors que le réflexe oculo-cardiaque est aboli.

On voit donc que le réflexe oculo-cardiaque est plus qu'un réflexe oculo-cardiaque quand on envisage l'ensemble de ses effets centrifuges.

Et c'est plus aussi quand on envisage les voies centripètes, car l'excitation vagale réflexe peut être déterminée par d'autres pressions que l'oculaire.

Dupouy (2), par exemple, la détermine par compression de l'artère crurale; Danielopolu (3), par la compression du paquet vasculo-nerveux au cou, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, et P.-Emile Weil et Philippe (4), par excitation de la muqueuse pituitaire au moyen d'un stylet entouré d'un peu d'ouate, qu'on dirige dans les zones nasales vers le méat supérieur : on arrête son introduction quand le stylet se fixe à frottement.

Il s'agit donc d'un réflexe très général sympathico-vagal, dont l'importance sémiologique est considérable.

Danielopolu (5) a même remarqué que la compression du vague au cou provoque généralement, chez les hypertendus, un ralentissement du rythme plus prononcé que chez le sujet normal, et il voit dans cette constatation un signe de l'hypertension artérielle.

La compression du testicule chez l'homme détermine des réflexes analogues à ceux de la compression oculaire. Danielopolu et Radovici (6) ont commencé cette étude des réflexes testiculo-cardiaques, vasculaires, respiratoires et pupillaires.

Le réflexe oculo-cardiaque permet, en effet, de se rendre compte de l'excitabilité respective du grand sympathique et du pneumogastrique au moment considéré.

« A l'état normal (7), la compression oculaire faite en position couchée avec la pulpe des doigts pendant trente secondes doucement, sans douleur, détermine, après quelques secondes, ralentissement du pouls, abaissement de la pression artérielle, ralentissement de la respiration et parfois tendance nauséeuse.

« Le réflexe est *positif* quand le ralentissement est de plus de 12 pulsations par minute (1). Il est *normal* quand ce ralentissement est au moins de 4 et moins de 12 pulsations par minute. Il est *nul* quand le ralentissement est nul ou inférieur à 4 pulsations par minute. Il est *inverse* quand, sans qu'il y ait eu émotion ou douleur, le ralentissement du pouls est remplacé par de l'accélération. Quand le réflexe est positif, on parle de vagotonie; quand il est nul ou inversé, de sympathicotonie. »

Plutôt qu'un réflexe trijumino-vagal, comme on le pense classiquement (2), le réflexe oculo-cardiaque me (3) paraît, ainsi qu'à Barré (4), un réflexe sympathico-vagal, malgré les observations chirurgicales de Sicard et Robineau (5), qui ont constaté son abolition après l'ablation du ganglion de Gasser ou la radicotomie post-gassérienne. J'ai, en effet, observé sa conservation dans un cas d'anesthésie complète du trijumeau par ramollissement dans le domaine de la cérébelleuse postérieure et inférieure.

La compression oculaire à l'aide des pulpes digitales est un procédé peu précis, susceptible de cause d'erreur et qui ne permet pas de mesurer la pression.

Aussi a-t-on inventé un certain nombre d'*instruments :* agents de compression gradués permettant des mesures.

Le premier fut l'oculo-compresseur manométrique de Roubinovitch (6), précis mais encombrant, et qui effraie souvent les malades. Aussi, après m'en être servi et l'avoir présenté dans mes leçons quand je remplaçais le professeur Dupré, y ai-je à peu près renoncé.

« Il se compose d'un bandeau frontal en cuir ou tissu inextensible, muni sur une face interne de deux pochettes ovalaires en caoutchouc; de ces deux pochettes partent des tubulures coudées auxquelles s'adaptent des tubes en caoutchouc résistant. L'insufflation de chaque pochette est rendue indépendante au moyen d'un petit robinet intercalé sur chacun des conduits qui relient les pochettes. Les tubulures communiquent avec un raccord en T pour aboutir ensuite à un tube unique, au bout duquel se trouve un robinet à trois voies. Ces trois voies permettent la communication des pochettes avec un manomètre et une poire d'insufflation ». Point intéressant à noter, à un certain degré de compression, variable avec chaque individu, on obtient des oscillations de l'aiguille manométrique isochrones au pouls radial. On observe ainsi les battements de

(1) P. Delava. Phénomènes extrasystoliques produits par la compression oculaire chez le chien intoxiqué par $BaCl^2$, *Soc. de biol.*, 2 mai 1914, p. 719.

(2) Dupouy. *Soc. de psychiat.*, déc. 1921.

(3) Danielopolu. *Soc. méd. des hôpit.*. Bucarest, 18 fév. 1920.

(4) P.-Emile-Weil et Philippe. Le réflexe naso-cardiaque, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 juillet 1916, p. 1378-1381.

(5) Danielopolu. *Soc. roum. de biol.*, nov.-déc. 1922 ; — *C. r.*, 1923, n° 4, p. 274.

(6) Danielopolu et Radovici. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars 1923, p. 382-386.

(7) Laignel-Lavastine. Sécrétion interne et système nerveux, *Revue de méd.*, août 1914, nov. 1915, p. 603-655, p. 776-789.

(1) Cependant, pour Barré et Crusem, « une réaction réflexe sûre et indubitable n'existe qu'avec un ralentissement par minute de 16 au minimum. D'autre part, ce ralentissement peut atteindre et même dépasser le chiffre de 30 pulsations par minute, sans que pour cela on ait le droit de parler de réflexe exagéré », *Ann. de méd.*, oct. 1921.

(2) A.-C. Guillaume. *Presse méd.*, 21 août 1920, p. 574.

(3) Laignel-Lavastine. Hémianesthésie alterne avec hémisyndrome cérébelleux, asymétrie pilomotrice et vaso-asymétrie, *Soc. de neurol.*, 5 nov. 1919 ; — *Revue neurol.*, 1919, n° 12, p. 916-920.

(4) Barré. Congrès des aliénistes et neurologistes, Luxembourg, août 1921, *Ann. de méd.*, oct. 1921.

(5) J.-A. Sicard. Syndromes neuro-végétatifs de quelques maladies du névraxe. Névrites végétatives, *Journ. des prat.*, 23 sept. 1922, p. 609.

(6) J. Roubinovitch. Présentation d'un oculo-compresseur manométrique, *Soc. méd. des hôpit.*; — *Progrès méd.*, 21 août 1920, p. 367.

l'artère ophtalmique, qui, au moyen d'un sphygmographe, pourraient être enregistrées.

J'emploie maintenant plus volontiers l'oculo-compresseur à ressort de Barré (1), beaucoup plus discret, et qui entraîne par conséquent moins de réactions émotives.

« Cet appareil, de faible volume est très léger, se compose d'un petit compas dont les deux branches s'élargissent à leur extrémité libre en une petite surface ronde percée d'un trou. Sur ces petites surfaces peuvent s'adapter, en un tournemain, une série de ressorts jumelés de force connue, 300, 400 grammes, etc., jusqu'à 800 grammes. Chacun de ces ressorts porte une cupule, qu'on appliquera sur le globe oculaire recouvert des paupières au moment de la recherche du réflexe oculo-cardiaque. Sur la convexité de la capsule est fixée une tige verticale terminée par une pointe; les ressorts étant d'abord adaptés sur les extrémités rondes du compas, les cupules posées sur les globes oculaires, l'opérateur aplatit les ressorts; la pointe monte vers la pulpe du doigt et pique légèrement cette pulpe au moment exact où l'on a exercé la pression égale à la force des ressorts employés. » Tinel, en 1922, a présenté à la Société de psychiatrie un petit appareil très simple qui s'adapte sur le manomètre de Claude, à la place de l'aiguille pour ponction lombaire. Il est simple, léger, précis, mais n'est pas encore dans le commerce.

D'ailleurs, dans la pratique courante et avec un peu d'habitude, on obtient de très bons résultats relativement comparables avec les doigts; mais il faut opérer avec un aide, la compression oculaire avec une seule main étant très difficile à bien faire. Les oculo-compresseurs sont donc utiles en clientèle, où, selon les habitudes françaises, le médecin opère seul.

Les recherches relatives au réflexe oculo-cardiaque sont aujourd'hui légion et ont été résumées dans des travaux généraux (2) ou des thèses, auxquels je renvoie.

Je me borne à signaler ici que quelques faits de portée pratique ou générale (3).

Barré (4) a étudié avec son oculo-compresseur à ressort le réflexe oculo-cardiaque et en a décrit le temps perdu, le seuil et les formes. Pour lui, le réflexe n'est positif qu'avec un ralentissement de 16 pulsations par minute. Il considère que ses voies centripètes sont non vagales mais ciliaires, l'excitation résultant de l'hypertonie provoquée de l'œil passant par les nerfs ciliaires du globe oculaire.

Barré et Crusem (5) ont encore étudié les relations de la névralgie et de la destruction du trijumeau avec le *réflexe oculo-cardiaque*. Dans 14 cas de névralgie, il était aboli 9 fois; mais plusieurs fois le réflexe, aboli du côté malade lors d'une première compression, réapparaît après compression de l'œil sain; il y a réactivation du réflexe. D'autre part, le réflexe oculo-cardiaque du côté sain est souvent altéré. Enfin, dans 8 cas, il existait une bradycardie constante, sorte de réflexe oculo-cardiaque permanent.

De ses recherches expérimentales chez le chien, Petzetakis (1) conclut que les voies centrifuges du réflexe oculo-cardiaque sont le pneumogastrique et aussi le sympathique, surtout les éléments cardio-modérateurs du vague, dont les effets sur le cœur dominent généralement.

Dans ses recherches sur le réflexe oculo-cardiaque, A. Mougeot a montré que l'excitation du vague provoquée par la compression oculaire se manifeste chez l'homme sain par le ralentissement du rythme sinusal, l'allongement du temps de conduction atrio-ventriculaire, la provocation d'extra-systoles et l'affaiblissement des systoles ventriculaires. Ainsi toutes les variétés de l'action du vague que l'expérimentation sanglante *in vivo* a apprises aux physiologistes, Mougeot (2) les a mises en branle par la compression oculaire. Il vient, par le même procédé, de mettre en évidence l'onde d'intersystole découverte par Chauveau. Comme on le voit sur le tracé artério-jugulaire qu'il a publié de bradycardie totale transitoire de convalescence exagérée par le réflexe oculo-cardiaque, grâce à l'allongement de l'espace *a-c* joint au ralentissement du rythme sinusal, apparaît entre *a* et *c* la petite onde *i*, expression graphique de l'intersystole.

Danielopolu et Danulescu (3) se sont appliqués à la recherche du *réflexe oculo-cardiaque* dans la phase stimulatrice de l'atropine et, après injection d'adrénaline, à la mise en évidence de lésions latentes des branches du faisceau auriculo-ventriculaire. On voit, en effet, que seule l'excitation du vague, en stimulant les fibres inhibitrices de la conduction d'une manière inégale dans les branches droite et gauche, révèle des lésions latentes de ces branches. La plus facile excitation du vague est la compression oculaire. Dans la phase stimulatrice de l'atropine, cette compression fournit des effets encore plus marqués, de même dans les minutes qui suivent une injection d'adrénaline, celle-ci excitant le vague, qui est sensibilisé par elle. Mais il faut, de plus, tenir compte de l'action directe exercée par l'adrénaline sur les filets sympathiques contenus dans le faisceau auriculo-ventriculaire.

La sémiologie médicale du réflexe oculo-cardiaque a été l'objet d'une longue discussion à la Société médicale des hôpitaux, en avril et mai 1914. Depuis lors, on peut dire que la question est restée à l'ordre du jour.

Dans les troubles du rythme cardiaque, les bradycardies surtout, le réflexe oculo-cardiaque présente un intérêt pratique; il permet d'établir une distinction entre les bradycardies vagales et myocardiques; car, dans les premières seulement, la compression oculaire provoque des ralentissements

(1) J.-A. Barré. Appareil pour la recherche du réflexe oculo-cardiaque. L'oculo-compresseur à ressorts, *Congr. des alién. et neurol.*, Luxembourg, août 1921; — *Paris méd.*, sept. 1921, p. 9.

(2) J. Gautrelet. *Gaz. des hôpit.*, 3 juin 1911; — *Paris méd.*, nov. 1913; — *Presse méd.*, 2 août 1917. — M. Loeper. *Leçon de pathologie digestive*, 1914. — Girou. *Monde méd.*, 15 oct. 1921. — Martinet. *Biol. méd.*, juin 1912, p. 173-185.

(3) Bilugon. Le réflexe oculo-cardiaque s'altère dans quelques maladies nerveuses et mentales, *Th. de Toulouse*, 1914. — Dulac. Le réflexe oculo-cardiaque. Etude biologique et thérapeutique, *Th. de Toulouse*, 1919, n° 224, p. 41.

(4) Barré et Crusem. Le réflexe oculo-cardiaque à l'état normal et dans quelques affections du système nerveux, *Soc. méd. du Bas-Rhin*, 23 déc. 1922; — *Presse méd.*, 20 janv. 1923, p. 65.

(5) J.-A. Barré et C. Crusem. Le réflexe oculo-cardiaque dans les affections du trijumeau. Réflexe oculo-cardiaque du côté malade et réflexe oculo-cardiaque du côté sain, *Soc. neurol.*, 9 nov. 1923.

(1) Petzetakis. Etude expérimentale sur les voies centrifuges du réflexe oculo-cardiaque, *Soc. de biol.*, 25 avril 1914, p. 657.

(2) A. Mougeot. La mise en évidence de l'onde d'intersystole chez l'homme au cours de la recherche du réflexe oculo-cardiaque, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 avril 1917, p. 608-612.

(3) Danielopolu et Danulescu. Lésions latentes des br. du faisceau auriculo-ventriculaire; moyens de les déceler, *Arch. des mal. du cœur*, déc. 1921, p. 529-540.

considérables du pouls dépassant 25 pulsations par minute (Petzetakis, Lœper et Mougeot).

Dans les gastro-névroses, le réflexe oculo-cardiaque positif traduit l'hyperexcitabilité du vague (Miloslawitch, Lœper et Mougeot). Chez les basedowiens, il est en général très exagéré.

Chez les épileptiques, son exagération, considérée comme constante par Petzetakis, n'a été observée que dans quelques cas par Marchand. D'ailleurs, ce qui importe au point de vue de la physiopathologie, c'est l'état du réflexe oculo-cardiaque relativement aux crises épileptiques, et, d'une façon générale, on peut dire que le réflexe oculo-cardiaque s'exagère avant les crises (Tinel, Santenoise, Laignel-Lavastine) et qu'il est toujours plus fort avant qu'après les crises.

Dans les oreillons, J. Margaret (1) l'a trouvé exagéré, ce qui était à prévoir, étant donnée la bradycardie bien connue de cette affection. Réflexe oculo-cardiaque et bradycardie sont l'expression de la même hyperexcitabilité du pneumogastrique.

Lœper et Fumouze (2) ont remarqué, dans les formes asphyxiques de la grippe, la disparition habituellement complète du réflexe oculo-cardiaque. Aussi, à leur avis, la grippe asphyxique mériterait, plutôt que le nom de bronchoplégique (Huchard), celui de *vaso-paralytique* ou de *vago-paralytique*.

Thibierge et Boutelier (3) ont constaté l'abolition fréquente du réflexe oculo-cardiaque dans la syphilis. D'une étude sur les épreuves cardiaques au cours de la syphilis secondaire chez des militaires, J. Du Castel (4) conclut que le réflexe oculo-cardiaque ne se comporte pas dans la syphilis secondaire autrement que chez les sujets sains, qu'il est inutile d'essayer d'en tirer des conclusions pronostiques et diagnostiques; si cette constatation ne concorde pas avec ce qui a été écrit sur la syphilis, elle s'explique facilement par ce fait bien établi que le réflexe est très variable d'un moment à l'autre chez certains sujets, relevant donc de causes accessoires et souvent accidentelles.

Tous les spécialistes, oculistes, neurologistes, psychiatres ont longuement étudié le réflexe oculo-cardiaque. Les chirurgiens (5) aussi en ont reconnu la valeur, surtout au point de vue de la prophylaxie des accidents de la chloroformisation chez les vagotoniques.

Le réflexe oculo-cardiaque a donc pris dans la neurologie végétative la place du réflexe rotulien dans la neurologie de relation. Mais les résultats qu'il fournit doivent être interprétés avec critique en raison des causes d'erreur dans sa recherche et de sa variabilité selon les conditions fonctionnelles de l'organisme. De plus, il ne vaut que pour les territoires vago-sympathiques étudiés, et il ne faut pas tirer du sens de sa réforme des généralisations excessives.

Aussi faut-il le comparer avec d'autres réflexes viscéraux qui en sont comme des succédanés, mais qui ont cependant leur valeur régionale. Avant de passer en revue ces réflexes viscéraux, je ne fais que citer ici le réflexe de la convergence, qui est pour ainsi dire un diminutif du réflexe oculo-cardiaque. Il consiste à faire converger les yeux du sujet en lui faisant regarder le doigt placé à quelques centimètres au devant et en dessous de la racine du nez pendant une minute environ. Chez les vagotoniques, il se produit dans ces conditions une bradycardie de même ordre que celle du réflexe oculo-cardiaque légitimé. C'est là un procédé très simple, signalé par M. Iterlius, qui permet en quelque sorte une première approximation du réflexe oculo-cardiaque et qui, dans le cabinet médical, est infiniment plus facile à pratiquer.

(1) J. Margaret. *Le réflexe oculo-cardiaque dans les oreillons*, 12 juillet 1919, p. 271-272.

(2) Loeper et Fumouze. Les injections intraveineuses d'huile camphrée dans les formes asphyxiques de la grippe, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 nov. 1918, p. 1071.

(3) G. Thibierge et Boutelier. Contribution à l'étude du réflexe oculo-cardiaque, *XIVe Cong. franç. de méd*, Bruxelles, mai 1920.

(4) J. du Castel. *Soc. méd. des hôpit*, 24 janv. 1919, p. 34.

(5) Guyot et Jeanneney. Le réflexe oculo-cardiaque en chirurgie, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1920.

II. **Modalités réflexes sympathico-vagales viscérales.** — Les modalités réflexes sympathico-vagales viscérales, dont la plus typique est le réflexe oculo-cardiaque, varient selon que l'on change le point d'excitation de la voie centripète ou qu'on observe un point différent dans la réaction de la voie centrifuge.

C'est ainsi que j'ai déjà signalé plus haut diverses modalités du réflexe oculo-cardiaque : d'une part, *réflexes oculo-cardio-myotonique, oculo-respiratoire, oculo-viscéro-moteur, oculo-vaso-moteur, oculo-sécrétoire*, etc., et, d'autre part, *réflexes sous-angulo-maxillo-cardiaque*, *fémoro-cardiaque*, *naso-cardiaque*, etc.

De plus, certains modes de réflexes organiques méritent d'être décrits à part, en raison de leur technique et de leur valeur sémiologique.

Les uns mettent plus particulièrement en évidence l'hyperexcitabilité du vague, à la manière du réflexe oculo-cardiaque; les autres expriment surtout l'hyperexcitabilité du grand sympathique.

Selon ma division exposée ailleurs, j'appelle donc les premiers réflexes *parasympathiques* et les seconds réflexes *orthosympathiques*.

Parmi les *réflexes parasympathiques*, après le réflexe oculo-cardiaque, j'étudierai ici le *réflexe pneumo-cardiaque*.

Parmi les *réflexes orthosympathiques*, le réflexe *naso-facial* et surtont le réflexe *abdomino-cardiaque* ou *solaire*.

Je passerai ensuite au *réflexe palato-cardiaque*, qui, selon son mode de recherche, met en évidence l'hyperexcitabilité de l'ortho ou du parasympathique et, par conséquent, permet, par des examens en série, de se rendre compte des variations de l'*indice vago-sympathique* de chaque individu.

Je terminerai par un mot sur les *réflexes gastriques moteurs* et la *leucopénie consécutive à la ponction lombaire*.

Le *réflexe pneumo-cardiaque*, qu'a étudié M. Welser (1) par la méthode graphique, se recherche très simplement : le sujet est assis afin de faciliter l'expension thoracique et, après quelques mouvements respiratoires normaux, exécute une respiration profonde, dilatant le thorax au maximum et gardant pendant quelques secondes l'air inhalé avant de le rejeter à l'extérieur. On note pendant ce temps les modifications qui peuvent servenir dans la fréquence ou l'amplitude des pulsations. Le ralentissement du pouls, que Welser considère comme normal après l'étude de 50 tracés, est de 2 ou 3 pulsations

(1) J. Welser. Le phénomène de la bradycardie par inspiration forcée ou réflexe pneumo-cardiaque, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 nov. 1922, p. 1483-1486.

pour une période de dix secondes. Le temps pendant lequel se manifeste le réflexe ne dépasse guère cinq ou six secondes; le réflexe normal apparaît toujours à la fin de l'inspiration; il persiste plus ou moins longtemps au cours de l'apnée qui lui fait suite, mais sa durée est indépendante de la longueur de celle-ci : si l'apnée se prolonge, le rythme cardiaque ne tarde pas néanmoins à revenir à la normale, voire même à s'accélérer. Tantôt une inspiration normale suffit à faire apparaître le réflexe, tantôt il faut une inspiration forcée de plus ou moins grande amplitude. Il existe ainsi dans chaque cas un seuil d'excitation au-dessous duquel le réflexe n'apparaît pas; l'intensité de l'excitation étant inversement proportionnelle au degré d'excitabilité du vague, le réflexe pneumo-cardiaque donne donc des renseignements de même sens que le réflexe oculo-cardiaque. Beaucoup moins sensible que celui-ci, le réflexe pneumo-cardiaque peut néanmoins indiquer dans quel sens doivent être dirigées des recherches plus précises.

Causé par la distension des alvéoles qui excite les terminaisons pulmonaires du vague et supprimé par quelques bouffées de nitrite d'amyle, le réflexe pneumo-cardiaque a ses voies centripètes et centrifuges dépendant du pneumogastrique. Le fait qu'une inspiration forcée entraîne constamment chez l'individu normal un ralentissement du pouls est depuis longtemps connu (1). Marey (2) en a reproduit un tracé typique recueilli par François-Franck sur lui-même et l'a parfaitement décrit : « Le cœur ralentit ses battements; cela s'observe dans une inspiration profonde : il semble que, dans ce dernier cas, les nerfs centripètes du poumon transmettent une impression qui amène un ralentissement réflexe du cœur (3). »

Le *réflexe naso-facial* a été utilisé comme test fonctionnel du système sympathique par P.-Emile Weil, Lévy-Franckel et Juster (4). C'est le même réflexe que P.-Emile Weil et Philippe (5) ont décrit en 1916 sous le nom de *réflexe naso-cardiaque*. Comme je l'ai rappelé plus haut, ils attiraient l'attention sur ses manifestations bradycardiques chez les vagotoniques; ils avaient laissé de côté la congestion simultanée de la face et le larmoiement. Maintenant, dans le réflexe naso-facial, P.-Emile Weil et ses élèves insistent sur les manifestations du sympathique céphalique. « Chez un individu normal, disent-ils, l'introduction dans la narine d'un tampon d'ouate monté sur un stylet provoque du côté excité une réaction congestive des paupières, du nez, de la conjonctive, en même temps qu'une réaction de larmes. Si la vaso-dilatation et la rougeur s'étendent au front, aux joues et jusqu'aux oreilles et au cou et s'accompagnent d'une transpiration plus ou moins forte, le réflexe est intense. En cas de réflexe faible, l'œil du côté excité devient un peu larmoyant, et les vaisseaux de la conjonctive oculaire sont seulement un peu plus apparents que normalement. Ayant observé la coloration de la face et l'état des pupilles, le malade regardant un point fixe au plafond, on pousse le tampon d'ouate jusqu'au méat supérieur, et l'on note du côté examiné l'étendue et le degré de congestion, l'abondance du larmoiement et leur rapidité de production et si la réaction est diffuse sur le cou et l'autre moitié de la face. Parfois, il peut se produire une mydriase bilatérale légère... Si l'on bouge le tampon d'ouate, l'on peut constater un hippus très vif et très rapide. Il nous a été donné de voir parfois une légère exophtalmie du côté excité. Enfin, il ne faut pas négliger les effets à distance qui peuvent être une vaso-dilatation de la poitrine rappelant l'érythème pudique, et des modifications des rythmes cardiaque et respiratoire. La même recherche sera faite du côté opposé. Le réflexe vaso-facial, qui est un réflexe purement sympathique, permet d'interroger le système sympathique de la face et, de plus, de connaître le degré d'excitabilité du système sympathique du sujet examiné. L'arc réflexe serait le suivant : la voie sensitive serait formée par le trijumeau, dont l'articulation se ferait avec le noyau lacrymal du facial, d'où partiraient les fibres préganglionnaires qui empruntent le trajet facial jusqu'au ganglion géniculé pour passer dans le nerf grand pétreux superficiel et avec celui-ci dans le nerf vidien et arriver au ganglion sphéno-palatin; des cellules de ce ganglion partiraient les fibres post-ganglionnaires, qui emprunteraient à nouveau le trijumeau pour former la voie motrice. » On comprend, dès lors, l'abolition du réflexe naso-facial dans les paralysies faciales périphériques et sa conservation dans les paralysies faciales d'origine centrale (1).

De plus, provoquant une mydriase comme le fait le pincement de la peau (phénomène de Schiff), le réflexe naso-facial permet de juger de l'excitabilité du grand sympathique.

Le *réflexe abdomino-cardiaque* ou *réflexe solaire*, bien connu depuis l'expérience classique de Goltz avec inhibition cardiaque, est un des éléments constituants des syndromes solaires (2) que j'ai décrits. Signalé par André-Thomas et Jean-Charles Roux (3) sous le nom de réflexe cardiaque hypotenseur, il a été incriminé en clinique sous le nom de *réflexe abdomino-cardiaque* comme un des facteurs de l'accélération cardiaque orthostatique. Voici comment le décrit Prével (4) en 1917 : « La chute plus ou moins prononcée de la masse abdominale, de l'estomac surtout, entraîne l'accélération du pouls par un mécanisme réflexe que nous dénommons le réflexe abdomino-cardiaque par opposition au réflexe oculo-cardiaque. Ce mécanisme réflexe prendrait son origine dans le tiraillement des branches stomacales du pneumogastrique... Quand une ceinture est serrée sur l'hypogastre, on voit diminuer ou disparaître l'accélération du pouls due à la station debout. L'accélération orthostatique est beaucoup plus nette après le repas. »

Maurice Leven, au cours d'études chimiques remarquables sur le syndrome orthostatique, avait déjà attiré l'attention sur l'accélération du cœur entraînée par la chute de l'estomac. Il reprenait lui-même des idées chères à son père. Prével a résumé sa pensée en disant que toute accélération du pouls orthostatique même légère, qui cède à l'application d'une

(1) MAGENDIE. *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, t. III, p. 192.
(2) MAREY. *La circulation du sang*, p. 463.
(3) *Id.* p. 331.
(4) P. EMILE-WEIL, LÉVY-FRANCKEL et JUSTER. *Soc. de biol.*, 3 juin 1922, p. 28.
(5) P. EMILE-WEIL et PHILIPPE. *Soc. méd. des hôpit.*, 28 juillet 1916, p. 1378.

(1) MIRALLIÉ et P. EMILE-WEIL. Le réflexe naso-facial dans la paralysie de la VIIe paire, *Presse méd.*, 31 janv. 1918.
(2) LAIGNEL-LAVASTINE. Recherches sur le réflexe solaire, *Th. de Paris*, 1903.
(3) André THOMAS et J.-C. ROUX. *Soc. de biol.*, 23 mai 1914, p. 897.
(4) PRÉVEL. Le réflexe abdomino-cardiaque. Essai sur l'un des facteurs de l'accélération cardiaque arthostatique, *Paris méd.*, 17 fév. 1917, p. 138-143, 11 fig.

sangle sous-ombilicale bien appliquée, est due à un réflexe du sympathique stomacal, le réflexe abdomino-cardiaque. J'ai vérifié l'exactitude de cette proposition en constatant chez les gastroptosiques ce réflexe solaire spontanément déclenché par le passage de la position couchée à la position debout. Pron (d'Alger) a fait les mêmss observations (1). Pour lui, la différence entre le nombre des pulsations en position debout et celui en position couchée mesure de la façon la plus simple et la plus exacte l'intensité du réflexe abdomino-cardiaque. Ce réflexe signifie ptose abdominale, que cette ptose soit complète ou partielle.

Le réflexe solaire observé spontanément chez les ptosiques qui se lèvent, mérite d'être étudié méthodiquement chez tout le monde. C'est ce qu'ont fait Claude (2) et ses élèves.

Expérimentalement (3), ils ont montré que par excitation directe du plexus solaire chez le chien adrénaliné, on observe un réflexe caractérisé par une diminution de la pression différentielle. Ce réflexe est bien dû à l'orthosympathique, car il persiste après section du vago-sympathique au cou et destruction de l'anneau de Vieussens; il est diminué par la section d'un seul splanchnique : sa voie ascendante paraît donc être ce nerf. Il s'accompagne de vaso-dilatation abdominale. Il peut s'expliquer en grande partie par elle. Il paraît bien un procédé électif d'investigation de l'orthosympathique.

Provoqué par la compression progressive profonde, lente, énergique et continue du creux épigastrique, le réflexe solaire (4), quand il existe, se caractérise par une diminution souvent considérable de l'amplitude des oscillations à l'oscillomètre de Pachon et parfois même leur disparition.

Avec le sphygmo-tensiophone de Vaquez-Laubry, on constate la disparition de la vibrance artérielle, d'abord au niveau de la maxima; on ne peut retrouver cette vibrance qu'en diminuant la compression de 1 à 3 centimètres de mercure, comme s'il existait une chute de la tension artérielle; parfois même on observe une disparition complète de la vibrance, alors que le pouls reste, bien que diminué d'amplitude, perceptible à la radiale. Il semble donc exister une légère chute de la tension.

Dans la recherche du réflexe solaire, il faut éviter la brusquerie, qui, outre la douleur, pourrait provoquer l'inhibition cardiaque; il faut rassurer le sujet en lui disant de continuer à respirer d'une façon normale, car l'immobilisation du thorax et surtout sa mise en tension suffisent à provoquer une diminution considérable des oscillations que l'on pourrait prendre pour le réflexe.

Celui-ci, chez les hypersympathiques, peut être obtenu par une pression légère, voire même par un simple chatouillement du creux épigastrique. « D'une façon générale, disent Claude, Tinel et Santenoise, le réflexe solaire est en raison inverse du réflexe oculo-cardiaque. Dans la plupart des cas, il n'est véritablement marqué que si le réflexe oculo-cardiaque est faible, nul ou renversé. Il manque presque toujours chez les sujets à réflexe oculo-cardiaque fortement accentué. Chez un même sujet, il apparaît ou s'accentue si le réflexe oculo-cardiaque diminue d'intensité; il fait complètement défaut dans les périodes où le réflexe oculo-cardiaque est exalté. »

(1) Pron (d'Alger). Réflexe abdomino-cardiaque et réflexe oculo-cardiaque, *Paris méd.*, 4 août 1917, p. 122-125.
(2) H. Claude. *Soc. de biol.*, 1920.
(3) Claude, Garrelon et Santenoise. *Ibid.*, 5 mai 1923, p. 1142.
(4) Claude, Tinel et Santenoise. *Soc. de biol.*, 26 nov. 1922, p. 1112 et 1.114.

C'est ainsi que Claude, Tinel et Santenoise (1) ont pu enregistrer des variations inverses du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire sous diverses influences physiologiques et pathologiques : chez un vagotonique à réflexe oculo-cardiaque positif, le repos diminue le réflexe oculo-cardiaque, tandis qu'apparaît ou s'exagère le réflexe solaire; chez les intermittents maniaques ou anxieux, de même que chez les épileptiques à manifestations paroxystiques, la disparition du réflexe solaire accompagne l'exagération du réflexe oculo-cardiaque qui annonce et accompagne les crises.

Le réflexe solaire paraît traduire, en somme, un certain degré d'excitabilité du sympathique abdominal. « Il est, disent Claude, Tinel et Santenoise, très nettement modifié dans son intensité et ses caractères sous l'influence du repas. A jeun, chez la majorité des sujets (30 p. 100), la compression de la région épigastrique n'amène pas de modification de l'amplitude des pulsations. Il suffit d'un repas, même léger, pour faire apparaître la dimintion d'amplitude des oscillations à la suite de la compression abdominale. Inversement, nous avons vu disparaître et même s'inverser ce réflexe solaire à la suite d'un repas chez un sujet à réflexe solaire antérieurement très net. »

Claude, Tinel et Santenoise ont appliqué à l'étude des variations comparatives du réflexe oculo-cardiaque et du *réflexe solaire* les drogues habituelles.

Ils ont vu qu'une injection sous-cutanée de 1 milligramme d'*atropine* diminue le réflexe oculo-cardiaque et augmente le réflexe solaire ; qu'une injection sous-cutanée de un milligramme d'*adrénaline* fait apparaître le réflexe solaire en quinze à trente secondes ; qu'une injection sous-cutanée de un gramme de chlorhydrate de morphine diminue rapidement le réflexe oculo-cardiaque et, par contre, provoque le réflexe solaire ; qu'une injection de 2^{mg},5 de salycilate d'ésérine, qui exalte le réflexe oculo-cardiaque immédiatement et de façon progressivement croissante, fait apparaître le réflexe solaire après cinq à dix minutes.

La pilocarpine excite aussi successivement le vague et le sympathique, exagérant d'abord le réflexe oculo-cardiaque avec disparition du réflexe solaire, puis, dans une seconde phase inverse, diminuant le réflexe oculo-cardiaque et exaltant le réflexe solaire. Comme Danielopolu et moi-même, Claude, Tinel et Santenoise admettent donc l'amphotropisme de l'ésérine et de la pilocarpine.

Expérimentalement, F. Arloing et ses élèves (2) ont constaté aussi le relatif antagonisme du réflexe solaire et des manifestations vagotoniques. Ils ont vu « que la pression manuelle profonde, large et soutenue, appliquée sur la ligne médiane au niveau de la région abdominale supérieure chez un lapin en proie à des crises convulsives strychniques, donc provoquées par une substance à la fois convulsivante et leucopénisante agissant par choc vago-sympathique, suspend temporairement les convulsions ».

La compression du réflexe solaire exerce donc une action inhibitrice et suspensive sur des manifestations convulsives à tendance vagotonique. On peut, dès lors, se demander si ce n'est pas par un méca-

(1) Claude, Tinel et Santenoise. *Soc. de biol.*, 23 déc. 1922, p. 1347.
(2) F. Arloing. Mlle Guillemin et L. Langeron. *Soc. de biol.*, 2 déc. 1922, p. 1152.

nisme analogue qu'il faut rattacher l'action d'arrêt de certaines crises convulsives par la compression large et profonde des hypocondres, de l'épigastre, ou la ligature serrée d'un membre.

Le *réflexe palato-cardiaque* appartient à Henri Louge (1), qui l'a découvert et parfaitement étudié dans sa thèse (2), à laquelle je renvoie pour les détails.

Louge décrit ainsi ce nouveau réflexe organique : « Il s'agit, dit-il, d'un réflexe que j'ai appele palato-cardiaque, car son point de départ siège au palais, et sa manifestation principale est une accélération du rythme du cœur. Pour déclencher le réflexe, le procédé le plus simple est le suivant : le sujet est assis ou couché le buste relevé, la tête appuyée sur un coussin. Je cause un instant avec le patient pour éviter le « pouls du médecin ». Je note ensuite la fréquence des pulsations un quart de minute. Après avoir averti le sujet déjà mis en confiance, je lui fait ouvrir la bouche et, me plaçant à sa droite, j'exerce sur la région antéro-supérieure du palais, avec mon pouce droit recouvert d'une gaze, une pression forte de bas en haut pendant un quart de minute. Je note la fréquence du pouls pendant toute la durée de la pression. Je n'envisage ici que les résultats obtenus chez les individus normaux. Les résultats n'ont jamais fait défaut dans tous les cas étudiés. La moyenne de l'accélération au quart de minute est de 4 pulsations, soit 16 à la minute, avec un minimum de 2 et un maximum de 6 au quart, soit 8 à 24 à la minute. »

Ce réflexe palato-cardiaque par compression excite l'orthosympathique. On peut donc, avec Louge, qui a accepté une terminologie, l'appeler réflexe orthosympathique.

Lorsque la compression du palais détermine l'accélération du cœur, le réflexe est dit positif; si elle est sans influence sur la rythme cardiaque, le réflexe est dit absolu; il est inversé si cette compression ralentit le cœur.

D'autre part, en variant les procédés d'excitation du palais, Louge a remarqué que le grattage du palais déterminait presque toujours, à l'inverse de la compression, un ralentissement du cœur.

« Pour pratiquer ce grattage, le moyen le plus pratique consiste à enrouler autour d'une pince hémostatique un petit morceau de coton hydrophile, de manière à protéger le métal; puis on promène la pince ainsi recouverte sur toute l'étendue de la muqueuse palatine, à droite, à gauche, en avant, en arrière, en évitant toujours de toucher au voile du palais, dont le seul contact détermine le réflexe nauséeux. Il faut faire cette manœuvre sans brusquerie, avec légèreté, comme si on voulait enduire le palais d'un produit thérapeutique. L'excitation ainsi faite de la muqueuse palatine doit durer quinze secondes pendant lesquelles on prend le pouls ou on le fait prendre par un aide.

Ce réflexe palato-cardiaque par grattage léger de la muqueuse palatine excite le parasympathique. Cette excitation se caractérise surtout par un ralentissement du cœur et en second lieu par de l'arythmie respiratoire et de l'exagération de l'hippus physiologique. Le réflexe palato-cardiaque par grattage est donc un réflexe parasympathique.

(1) H. Louge. Un moyen d'interroger le sympathique : le réflexe palato-cardiaque, *Marseille méd.*, janv. 1922.

(2) *Id.* Le réflexe palato-cardiaque physiologique, *Thèse*, 1923, p. 99.

L'arc réflexe ortho-sympathique comprend les fibres ortho-sympathiques, qui issues du palais, se rendent au ganglion sphéno-palatin, passent ensuite par le nerf vidien, pour bientôt s'en séparer et rejoindre le plexus péricarotidien, formé par une des branches supérieures ou craniennes du ganglion cervical supérieur. Or, de ce ganglion part un faisceau de fibres qui vont constituer le nerf cardiaque supérieur.

L'arc réflexe palato-cardiaque parasympathique est plus compliqué. « Le palais est inversé, dans son quart antérieur, par le nerf naso-palatin, qui arrive au palais par le conduit palatin antérieur, et, dans ses trois quarts postérieurs, par les nerfs palatins, antérieur, moyen et postérieur, qui arrivent par les conduits palatins postérieurs et accessoires. Nerf palatin et vaso-palatin proviennent du ganglions phéno-palatin. Ce ganglion, avec deux ou trois petits filets qui lui viennent du maxillaire supérieur, reçoit le nerf vidien. Celui-ci est formé par la réunion de trois branches, qui sont : 1° le rameau carotidien venant du plexus sympathique qui entoure la carotide interne ; 2° le grand nerf pétreux superficiel, branche du facial ; 3° le grand nerf pétreux profond, branche du nerf de Jacobson, qui vient lui même du glosso-pharyngien. On voit donc qu'une excitation partie du palais arrivera au bulbe soit par le maxillaire supérieur, soit par le glosso pharyngien. De nombreuses fibres unissent les noyaux, d'origine de ces deux nerfs aux centres moteurs organiques du vague, lequel constitue la branche centrifuge de l'arc réflexe palato-cardiaque parasympathique. »

Reste à comparer les deux modes ortho et parasympathique du réflexe palato-cardiaque.

C'est ce qu'a fait Louge. En pratiquant chez un même sujet la recherche des deux modes du réflexe toutes les heures, de sept heures du matin à sept heures du soir, il a trouvé le réflexe ortho sympathique positif douze fois sur treize : ce réflexe ne fut aboli que le matin à jeun. Le réflexe parasympathique fut trouvé aboli cinq fois et positif huit fois. Aucun de ces deux réflexes ne s'est trouvé à un moment quelconque inversé, et, d'une façon générale, lorsqu'un des deux réflexes s'exalterait, l'autre tendrait à disparaître, et ceci correspond bien à ce qu'on sait de la physiologie du sympathique, qui n'est qu'une suite d'oscillations allant de l'hyperparasympathie et l'hyperorthosympathie.

En résumé, le réflexe palato-cardiaque, dans ses deux modalités, est susceptible de varier grandement suivant les sujets (influence du tempérament hypersympathiqne ou vagotonique) et, chez un même sujet, aux différents moments de la journée, sous l'influence de divers facteurs, au premier rang desquels il faut citer la digestion, comme le montre l'épreuve de l'hémoclasie digestive.

Il faut encore citer les réflexes gastriques moteurs et la leucopénie par ponction lombaire. Parmi les réflexes viscéraux déterminés par les drogues vagotropes, sympathicotropes ou amphotropes, les *réflexes gastriques moteurs* sont faciles à étudier par la méthode des deux ampoules conjuguées avec tambour de Marey. On introduit dans l'estomac de l'homme une sonde duodénale munie d'une ampoule en caoutchouc. On fixe sur cette sonde, extérieurement à l'ampoule, un second tube plus mince, qui sert à introduire, s'il y a lieu, différentes substances dans l'estomac ou à retirer de temps en temps du suc gastique pour analyse. Une ampoule extérieure qui pend dans un flacon

hermétiquement fermé et qui est reliée à la sonde gastrique fait la contre-pression. Le flacon est mis en communication avec un tambour de Marey, dont l'aiguille inscrit les oscillations sur un kymographe. On interpose sur le tube qui relie la sonde au flacon une soufflerie de Richardson et un manomètre gradué en centimètres cubes d'eau, qui permet de mesurer la force des contractions gastriques. Opérant dans ces conditions, Danielopolu et Carniol ont étudié, par voie veineuse et gastrique, l'action de l'adrénaline (1), de l'atropine (2), de calcium (3), de l'ésérine (4) et du psychisme (5). Les très petites doses d'atropine, telles qu'on les donne souvent en thérapeutique digestive, exercent nettement les contractions gastriques, donc ont un effet inverse de celui qu'on recherche : 10 grammes de $CaCl^2$ par voie intraveineuse exagèrent les contractions gastriques ; 20 grammes provoquent une inhibition nette. « Tout comme pour le cœur et les vaisseaux, l'estomac passe, avec l'ésérine, par deux phases : la première sympathicotrope, pendant laquelle les contractions de l'estomac diminuent et disparaissent ; la seconde, tardive, vagotrope, dans laquelle les contractions de l'estomac recommencent progressivement et s'exagèrent dans la suite. » Enfin, la simple vue de quelqu'un qui mange détermine, au bout de quelques minutes, des contractions d'abord petites et qui vont en progressant. Ce fait concorde avec les conclusions de Canson et Wasbarn, qui ont montré que la sensation de faim est provoquée par la contraction de l'estomac.

Enfin, la ponction lombaire elle-même déterminant une baisse considérable de 2.000 à 4.000 leucocytes par millimètre cube, on peut parler d'une sorte de réflexe spino-vasculo-sanguin, la piqûre des méninges rachidienne produisant comme un réflexe cette leucopénie (6).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1923)

Séance de rentrée. Peu de monde et, à l'ordre du jour, deux communications.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne connaissance du compte rendu de la célébration du centenaire de Pasteur à Rome.

Il communique également à l'Académie un mémoire du médecin inspecteur général Lasnet, directeur du Service de santé de l'armée d'occupation de Rhénanie, sur les œuvres françaises de médecine sociale créées dans cette région. Maternité, œuvre du berceau français, consultations de nourrissons, surveillance médicale des écoliers, centres de dermato-vénéréologie, etc., constituent en Rhénanie un ensemble de fondations d'hygiène qui rendent d'inappréciables services tant à nos soldats qu'à la population civile. Ajoutons que, dans une préface à ce document, M. Tirard, haut commissaire de la République, signale avec satisfaction la collaboration des médecins français et allemands dans la lutte contre les maladies contagieuses.

(1) DANIELOPOLU, D. et A. CARNIOL. *Réun. roum. de biol.*, 14 et 29 juin 1922, *C. R.*, n° 27, p. 716.
(2) *Id. C. R.*, n° 27, p. 719.
(3) *Id., ibid.*, p. 721.
(4) *Id. ibid.*, p. 722.
(5) *Id., ibid.*, p. 724.
(6) A. OBREGIA, TORNESCO et ROSMAN. Les ponctions lombaires sont constamment suivies d'une crise hémoleucocytaire, *Réun. roum. de biol.*, 14-29 juin 1922 ; *C. R.*, n° 27, p. 737.

Sur l'alastrim. — M. Léon BERNARD a eu l'occasion d'examiner au Havre quelques cas d'alastrim.

Cette maladie, qui sévit épidémiquement aux Antilles, a deux caractères essentiels, elle ne frappe que les sujets de race noire et elle est d'une absolue bénignité puisque aucun cas de mort ne s'est encore produit. C'est une fièvre éruptive dont les caractères sont spéciaux et le rapprochent, dans une certaine mesure, de la varicelle. Mais pour des raisons développées par l'auteur, elle ne peut être confondue ni avec la varicelle, ni avec la variole.

La connaissance de ces faits est utile parce qu'un certain nombre de cas parviennent à nos ports sur des paquebots et qu'en somme la maladie pourrait frapper nos sujets de couleur métropolitains.

Il importe d'être renseigné sur cette maladie, afin de ne pas prendre, comme cela a été fait quelquefois, de mesures injustifiées.

Cette communication donne lieu à une discussion un peu confuse entre M. Bernard et M. Camus, le premier insistant sur les caractères différentiels de l'alastrim d'avec la varioloïde, M. Camus apportant un certain nombre d'arguments en faveur des rapports très intimes qui existent entre les deux affections, et en faisant valoir surtout cette raison que la vaccination atténue l'éruption de l'alastrim, si bien que M. Camus conseille de vacciner les malades atteints de cette affection.

Calcul salivaire. — M. Pierre BAZY présente à l'Académie un calcul de la glande sous-maxillaire qu'il vient d'extraire par voie buccale sous anesthésie locale.

La guérison a été complète en quelques jours et la cicatrice de la muqueuse buccale invisible au bout d'une semaine.

M. Bazy fait suivre la présentation de quelques considérations sur la rareté, le siège, le mode d'évolution de ces calculs salivaires et l'utilité de la radiographie pour le diagnostic.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1923-1924

Examens. — 1° ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1923.

Les limites des consignations sont fixées ainsi qu'il suit :

Le registre sera clos pour : le 1er examen, le 19 février 1924 ; le 2e examen, le 8 janvier ; le 3e examen (1re partie), le 15 janvier ; le 3e examen (3e partie), le 4 mars ; le 4e examen, le 8 avril ; le 5e examen (1re partie), le 13 mai ; le 5e examen (2e partie), le 10 juin ; la thèse, le 17 juin.

Avis aux candidats ajournés (ancien régime). — Tout candidat ayant subi sans succès, dans les délais indiqués ci-dessus, une épreuve pratique ou orale entraînant un ajournement à une date postérieure au 1er juin et antérieure au 15 août, devra solliciter, de M. le Doyen, une abréviation du délai d'ajournement afin de renouveler l'épreuve avant les vacances.

Les demandes à cet effet (rédigées sur papier timbré et adressées au Doyen) seront examinées par la Commission scolaire qui statuera sur chaque cas particulier.

Si le délai expire postérieurement au 15 août, le candidat ne pourra consigner de nouveau pour l'examen avant le 1er octobre suivant.

2° NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — *Session d'octobre 1923.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1923, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1923, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 22 octobre 1923.

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi 1er, mardi 2 et mercredi 3 octobre 1923, de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1923-1924. — Etudiants devant consigner

pour l'examen de fin d'année en prenant la 2e, la 6e, la 10e, la 14e ou la 18e inscription en janvier 1924.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à l'un ou l'autre des trois examens de clinique dans l'ordre choisi par le candidat, du 1er octobre 1923 au 10 juin 1924.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur livret individuel au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consigneront pour un examen.

Examens de chirurgie dentaire. — I. SESSION D'OCTOBRE 1923. — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 15 octobre 1923.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 15 octobre 1923.

II. SESSION DE JUIN-JUILLET 1924. — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le mardi 10 juin 1924.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 26 et mardi 27 mai 1924, de midi à 15 h.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 23 juin 1924.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les mardi 10 et mercredi 11 juin 1924, de midi à 15 h., en faveur des titulaires de quatre, huit ou douze inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

Cliniques, cours, conférences et travaux pratiques. — ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — Cliniques médicales générales : MM. les professeurs Gilbert, Hôtel-Dieu ; Chauffard, hôpital Saint-Antoine ; F. Widal, hôpital Cochin ; Achard, hôpital Beaujon.

Cliniques chirurgicales générales : MM. les professeurs Delbet, hôpital Cochin ; Hartmann, Hôtel-Dieu ; Lejars, hôpital Saint-Antoine ; Gosset, hôpital de la Salpêtrière.

Cliniques obstétricales : MM. les professeurs Brindeau, clinique Tarnier ; Couvelaire, clinique Baudelocque.

Clinique obstétricale (réservée aux élèves sages-femmes) : M. le professeur Jeannin, maternité de l'hôpital de la Pitié.

Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat) : M. le professeur Vaquez, hôpital de la Pitié.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. le professeur Claude, asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants : M. le professeur Nobécourt, hôpital des Enfants-Malades.

Hygiène et clinique de la première enfance : M. le professeur Marfan, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. le professeur Jeanselme, hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux : M. le professeur N..., Salpêtrière.

Clinique ophtalmologique : M. le professeur de Lapersonne, Hôtel-Dieu.

Clinique des maladies des voies urinaires : M. le professeur Legueu, hôpital Necker.

Clinique des maladies contagieuses : M. le professeur Teissier, hôpital Claude-Bernard.

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris) : M. le professeur J.-L. Faure, hôpital Broca.

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris) : M. le professeur Aug. Broca, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique oto-rhino-laryngologique : M. le professeur Sebileau, hôpital Lariboisière.

Clinique thérapeutique chirurgicale : M. le professeur P. Duval, hôpital de Vaugirard.

Clinique propédeutique : M. le professeur Sergent, hôpital de la Charité.

Des affiches spéciales indiqueront pour chacun des enseignements cliniques les jours et heures des leçons.

COURS ET CONFÉRENCES THÉORIQUES. — *Semestre d'hiver.* — Anatomie : 1re et 2e années, M. le professeur Nicolas, MM. les professeurs agrégés Rouvière et Hovelacque.

Anatomie pathologique : 4e année, M. le professeur Letulle.

Bactériologie : 3e année, M. le professeur Bezançon.

Chimie pathologique : 4e année, M. le professeur agrégé Blanchetière et M. le professeur Desgrez.

Embryologie : 2e année, M. le professeur agrégé Champy.

Médecine légale : 5e année, M. le professeur Balthazard et M. le professeur agrégé Duvoir.

Obstétrique : 3e année, M. le professeur agrégé Metzger.

Parasitologie : 3e année, M. le professeur Brumpt.

Pathologie expérimentale et comparée : 3e année, M. le professeur Roger.

Pathologie générale : 1re et 4e années, M. le professeur Marcel Labbé.

Pathologie interne : 3e et 4e années, MM. les professeurs agrégés Aubertin et Lian.

Pathologie externe : 3e et 4e années, MM. les professeurs agrégés Moure et Mondor.

Pharmacologie : 4e année, M. le professeur Richaud.

Thérapeutique : 5e année, M. le professeur Carnot et M. le professeur agrégé Harvier.

Semestre d'été. — Anatomie topographique et médecine opératoire : 3e année, M. le professeur Cunéo.

Chimie biologique et pathologique : 2e année, M. le professeur Desgrez.

Education physique : M. le chargé de cours N...

Histoire de la médecine : M. le professeur Ménétrier.

Histologie : 1re et 2e années, M. le professeur Prenant et M. le professeur agrégé Verne.

Hygiène : 5e année, M. le professeur L. Bernard.

Obstétrique : 3e année, M. le professeur agrégé Lévy-Solal.

Pathologie externe : 3e et 4e années, M. le professeur Lecène et M. le professeur agrégé Basset.

Parasitologie : 3e année, M. le professeur agrégé Joyeux.

Pathologie expérimentale et comparée : 3e année, M. le professeur agrégé Garnier.

Pathologie interne : 3e et 4e années, M. le professeur N... et M. le professeur agrégé Brulé.

Pharmacologie et matière médicale : 4e année, M. le professeur agrégé Tiffeneau.

Physiologie : 1re et 2e années, M. le professeur Richet et M. le professeur agrégé Richet fils.

Physique : 2e année, M. le professeur André Broca.

Stomatologie : 5e année, M. le chargé de cours Frey.

Pour les jours et heures des cours et conférences, consulter les affiches spéciales et les horaires.

TRAVAUX PRATIQUES OBLIGATOIRES. — *Semestre d'hiver.* — 1re année : Dissection.

2e année : Dissection.

3e année (N. R.) : Bactériologie. Pathologie expérimentale. Parasitologie.

3e année (A. R.) : Anatomie pathologique. Parasitologie. Chimie pathologique.

4e année (N. R.) : Anatomie pathologique. Chimie pathologique.

Semestre d'été. — 1re année : Histologie, physiologie.

2e année : Histologie, physiologie, physique et chimie biologiques.

3e année : Médecine opératoire. Manœuvres obstétricales.

4e année : Pharmacologie et matière médicale.

5e année : Hygiène, médecine légale, stomatologie.

Les travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves de 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années, auront lieu dans les laboratoires de l'Ecole pratique, aux jours et heures indiqués aux horaires qui sont remis aux étudiants immatriculés.

La bibliothèque est ouverte tous les jours (sauf le dimanche), de 12 h. 1/2 à 18 h. 1/2, et de 19 h. 1/2 à 22 h.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — MM. les candidats sont informés que le dépouillement de leurs copies aura lieu le samedi 13 octobre.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 4 octobre 1923. — Question donnée : « Triangle de Scarpa. »

MM. Sevestre, 10; Sée, 13; Tabuteau, 15; Rousseau, 9; Roussier, 8; Quivy (Jean), 12; Quivy (Jacques), 17; Rivière (René), 10; Pressat, 8; Tchou, 16; Schalck, 11; Schwob, 13; de Ruggiera, 12; Thévenin, 5; Sergent, 6; Puyaubert, 10; Rudaux, 14; Mlle Sylvestre et M. Rosso, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de M. de Girardier, Mlle Schœn, MM. Thiers, Chaix, Lesbroc, Monnier, Brochier, Dechaumes, Clavel, Condamin, Parthiot, Heitz, Latreille, Croizat, Grandmaison, Corréard, Lainé, Malastre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Le tirage au sort, pour la désignation des juges du concours d'agrégation d'oto-rhino-laryngologie sera fait le 22 octobre 1923, à 10 heures, à la Faculté de médecine de Paris, devant une Commission composée du doyen de ladite Faculté, président, et d'un agrégé désigné par le ministre. Ils seront assistés du secrétaire de la Faculté de médecine de Paris et d'un représentant du ministre de l'Instruction publique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un examen en vue de l'obtention du titre de médecin sanitaire maritime, aura lieu à l'Institut de médecine et de pharmacie coloniales à Marseille, 40, allées Léon-Gambetta, le lundi 19 novembre 1923, à 8 h.

Pour s'inscrire, les candidats devront déposer, au plus tard, huit jours francs avant l'examen, audit Institut, les pièces suivantes :

1° Demande d'inscription adressée à M. le directeur de la Santé; 2° copie du diplôme de docteur en médecine certifiée conforme; 3° extrait de naissance sur timbre; 4° certificat de bonne vie et mœurs et de nationalité française.

Si quelques candidats en font la demande, en temps utile, l'Institut de médecine coloniale organisera pour eux un enseignement préparatoire d'un mois environ; les droits à verser pour cette préparation facultative seront de 100 fr.

— Reims. — Un concours s'ouvrira, le 1er avril 1924, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Lantzmann (de Senones) et Niot (de Montmorillon).

(Au titre étranger.) *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Fraenkel (de Copenhague) et Massi (de Saint-Marin).

GUERRE. — Ecole du Service de santé militaire. — Liste de classement des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1923.

Etudiants en médecine. — A 12 inscriptions : 1. M. Guérin.

A 8 inscriptions : 1. MM. Baumelou, Rauch, Duponnois, Lieurade, Giraud, Muffang, Rolin, André, Juillard, Lombard,

11. MM. Fuchs, Contal, Canel, de Molette de Morangies, Lenoble, Duthu, Dayries, Prade, Fournier.

Candidats à 4 inscriptions : 1. MM. Audemar, Leder, Dubau, Rébérel, Nahon, Favier, Arnold, Bidegaray, Aujalou, Brusker,

11. MM. Aubin, Gosse-Gardet, Gollin, Herrenberger, Houpert, André, Augère, Gorsse, Salaün, Carayon,

21. MM. Sohier, Dejou, Marmillot, Martin, Lacaux, Payot, Doumenc, Harter (R.), Marchetti, Marot,

31. MM. Mettetal, Harter (J.), Huguier, Pierron, Garcin, Pennaneac'h, Poulin, Chemin, Barbareux, Connes,

41. MM. Syrmen, Cazaux, Lapeyre, Pagès, Senequier, Trippier-Dubourg, Loustalot, Spetebreet, Audrain, Roussel,
51. MM. Picard, Darre, Bernier, Favier, Jude, Lades, Peyre, André, Normand, Petitdemange,
61. MM. Moroni, Peraldi, Andriou, Camore, Bernard, Thomas-Duris, Balzeau, Prouzet, Willemin, Dupouy,
71. MM. Maitrerobert, Cadi Ali, Duc, Duport, Richard, Parent, Paléologue, Camoreyt, Cluzel, Barros,
81. MM. Cauvin, Tanguy, Foubert, Beyrie, Varrin, Tissègre, Riou, Humann, Schneiderlin, Dassonville,
91. MM. Julliard, Meynadier, Arthenac.
Candidats P. C. N. : 1. MM. Coulouma, Miara, Freyche, Mandillon, Charle, Nouail, Guichené, Moulinié, Marchadier, Aubert,
11. MM. Clavel, Fau, Espinasse, Brun, Meunier, Cosset, Stetzel, Robert, Azéma, Passa,
21. MM. Battle, Ghappoux, Chausset, Igert, Rouchonnat, Coutie, Colomb, Poncelet, Collin, Bedes,
31. MM. Rodet, Borgomane, Langlois, Bergondi, Baroni, Tristani, Olivier, Delaby, Tête, Vivès,
41. MM. Guilleman, Bruneval, Casile, Montagard, Grenier, Pretar, Trombetta, Chaudey, Fournié, Tourniaire,
51. MM. Barrat, Nogardel, Merlin-Lemas, Vautin, Mattéi, Vaissié.

Etudiants en pharmacie. — A 4 inscriptions : 1. M. Martin.
Sans inscriptions (stagiaires) : 1. MM. Volluz, Préceptis, Louvart, Moreau, Siméon, Diverrès, Poste, Lescop, Simon, Le Moult,
11. MM. Hamet, Colin, Corbé, Branelles, Guermeur.

Au cas où les intéressés ne seraient pas touchés en temps voulu par leur lettre de nomination, la présente insertion leur tiendra lieu de lettre de nomination.

Les élèves ne seront définitivement admis à l'Ecole du Service de santé militaire qu'après avoir satisfait complètement aux examens universitaires correspondant à leur scolarité. Tous les élèves admis à la suite du concours de 1923 se présenteront au médecin inspecteur, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, le 15 octobre 1923, à 8 h. du matin, munis du diplôme de bachelier, du certificat P. C. N. pour la section médecine ou du certificat de validation de stage pour la section pharmacie et de leur livret individuel militaire le cas échéant.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 3 octobre publie un décret relatif aux indemnités de déplacement des médecins et gestionnaires civils des centres d'appareillage.

CONGRÈS DE L'INTERNAT FRANÇAIS. — Le Congrès s'est ouvert la semaine dernière, à Bordeaux, sous la présidence du docteur Maurice de Fleury, membre de l'Académie de médecine.

Après la séance inaugurale, les congressistes ont visité les différents services de l'hôpital Saint-André, puis les travaux du Congrès ont commencé.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. les docteurs Metzger, agrégé, accoucheur des hôpitaux; Le Lorier, agrégé, accoucheur des hôpitaux; Ecalle et Lemeland, accoucheurs des hôpitaux ; Bénit, Couinaud, Lantuéjoul, Vaudescal, chefs de clinique et anciens chefs de clinique ; Réglade, chef de clinique adjoint; Chomé et Laffont, assistés de MM. Bouscarle, de Manet, Herblan-Morin, Joanny, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants ayant 16 inscriptions et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 15 octobre 1923. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 15 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN. (Professeur : M. Pierre DELBET.) — Cours complémentaire. (Date du cours : du 18 au 28 octobre 1923, de 5 à 7 heures, à l'amphithéâtre de la clinique.) — TRAITEMENT DES FRACTURES ET LUXATIONS DES MEMBRES. — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Pierre Mornard, Raoul Monod et Lascombe, chefs de clinique.

1° Fractures de l'humérus : Application de l'appareil à extension continue.

2° Luxations du membre supérieur : Réduction des luxations de l'épaule par la traction élastique. Traitement des luxations du carpe.

3° Fractures de l'avant-bras et du poignet : Technique de réduction et appareils.

4° Fractures du col du fémur : Technique du vissage.

5° Pseudarthroses du col du fémur : Technique de l'enchevillement au moyen d'un greffon de péroné.

6° Fractures de la diaphyse fémorale : Application de l'appareil à extension continue.

7° Luxations du membre inférieur : Manœuvres de réduction.

8° Fractures de jambe : Application de l'appareil de marche.

9° Fractures du cou-de-pied : Application de l'appareil de marche.

10° Traitement sanglant des fractures : Voies d'abord des fractures articulaires. Technique des ostéosynthèses. Vissage du col du fémur.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 heures, une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils ; 2° de 6 à 7 heures, des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — DIX JOURS DE GASTROLOGIE CLINIQUE A L'USAGE DES PRATICIENS. — M. Félix Ramond fera, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, une série de conférences pratiques sur les principales maladies de l'estomac du 5 au 14 novembre, le matin à 10 h. et l'après-midi à 15 h.

L'assistance aux conférences est gratuite ; pour les travaux pratiques, verser un droit de 120 fr. en s'inscrivant salle Lorain, hôpital Saint-Antoine.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE (20, passage Dauphine, Paris). — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

XXXIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(*Paris, 8-13 octobre 1923*)

PREMIÈRE QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

LA TRANSFUSION DU SANG

Cette question a été l'objet de trois rapports :

M. JEANBRAU étudie les techniques modernes de la transfusion, la biologie du sang citraté, les accidents et dangers de l'opération, le choix des donneurs, les indications dans l'anémie aiguë post-hémorragique.

M. PAUCHET traite de la transfusion dans le shock, dans la période pré et post-opératoire, dans les intoxications et les infections et de la technique de la transfusion du sang total.

M. EMILE-WEIL, enfin, fait un exposé de la transfusion en médecine et de ses indications dans les affections du sang.

Résumé du rapport de M. JEANBRAU.

I. **Les techniques modernes de transfusion.** — Ces techniques se classent en deux groupes, selon qu'on utilise du sang pur ou du sang rendu incoagulable.

A. MÉTHODES DE TRANSFUSION DE SANG PUR artério-veineuse ou veino-veineuse. La *transfusion artério-veineuse* créée par Crib se fait, soit *directement* par anastomose vasculaire à l'aide de sutures ou de canules spéciales (Crib, Elsberg), soit *indirectement* à l'aide de tubes de métal paraffinés (Carrel, Tuffier, Morel, Bernheim). Ces techniques sont très satisfaisantes au point de vue biologique et chirurgical. Mais elles sont difficiles, longues, obligent le donneur à faire le sacrifice de son artère radiale et ne permettent pas d'apprécier la quantité de sang transfusé. Aussi les a-t-on abandonnées.

La *transfusion veino-veineuse* n'est plus pratiquée aujourd'hui qu'à l'aide de deux techniques.

La première utilise des récipients paraffinés. David et Curtis en furent les initiateurs en 1913. Puis Kimpton et Brown imaginèrent un procédé qui, perfectionné par Beth Vincent est encore employée avec succès aux Etats-Unis. Enfin, tout récemment, juillet 1923, Bécart a publié un procédé qui dérive des précédents et permet, sans aucune dénudation vasculaire, de transfuser du sang pur, artérialisé par un courant d'oxygène.

Dans l'autre technique de transfusion veino-veineuse, le sang est aspiré et réinjecté au moyen de seringues et de robinets à deux ou trois voies. Unger d'abord, puis Govaerts, Rosenthal, Lindemann, Sherman, Lee sont de ceux qui ont ainsi pratiqué la transfusion.

B. MÉTHODES DE TRANSFUSION DU SANG RENDU INCOAGULABLE. — Malgré toutes les précautions prises, il est très difficile d'éviter la coagulation dans les appareils. Aussi a-t-on été amené à ajouter au sang, dès sa sortie du vaisseau, des substances anticoagulantes.

En 1914, trois auteurs ont presque simultanément découvert la transfusion du sang stabilisé par le *citrate de soude*. Ce sont Hustin (de Bruxelles), Agote (de Buenos-Ayres et Lewisohn (de New-York). Ce dernier a eu le mérite de régler une technique excellente d'emblée et que l'on n'a que peu modifiée, en outre, d'étudier la toxicité du citrate, ainsi que son influence sur le temps de coagulation du sang du récepteur.

Pendant la guerre, en France, le protagoniste de la transfusion citratée fut Jeanbrau qui eut comme collaborateur, pour l'étude biologique du sang citraté, le physiologiste Hédon De nombreux chirurgiens suivirent. Puis des médecins, Rosenthal, Ameuille, Emile-Weil, cherchèrent en simplifiant le manuel opératoire et l'instrumentation à mettre la transfusion à la portée de tous les praticiens.

Parmi les plus récentes et les plus heureuses techniques, il faut citer celle de Bécart qui ponctionne la veine avec une longue et large aiguille très pratique, reçoit le sang dans une ampoule contenant 10 centimètres cubes de citrat ede soude à 10 p. 100 (dose pour 250 grammes de sang) et le réinjecte à l'aide d'un trocart aiguille également large et commode.

Mais d'autres substances anticoagulantes ont été employées. Ainsi Hustin, Dupuy de Frenelle, Roux, Turner et Robertson ont transfusé du sang dilué dans du *sérum glucosé* isotonique. Et Flandin et Tzanck, en 1921, ont eu recours aux *arsénobenzènes*.

II. **Biologie du sang citraté.** — Les recherches de Sabattani, Lewisohn, Hédon, Giraud en particulier ont permis d'établir les points suivants :

1° Le sang citraté à 2 ou 3 p. 1000 demeure liquide indéfiniment ; il est « stabilisé » mais non décalcifié. Son incoagulabilité résulte de la désionisation du calcium. Pour provoquer la coagulation du sang citraté, il suffit de lui ajouter, soit du chlorure de calcium, soit du sérum sanguin.

2° Le sang citraté n'est pas toxique, même chez les nouveau-nés et les malades, aux doses où on l'emploie pour la transfusion.

3° Le citrate n'abrège pas le temps de coagulation du sang chez le transfusé.

4° Le sang stabilisé par le citrate garde les propriétés biologiques du sang pur.

5° Le citrate ne détruit ni les produits des glandes endocrines, ni les anticorps du sang immunisé.

6° Le sang citraté conservé donne des résultats comparables à ceux du sang frais.

L'*inconvénient* du sang citraté en transfusion est la fréquence plus grande de frissons et d'hyperthermie qu'après la transfusion de sang pur. Mais cet inconvénient est bien minime en comparaison des avantages et de la sécurité que présente la transfusion citratée.

III. **Dangers et accidents de la transfusion.** — Les *dangers* se résument dans la transmission d'une maladie comme la syphilis, la tuberculose, le paludisme et seront évités par le choix d'un donneur indemne de ces maladies.

Les *accidents* sont de trois ordres. Les accidents *mécaniques*, pénétration de l'air dans les veines, dilatation aiguë du cœur, résultent de fautes de technique. La transfusion doit être lente ; il faut mettre au moins cinq minutes pour injecter 100 grammes de sang. Les accidents *anaphylactiques* sont très rares. Les accidents d'*ordre humoral*, de beaucoup les plus importants, sont causés, soit par l'incompatibilité sanguine (action agglutinante et hémolytique d'un sang sur un autre), soit par de petites différences humorales inappréciables in vitro et susceptibles néanmoins de provoquer des phénomènes colloïdoclasiques, en général bénins.

Cliniquement, les accidents sont immédiats ou tardifs.

Immédiats, ils peuvent être légers ; ce sont des frissons, de l'excitation psychique, un peu de dyspnée, de cyanose de la face et du tronc qui disparaissent rapidement et semblent dus à des réactions vaso-motrices ; ils peuvent être graves, la mort survient alors brusquement si la transfusion n'est pas interrompue après une série de phénomènes qui sont : une sensation de plénitude céphalique, des douleurs abdominales et lombaires, de la dyspnée, de la cyanose et le ralentissement du pouls.

Tardifs, les accidents sont encore légers et caractérisés par de la fièvre, de l'urticaire, des érythèmes, ou graves et dus à des lésions rénales qui se manifestent par de l'hémoglobinurie, de l'albuminurie, de l'oligurie ou de l'anurie, des œdèmes et des crises d'urémie convulsive.

Les accidents graves relèvent de l'hétérogénéité sanguine.

IV. **Choix des donneurs.** — Il faut donc choisir des donneurs dont le sang soit compatible avec celui du récepteur. Avant tout, il importe d'éviter l'hémolyse du sang étranger par le plasma du sujet transfusé car cette hémolyse met en liberté des albumines toxiques pour le récepteur. Par contre, l'hémolyse du sang de ce dernier n'est pas à craindre parce que le plasma du sang transfusé est dilué dès sa pénétration dans l'appareil circulatoire du patient et perd toute action nocive.

Plusieurs épreuves permettent aujourd'hui au chirurgien de choisir des donneurs compatibles.

Ces épreuves ont pour point de départ la découverte des iso-agglutinines dans le sang humain et la *division des sangs humains, selon le pouvoir agglutinant des sérums sur les hématies, en plusieurs groupes*. La classification couramment adoptée aujourd'hui est celle de Moss qui comporte quatre groupes caractérisés par les différences d'action du sérum de l'un sur les globules des autres.

Groupe I : leur sérum n'agglutine aucun globule rouge humain; leurs globules rouges sont agglutinés par les sérums des groupes II, III, IV.

Groupe II : leur sérum agglutine les globules rouges des groupes I et III; leurs globules rouges sont agglutinés par les sérums des groupes III et IV.

Groupe III : leur sérum agglutine les globules rouges des groupes I et II; leurs globules rouges sont agglutinés par les sérums des groupes II et IV.

Groupe IV : leur sérum agglutine les globules rouges des groupes I, II, III; leurs globules rouges ne sont agglutinés par aucun sérum.

De ces données il résulte, au point de vue de la transfusion, que les sujets de même groupe se conviennent toujours, que les sujets du groupe I sont des « récepteurs universels » mais de dangereux donneurs, que les sujets du groupe IV sont des « donneurs universels », enfin que les sujets des groupes II et III ne peuvent être transfusés qu'entre eux ou avec des donneurs du groupe IV.

Les épreuves qui permettent de reconnaître l'incompatibilité de groupe sont de deux sortes :

A. Epreuves hématologiques. — Elles comportent la *méthode directe* et la *méthode indirecte*.

1° Celle-ci consiste à rechercher à l'aide de stocks-sérums de groupe connu à quel groupe appartient le futur récepteur. On choisit ensuite un sujet du même groupe, ou, si l'on n'en trouve pas, un donneur universel. Dans l'*épreuve de Moss-Vincent*, on dépose sur une lame sèche une goutte de sérum connu à laquelle on ajoute une goutte de sang du futur donneur. En quelques minutes la réaction a lieu. L'agglutination se reconnaît à la formation de petits débris analogues à de la brique pilée dans le sérum devenu incolore. En l'absence d'agglutination, le mélange reste rose et homogène. Il suffit d'avoir du sérum des groupes II et III pour pouvoir reconnaître à quel groupe appartient le sang d'un homme pris au hasard.

2° La *méthode directe* est seule utilisable quand on ne possède pas de sérums-standard II et III. De nombreuses techniques ont été proposées, voici celle de Jeanbrau :

On prélève au futur récepteur 2 ou 3 centimètres cubes de sang qu'on laisse coaguler. On étale une goutte du sérum de ce sang sur une lame sèche. On y ajoute une goutte du sang du donneur obtenue par piqûre du lobule de l'oreille et l'on juge de l'agglutination comme précédemment.

Les épreuves indirectes, comme celle de Moss-Vincent, paraissent donner plus de sécurité que les épreuves directes dont les résultats sont parfois douteux quand les sangs sont pauvres en agglutinines. Mais en cas de grande urgence, on peut s'exposer aux risques d'agglutination et d'hémolyse, qui chez les sujets indemnes de maladie du sang ne dépassent pas 3 p. 100 au maximum.

B. Epreuves biologiques. — Celles-ci se résument dans la précaution suivante : puisque l'incompatibilité sanguine se manifeste par des symptômes subjectifs très nets dès l'introduction des premiers centimètres cubes de sang, il faut commencer la transfusion très lentement et l'arrêter toutes les vingt ou trente secondes en interrogeant le patient. Si les phénomènes précédemment signalés apparaissent, on arrête aussitôt la transfusion.

Aux Etats-Unis, il existe des donneurs professionnels. En France, généralement, on préfère recourir à un membre de la famille ou à un ami du malade. Il vaut mieux prendre des hommes et particulièrement des hommes de grande taille.

Les consanguins ne sont pas toujours de même groupe et leurs sangs doivent donc toujours être éprouvés.

Enfin, il est bon de connaître encore la nécessité de refaire les tests en cas de transfusions répétées avec le même donneur, car, comme l'ont montré les recherches d'Ottenberg, de Kaliski et Friedmann, il peut alors se former chez le récepteur des iso-agglutinines et hémolysines spécifiques contre les globules du donneur.

V. Physiologie et résultats de la transfusion dans les grandes hémorragies. — *Expérimentalement*, il est démontré par les recherches de Hayem (1881), Hédon (1902), Curtis et David (1912), Charles Richet, Brodin et Saint-Girons (1918) que les « sérums » capables de prolonger l'existence pendant quelques heures ne peuvent pas obtenir la survie définitive après des hémorragies intenses. Seule la transfusion du sang peut, dans les cas désespérés, sauver le blessé.

Le mécanisme de la mort par hémorragie est complexe. La vacuité de l'appareil circulatoire a comme conséquences essentielles l'anoxhémie des centres nerveux, très sensibles à la privation d'oxygène et l'appel des liquides interstitiels dans les vaisseaux afin de rétablir la masse sanguine. Ainsi la baisse de pression, l'anémie des centres nerveux, des ganglions du cœur, la dénutrition soudaine des tissus entraînent des lésions irrémédiables, très rapidement incompatibles avec la vie.

Le sang transfusé agit immédiatement en ravitaillant d'oxygène les centres nerveux. Il donne au malade un temps de survie qui lui permet de faire un effort d'hématopoïèse pour remplacer le sang perdu.

D'ailleurs le sang transfusé continue à vivre dans l'organisme de son nouvel hôte.

Cliniquement, en effet, il est prouvé que des sujets en état de mort imminente sont revenus à la vie après la transfusion et ont guéri sans présenter d'hémoglobinurie, preuve qu'ils n'ont pas hémolysé le sang transfusé.

D'autre part, les *recherches hématologiques* d'Astoby, Wearn, Warren et Ames ont montré que les globules étrangers continuent à vivre chez le transfusé et qu'une partie ne disparaît qu'après deux ou trois mois.

Enfin, la transfusion possède également une action hémostatique puissante, car elle arrête les hémorragies inaccessibles et elle stimule puissamment l'hématopoïèse dans les anémies secondaires.

VI. Indications de la transfusion dans les grandes hémorragies. — Les *constatations hématologiques* de Depage et Govaerts leur ont permis de conclure que, chez un blessé des membres, lorsque le nombre des hématies du sang veineux tombe au-dessous de 4.000.000 dans les six premières heures, le pronostic est presque à coup sûr fatal.

Les *données sphygmomanométriques et oscillométriques* constituent des éléments très importants pour les indications de la transfusion. La baisse progressive, continue et irréductible de Mx, Mn et de l'indice oscillométrique, malgré les injections intraveineuses de sérum, traduisent une décompensation irrémédiable de l'hémorragie et justiciable seulement de la transfusion.

La *quantité de sang à transfuser* varie entre 500 et 800 gr. Chez le nourrisson, il ne faut pas dépasser 12 centimètres cubes par livre de poids.

L'*auto-transfusion* ou réinjection dans une veine, du sang épanché dans l'abdomen, après rupture d'une grossesse tubaire, peut rendre des services en cas d'impossibilité de faire une transfusion véritable.

Résumé du rapport de M. Victor Pauchet.

Les indications de la transfusion ne doivent pas se limiter au seul traitement de l'anémie posthémorragique. Elle agit encore et merveilleusement dans le shock accidentel ou opératoire, dans les intoxications d'origine externe ou interne, dans les infections. Chez tout sujet dont l'organisme fléchit, elle doit être employée avant et après l'intervention.

Transfusion dans le shock. — L'expérience clinique montre que les shockés sont ramenés à la vie par ce procédé « plus vite et mieux » que par toute autre méthode. Mais peut-on expliquer physiologiquement le rôle de la transfusion dans ces cas?

L'état de shock est caractérisé par la triade symptomatique : hypotension, diminution du volume du sang circulant et développement d'acidose. L'hypotension n'est que la conséquence de la diminution de la masse sanguine. Le sang,

accumulé dans les capillaires, demeure éloigné du cœur et des centres nerveux qui sont de ce fait troublés dans leur fonctionnement.

La viscosité sanguine augmente ; il y a « désoxydation » du sang et conséquemment oxygénation insuffisante des tissus, d'où production d'acidose. Dès lors, le shock se traduit par les mêmes symptômes que l'hémorragie, mais il y a cette différence cependant que le sang retenu dans les capillaires n'est pas perdu pour toujours et qu'il pourra être repris dans la circulation si l'on applique assez tôt le traitement approprié.

Le retour à l'état normal dépendra de la durée de l'anémie. Une thérapeutique rapide visera donc au rétablissement de la circulation générale en décongestionnant les capillaires, en élevant la tension artérielle.

La transfusion sanguine, surtout la transfusion de sang pur oxygéné, répond à ces desiderata. Elle apporte à l'organisme une quantité de sang qui, injectée dans les veines, produit d'une façon durable une augmentation de la pression. La masse du sang jusque-là immobilisée dans les capillaires, sous l'effet de cette pression nouvelle, se met en mouvement. Une ration importante d'oxygène véhiculée par de nombreuses hématies est offerte aux différents tissus, aux centres nerveux notamment.

Si l'injection de sérum artificiel peut, dans certains cas d'anémie aiguë, relever la tension et sauver le malade, elle demeure impuissante toutes les fois qu'à l'anémie s'ajoute un véritable état de shock ; quand il existe de l'acidose, l'eau salée filtre en effet à travers les parois capillaires devenues perméables et son action n'est que transitoire.

Bayliss a tenté de remplacer le sang par une substance non toxique possédant la même viscosité et la même pression osmotique. Il utilise une solution de gomme acacia à 6 p. 100 dans une solution à 9 p. 100 de chlorure de sodium. Une telle méthode lutte seulement contre un des facteurs du shock : la diminution du liquide circulant, mais demeure sans action sur l'insuffisante oxygénation des tissus.

Transfusion dans les soins pré et postopératoires. — La méthode est indiquée avant toutes les opérations traumatisantes ou comportant de grands délabrements ; elle constitue alors la meilleure prophylaxie du shock. Pratiquée systématiquement en Amérique à la clinique de Crile, elle a permis d'améliorer considérablement les statistiques opératoires puisque de 1919 à 1923 la mortalité y est tombée de 12,4 à à 1,2 p. 100.

La transfusion est encore indiquée avant l'intervention chez les sujets dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 75 p. 100, chez les calculeux ictériques biliaires, car elle accélère le temps de la coagulation et peut éviter les hémorragies à distance.

Enfin, après l'intervention, la transfusion conserve tous ses droits en cas d'hémorragies graves, mais aussi dans les suppurations prolongées, dans les plaies à cicatrisation lente et dans toutes circonstances où le taux de l'hémoglobine demeure faible,

Transfusion dans les intoxications. — Que l'intoxication soit due à une substance étrangère à l'organisme ou à une substance fabriquée par lui, la thérapeutique doit comporter deux temps : soustraction d'une certaine quantité du sang vicié et transfusion d'une égale quantité de sang pur. Cette technique employée dans des cas désespérés a donné de surprenants résultats dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, le gaz d'éclairage, la morphine, le benzol, les champignons. Il importe cependant que la transfusion ne soit pas faite « in extremis » ; quand l'intoxication est profonde et dure depuis longtemps les échecs sont compréhensibles.

C'est encore une des meilleures thérapeutiques à opposer à l'éclampsie, aux vomissements incoercibles de la grossesse, au coma diabétique, à l'urémie, à la thyro-toxémie. Enfin, en röntgen et curiethérapie où la destruction massive des hématies et la résorption des albuminoïdes dues à la fonte des cellules entraînent toujours un certain degré d'empoisonnement, la transfusion est couramment indiquée.

Transfusion dans les infections. — La plupart des cliniciens pensent que la transfusion du sang au cours des septicémies n'agit qu'en relevant l'état général. Cette action est plus complexe et le sang normal injecté apporte à l'organisme malade des anticorps capables d'arrêter l'infection. Pour cette raison il est préférable de transfuser un sang dont « la défense a été orientée », tel un sang de convalescent (immunité passive) ou un sang d'immunisé (immunité active).

Technique de la transfusion de sang total. — Deux dangers sont à éviter : 1° l'incompatibilité des sangs provoquant l'hémolyse et la mort ; 2° la coagulation. Les examens de laboratoire permettront d'éviter le premier de ces dangers ; une bonne technique mettra à l'abri du second.

La méthode de « veine à veine » a toutes les faveurs présentement. On peut injecter, soit du sang stabilisé par le citrate de soude à la façon de Jeanbrau, soit du sang total. Les deux procédés donnent d'excellents résultats, mais l'auteur a la certitude que la transfusion de sang pur total est plus près de la perfection. La technique en est manifestement plus délicate et ne peut être confiée qu'à des opérateurs spécialisés.

Les meilleurs appareils sont ceux de Unger, de Œchlecker, de Jubé, de Bourret et surtout celui de Bécart. Celui-ci comporte :

— une aiguille coudée pour la prise de sang,
— une ampoule graduée avec deux ouvertures, l'une large, l'autre petite,
— un trocart d'injection s'adaptant à l'ampoule,
— une soufflerie facilitant l'injection.

Tout le matériel sera stérilisé ; l'ampoule et le trocart seront paraffinés.

On commence par introduire le trocart dans la veine réceptrice. La solution anticoagulante est versée dans l'ampoule et en lubrifie la surface interne. Le sang du donneur est alors reçu dans cette ampoule par l'intermédiaire de l'aiguille « ad hoc ». Quand on a ainsi obtenu la quantité de sang jugée suffisante on solidarise la petite ouverture de l'ampoule et le trocart déjà fixé dans la veine. Il ne reste plus qu'à adapter la soufflerie et à pratiquer lentement la transfusion.

Le rapporteur termine en exposant la technique de la transfusion chez le nouveau-né par ponction du sinus longitudinal supérieur.

Résumé du rapport de M. P. Emile-Weil.

Accidents de la transfusion. — La valeur thérapeutique de la transfusion depuis longtemps pressentie n'a guère été établie que de nos jours ; encore, bon nombre de médecins s'abstiennent-ils trop souvent de recourir à cette opération par crainte des accidents possibles. Ceux-ci sont *immédiats* ou *secondaires*.

Les *premiers* seuls sont redoutables. Ils surviennent de façon soudaine au début de la transfusion et se traduisent par des douleurs abdominales ou lombaires, de la dyspnée avec soif d'air, angoisse, élévation thermique et frisson. La cause en est dans un facteur d' « hétérogénéité » existant entre le sang des deux individus, Il y a destruction des globules de l'un par le plasma de l'autre et cette destruction s'accomplit en deux temps : agglutination d'abord et lyse ensuite. L'hémoglobine et l'albumine des hématies sont mises en liberté et déclanchent des phénomèues inquiétants, souvent mortels. Dans les heures qui suivent peut apparaître de l'hémoglobinurie.

Les accidents *secondaires* toujours bénins seraient le résultat de certains phénomènes de choc colloïdoclasiques, mais de choc trop léger pour engendrer un véritable état anaphylactique. Ils se manifestent par des érythèmes urticariens, des œdèmes localisés, du frisson, une élévation légère de la température. Comme ces accidents ne comportent aucune conséquence grave et qu'ils n'empêchent pas la transfusion de donner tous ses fruits, on peut penser qu'ils sont dus à une hétérogénéité des plasmas et non à une action globulaire. Jamais ces accidents ne sont suivis d'hémoglobinurie.

Moyens d'éviter les accidents de la transfusion. — L'agglutination et l'hémolyse sont régies par la *loi des groupes*. Pour se mettre à l'abri des accidents, on fera une étude soignée des groupes du receveur et des donneurs éventuels par la méthode des sérums-étalons. Presque toujours les résultats fournis par cette méthode ne laisseront place ni au doute ni à l'erreur. Pourtant, les groupes I et IV peu-

vent parfois donner des réactions douteuses ; un complément d'enquête s'impose, par exemple : la recherche de l'action directe du sérum du receveur sur les hématies du donneur.

Il convient de renouveler les examens de sang avant chaque transfusion, car il faut se méfier de la possibilité de changement de groupe. En cas d'urgence, on est autorisé à se passer de ces examens, mais il faut alors injecter très lentement et suspendre l'opération à la première alerte, avant que la quantité de sang transfusée ne soit réellement capable de nuire.

Technique. — Une technique très simple et qui donne toute satisfaction consiste à recevoir le sang du donneur dans une capsule stérilisée contenant une solution citratée. Le sang ainsi stabilisé est injecté, soit à l'aide d'une seringue de 20 centimètres cubes et une aigille intraveineuse ordinaire, soit avec une seringue de 100 centimètres cubes construite par Gentile sur les indications du rapporteur.

Indications de la transfusion. — Il faut se souvenir que la transfusion doit être pratiquée précocement et qu'elle doit être, dans bien des cas, répétée avec persévérance.

Toutes les *grandes hémorragies* sont justiciables de cette thérapeutique. La transfusion rendra de grands services dans l'*hémophilie* au cours des crises hémorragiques, où elle agira à la fois comme hémostatique et comme agent de « lutte contre l'anémie ». Il est bon de rappeler à ce sujet qu'on ne doit jamais injecter à un hémophile de sang complet sous la peau.

Dans l'*hémogénie*, les résultats sont moins brillants au cours des accidents hémorragiques, mais la transfusion retrouve sa valeur dans le traitement d'entretien de ces malades.

Chez les *hépatiques*, avant l'acte chirurgical, une transfusion préviendra les hémorragies opératoires ; on lui ajoutera avec profit un traitement opothérapique.

Les *anémies* constituent l'indication la plus fréquente et la plus formelle ; dans les cas graves, la transfusion sera répétée à chaque fléchissement du taux globulaire et de l'état général du sujet. On n'a pas à craindre de sensibiliser les malades et la dose injectée chaque fois variera entre 150 et 400 grammes.

La transfusion est encore indiquée chez les *tuberculeux* et les *cancéreux* dont on veut améliorer l'état dans un but précis : une intervention par exemple.

Dans l'ignorance où nous sommes de la cause des *anémies cryptogénétiques*, on est autorisé à pratiquer systématiquement la transfusion dans la plupart des cas, et l'on assistera parfois à d'appréciables améliorations dans certaines anémies graves étiquetées : pernicieuses, progressives.

L'*anémie avec splénomégalie* est plus rebelle à la méthode ; cependant après splénectomie on peut voir la transfusion agir efficacement, relever l'état général et le taux globulaire.

Enfin, les *hémorragies des nouveau-nés* et des jeunes enfants seront combattues par la transfusion du sang maternel. Les doses varieront entre 20 et 30 centimètres cubes et seront injectées, soit dans les veines épicraniennes, soit dans le sinus longitudinal supérieur. Dans aucun cas, la transfusion ne dispensera d'un traitement étiologique : syphilis, tuberculose, etc.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement, par J. FRANÇON, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-consultant à Aix-les-Bains, et J. HUTINEL, interne des hôpitaux de Paris. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Les Etudes dentaires en France (Recueil et commentaires de loi, décrets, arrêtés et documents divers, utiles aux étudiants en chirurgie dentaire et aux praticiens.), par BOULAND. — Paris, Editions de la Semaine dentaire, Etablissements Ash, Caplain Saint-André, 12, rue de Hanovre.

ACTUALITÉS

LES COLONIES DE VACANCES

Un peu partout, à la mer, à la montagne, ou même simplement à la campagne, on voit, depuis quelques années, des colonies de vacances, groupements d'enfants des grandes villes qui viennent passer plusieurs semaines au grand air ; ils sont conduits et surveillés par des instituteurs ou institutrices, par des prêtres, par des religieuses dont il faut admirer le grand dévouement, car c'est une lourde tâche et une grande responsabilité que de diriger une colonie de vacances. Que de soucis matériels pour nourrir avec un budget modeste des enfants dont l'appétit est violemment excité par le changement d'air. Que d'inquiétudes pour les distraire, les promener sans accidents. Il y a aussi le danger des maladies contagieuses ; si, par malheur, un enfant part en incubation de rougeole ou de scarlatine, le risque est grand que d'autres cas ne surviennent parmi ses camarades.

Mais si la tâche est lourde, les résultats obtenus viennent apporter un puissant réconfort à ceux qui donnent leur temps et leur peine à la direction d'une colonie de vacances. Il est, en effet, des œuvres sociales dont on peut discuter l'utilité, dont on peut se demander si vraiment elles servent à quelque chose ; il en est même, dit-on, dont le but principal est de faire décorer leur président ; mais en ce qui concerne les colonies de vacances, elles s'imposent à l'attention et doivent prendre un développement de plus en plus grand ; car elles répondent aux nécessités de notre époque et, tant au point de vue hygiénique qu'au point de vue social, elles sont au premier rang parmi les œuvres à résultats certains et tangibles.

Les enfants des grandes villes ont besoin d'aller à la campagne ou à la mer pendant la belle saison ; la vie au grand air leur colore le teint, amène une stimulation de l'organisme qui les rend plus forts et plus résistants. J'ai eu l'occasion récemment d'examiner des enfants qui passèrent trois semaines au Croisic, conduits par un très dévoué vicaire d'une paroisse de Nantes ; nous les pesâmes, au dispensaire de l'Union des Femmes de France, avant le départ et au retour. Quelques-uns avaient gagné 2 kilogrammes de poids, tous les autres, 1.000 à 1.500 grammes ; un seul avait maigri de 300 grammes, mais c'était un jeune obèse qui avait plus besoin de maigrir que d'engraisser, et l'on doit admirer une fois de plus les bienfaits de la cure marine qui modifie l'organisme dans un sens favorable, pouvant également faire engraisser les maigres et maigrir les obèses. Voici donc des enfants, des jeunes gens qui, s'ils vont chaque année à la mer ou à la montagne, grandiront et se développeront dans de bonnes conditions ; bientôt ils seront des apprentis solides, puis des ouvriers vigoureux qui feront du bon travail. Ils seront aussi des soldats robustes, et il n'est pas inutile d'avoir toujours une armée forte, quoiqu'en disent les pacifistes qui ne veulent rien comprendre aux leçons de la grande guerre et surtout de l'après-guerre.

Il faut, en effet, considérer comme un fait heureux que les générations nouvelles soient orientées vers la vie au grand air, les exercices physiques et les sports. Le romantisme, le dilettantisme ne manquent pas de charmes et quelques-uns regretteront

leur disparition, mais les rêveries à la clarté de « l'astre nocturne », comme disait Lamartine, ne sont plus à la mode et les amours des phtisiques s'abritent aujourd'hui dans les sanatoriums. Les jeunes filles, jambes et bras nus, noircies par le soleil, jouent au tennis toute la journée et, le soir, dansent le shimmy ; elles n'ont plus aucun goût pour chanter les Amours du poète ou les plaintes déchirantes de Marguerite oubliée par l'ingrat qu'elle aimait ; elles savent que les jeunes gens admirent les championnes de tennis aux bras puissants plutôt que les pianistes aux doigts agiles triomphant des difficultés qui hérissent les œuvres de Listz ou de Debussy. Dans les casinos, Schumann et Chopin sont détrônés par le jazz-band.

Adaptons-nous donc à cette évolution, tout en mettant à sa bonne place l'effort intellectuel ; c'est ce que fait l'officier d'artillerie qui a poussé très loin l'étude des mathématiques à l'Ecole polytechnique et monte énergiquement son cheval en steeple-chase. Le clergé lui-même suit le mouvement ; le pape Pie XI, alors qu'il était l'abbé Ratti, professeur à Milan, consacrait à l'alpinisme ses loisirs de vacances ; et faisait l'ascension du Mont-Rose, du Cervin et du Mont-Blanc. Les prêtres qui ont fait la guerre, beaucoup comme combattants, aiment les sports ; aussi les processions du dimanche sont-elles aujourd'hui souvent remplacées par des concours de gymnastique, et l'immense succès remporté à Paris au mois de juillet par la Fédération sportive des patronages a montré la puissante vitalité du parti catholique (1).

Cette tendance au développement de la force physique va bien avec les difficultés de la lutte pour la vie et aussi avec l'état actuel du militarisme ; elle correspond aux nécessites de la mobilisation générale. Il y avait jadis une armée de métier ; derrière la frontière protégée par les guerriers, les autres hommes pouvaient être, toute leur vie, laboureurs, commerçants, musiciens ou poètes. Aujourd'hui, la réserve et la territoriale marchent avec l'armée active et fournissent à l'état-major la très grande majorité des combattants ; on rencontrait dans les tranchées des professeurs de philosophie et des avocats qui avaient moins besoin d'être licenciés ès lettres ou en droit que d'avoir de bons muscles pour remuer la terre et un bon estomac pour digérer la soupe, excellente mais monotone, faite par le cuistot de la compagnie. Tout homme, jusqu'au jour où il est, par son âge, dégagé d'obligations militaires, doit, pour être un bon citoyen, se maintenir apte à faire campagne. Les colonies de vacances préparent ces hommes forts entraînés à supporter la fatigue, la chaleur et le froid.

Socialement, les colonies ont encore une autre importance. Elles peuvent donner à l'enfant des villes le goût de la campagne ; elles peuvent ramener à la terre celui dont les parents ou les grands parents ont abandonné le sol natal pour aller travailler dans quelque usine ou quelque magasin d'une grande ville. Un romancier a traité ce point de vue dans un charmant récit (2) qui m'a beaucoup plu ; c'est l'histoire d'un petit Parisien partant avec une colonie de vacances et arrivant en Bretagne, au Faou : il y rencontre une fillette du pays ; un jeune et chaste amour s'ébauche entre les deux enfants ; rentré à Paris, Julien pense souvent à Catherine Plemeneur ; à dix-huit ans, il décide de retourner en Bretagne, et au lieu d'être à Paris « une vague unité perdue dans la foule anonyme et douloureuse », il épousera Catherine pour « un avenir magnifique et sans bornes » qui les fixera dans la tradition et dans « un tranquille devoir, soutenu par beaucoup de tendresse ».

J'en aurai fini avec les avantages des colonies de vacances quand j'aurai montré qu'elles constituent un puissant moyen d'action contre le communisme. Qu'on veuille bien réfléchir un instant à l'état d'âme d'un jeune gamin des faubourgs d'une grande ville. Dès qu'arrive le mois de juillet il voit chaque jour passer des trains emportant vers les plages de nombreux voyageurs, et alors il se dit : « Pourquoi ceux-là et pas moi? » Le sort l'a placé dans le vulgaire obscur ; le salaire de son père ne peut lui fournir qu'un étroit taudis, quelque vêtement, un peu de pain, bien cher, un peu de viande, encore plus chère ; à d'autres, la joie des vacances, la pêche aux crevettes dans les rochers, les excursions à bicyclette ; à d'autres, les beaux voyages en montagne, les longues randonnées en auto. Il ne sait pas, ce pauvre enfant, ce que nous apprenons à l'âge mur ; que, derrière cette façade de bonheur, il y a souvent bien des tristesses ; il ne soupçonne pas « l'envers du décor ». Il est jeune, ardent ; il voudrait jouir un peu de la vie ; s'il est toujours à la peine, toujours à la misère, en lui germe la haine de tous ceux qui sont riches, l'envie de tous ceux qui paraissent heureux. Il est mûr pour le bolchevisme. Mais si des femmes et des hommes dévoués s'intéressent à lui, se penchent sur sa tristesse, l'emmènent sur une plage où il aura sa part de soleil et sa part de bonheur, alors il est content, il comprend qu'il y aura toujours des riches et des pauvres, mais que ceux-ci peuvent avoir tout de même quelques joies et en être heureux sans envier ceux-là ; quand ce gamin sera devenu un électeur, il votera bien, il votera pour les hommes qui représenteront le parti de l'ordre par la hiérarchie, de la prospérité et du progrès par le travail.

M. BRELET.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CERTIFICATS MÉDICAUX

ACCIDENTS DU TRAVAIL. ESCROQUERIE.

Nous avons déjà indiqué combien le médecin doit être prudent, lorsqu'il délivre des certificats médicaux. Le médecin peut parfois se tromper de bonne foi ; nous sommes tous sujets à l'erreur. Mais il y a, à côté de l'erreur, la tromperie ; et les tribunaux se montrent à juste titre très sévères à ce sujet. C'est en matière d'accidents du travail que l'on voit cette tromperie se produire ; le médecin qui s'en rend coupable se trouve complice du délit d'escroquerie commis par l'ouvrier qui se réclame de la loi du 9 avril 1898. C'est ce qu'a décidé le tribunal correctionnel de la Seine, le 27 avril 1923.

Un ouvrier d'une blanchissserie, qui était assurée à la Caisse syndicale des industries textiles, déclara le 9 juin 1922 avoir été victime d'un accident du travail ; le même jour, le docteur X... chargé de l'examiner, constatait par certificat que cet ouvrier avait été atteint au pied droit par de la lessive bouillante ayant occasionné une brûlure de la dimension d'une pièce de 2 francs et de deux autres brûlures de la dimension chacune d'une pièce de 0 fr. 50, brûlures

(1) On sait que la Fédération gymnastique et sportive des patronages de France (F. G. S. P. F.) est l'œuvre du docteur Michaux, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

(2) Jean Morgan Un enfant dans la foule, *La Revue hebdomadaire*, 1915.

nécessitant un repos de quatre à cinq jours, sauf complications.

Le 6 juillet, l'ouvrier qui n'avait pas reparu à l'usine depuis le 9 juin, présentait au chef de l'entreprise un certificat du docteur Y..., directeur d'une clinique, constatant qu'il était guéri depuis le 3 juillet, et lui réclamait le paiement de ses demi-salaires du 7 juin au 3 juillet inclus. Sur le refus du patron, l'ouvrier assigna.

Or, au cours de l'enquête qui a été faite par le juge de paix, il fut établi que l'ouvrier, dès le 13 juin 1922, avait repris le travail et avait été embauché dans une autre blanchisserie, où il était payé à raison de 150 francs par semaine, salaire égal à celui qu'il recevait de la blanchisserie où il se trouvait précédemment. Plainte en police correctionnell contre l'ouvrier pour escroquerie, et contre le docteur Y. pour complicité d'escroquerie.

Voici comment s'explique le jugement à l'égard du médecin :

« Que le docteur Y... a reconnu, dès le début des poursuites, que l'ouvrier Z... s'est présenté à sa clinique de B..., le 10 juin 1922, pour se faire soigner les brûlures qu'il s'était faites au cours de son travail ; que, sur sa demande, celui-ci lui avait indiqué le nom de son patron, mais n'avait pu lui faire savoir, ne la connaissant pas, la Compagnie d'assurances à laquelle ce dernier était assuré ; que, muni de ce seul renseignement le docteur Y... était dans l'obligation de faire connaître immédiatement au patron, censé être son propre assureur, qu'il le prenait en soin, et, de plus, de porter sur ses livres de comptabilité régulièrement tenus, la date et le nombre des visites à lui faites par l'ouvrier, la date des pansements qu'il lui aurait opérés ; celle des certificats à lui délivrés en vue de permettre tout contrôle qu'autorise la loi de 1898 sur les accidents du travail ;

Attendu que, contrairement à ses affirmations, il n'a pu justifier qu'il avait adressé à la blanchisserie G..., qui affirme ne l'avoir jamais reçu, un certificat dans lequel il fixait à douze jours l'incapacité probable de travail pouvant résulter de l'accident survenu à l'ouvrier ;

Qu'il a été, en outre, dans l'impossibilité de produire un relevé de ses livres portant jour par jour la marche du traitement auquel ledit ouvrier a été soumis dans sa clinique ;

Que vainement il ne saurait alléguer, se mettant lui-même en contradiction avec ses premières déclarations (à savoir que l'ouvrier n'avait pu lui donner le nom de l'assureur de son patron qu'il ne connaissait pas), qu'il était persuadé que l'entreprise G... était assurée à la Préservatrice, avec laquelle il était lié par un contrat à forfait et qu'il lui avait écrit pour s'en assurer ; que sur ce point encore, il n'a pu apporter aucune justification de ses dires. »

Le tribunal constate que ces deux manquements à ses obligations professionnelles de médecins soignant uniquement des accidentés de travail sont déjà indicatifs du concert frauduleux intervenu entre lui et l'ouvrier pour obtenir, l'un des honoraires, l'autre des demi-salaires qui n'étaient pas dus aux termes de la loi de 1898, à partir du jour de la reprise du travail par l'accident.

« Mais, qu'en outre, ajoute le tribunal, il a été établi qu'à la date du 13 juin 1922, date de l'entrée de l'ouvrier à la blanchisserie G..., celui-ci, modifiant les heures auxquelles il se rendait à la clinique pour se faire panser, y serait venu entre cinq heures et demie et six heures du soir, heure à laquelle se présentent habituellement les ouvriers ayant repris le travail et qui est celle de la sortie des usines ;

Attendu que ce changement d'heures était de nature à éveiller l'attention du prévenu, et, en supposant qu'il fût de bonne foi, il lui aurait suffi d'interroger l'ouvrier pour apprendre de lui qu'il avait repris le travail.

Attendu au surplus que rien ne démontre qu'à partir du 13 juin l'ouvrier a continué à recevoir des soins à sa clinique, puisque le docteur Y... n'a pu, en dehors de ses propres déclarations et de celles de son infirmière, prouver que l'ouvrier, postérieurement à cette date, y avait été pansé ; qu'au contraire, la date de la reprise du travail de l'ouvrier à la blanchisserie G... coïncidant avec celle fixée par le docteur X..., à quatre jours d'incapacité de travail, à l'expiration desquels cette incapacité devrait prendre fin, tendrait à prouver qu'à ladite date du 13 juin l'ouvrier était guéri ;

Attendu, enfin, que la note d'honoraires produite par le docteur Y... sur la demande de la Caisse syndicale, et qui contient des erreurs, et sur la date de l'accident (7 juin au lieu de 9) et sur le membre blessé (jambe gauche au lieu de la jambe droite), révèle par son manque de sincérité un autre élément de culpabilité. »

Le tribunal a prononcé une peine de trois mois d'emprisonnement contre l'ouvrier et de *six mois* contre le médecin, parce que celui-ci lui a fourni un certificat qui a permis à l'ouvrier de commettre une escroquerie. On ne saurait trop réprouver des pratiques semblables à celles que le tribunal a analysées ; elles sont indignes d'un véritable médecin.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTE DE PRATIQUE

SURCHARGE GRAISSEUSE DU CŒUR

1° Combattre l'obésité par un régime restrictif fortement déchloruré (ne permettre que 3 à 6 gr. de sel) par jour, par exemple : à 7 heures, 60 à 100 grammes de viande froide dégraissée, 10 grammes de pain sans sel, une tasse de thé léger et chaud sans sucre ; à midi : 60 à 100 grammes de viande grillée, légumes verts cuits à l'eau à volonté, 30 gr. de pain sans sel, deux tasses de thé ; à 16 heures, une tasse de thé, sans sucre ; à 19 heures, même menu qu'à midi, en remplaçant la viande par deux œufs sans sel.

2° Favoriser la diurèse et l'élimination chlorurée en prescrivant deux cachets de 0g50 de *Théosalvose strophantique*, laquelle exerce en même temps une bienfaisante action cardiotonique.

Au bout de cinq jours, leur substituer deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, puis arrêt de cinq jours, après lesquels on reprendra le même traitement, à continuer plusieurs mois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

I. DOCTORAT D'ÉTAT. — BAILLY. — L'héliothérapie artificielle dans le traitement des dermatoses et de certaines localisations tuberculeuses.

BRAUN. — La sérothérapie antipneumococcique.

BRENAS. — Les variations leucocytaires chez le nourrisson. Leur étude dans l'épreuve de l'hémoclasie digestive chez l'athrepsique.

BRESSON. — De l'utilité des consultations prénatales.

BREUL. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou.

CHARPIN. — Contribution à l'étude des coxites sèches avec subluxation progressive de la tête fémorale.

CHRÉTIEN. — Plaidoyer en faveur de la cranioclasie.

DELESTRE. — Contribution à l'étude historique des résections ; Moreau (de Bar-sur-Ornain).

DIOT. — Recherches physiologiques sur la Teskra ; ses applications thérapeutiques ; la teskrine.

FOURCHE. — Les vestiges wolffiens paragénitaux chez la femme.

FOURNOT. — De la levée de corps préliminaire ou prélevée de corps.

GRUYER. — Etude de l'état actuel du problème médical de la quantitométrie des rayons X.

GUILLEMOT. — De la mort subite dans les rapports avec les glandes à sécrétion interne. Etude médico-légale.

HUSSON. — Etude de la rupture du tendon de la longue portion du biceps brachial. Son traitement.

JOSEPH. — Etude sur les résections de l'omoplate.

LAPIE. — Les chenilles venimeuses et les accidents éruciques.

MARTIN. — Contribution à l'étude des dispensaires et des services ouverts de psychiatrie.

MATHIEU. — Importance des résultats obtenus par l'héliothérapie à l'altitude dans le traitement de la tuberculose chirurgicale.

MÉTAIS. — De la désinsectisation des locaux.

MICHEL. — Contribution à l'étude des incurvations et pseudarthroses congénitales de la jambe. Leur traitement.

MONFORT. — De l'assistance aux aliénés criminels et délinquants anormaux.

MOUGEOLLE. — Etude radiologique de l'appendice et ses applications au diagnostic de l'appendicite chronique.

NICOLAS. — Le traitemnnt des fractures du col du fémur chez l'enfant.

PELLIER. — Quelques observations de coxa vara essentielle des adolescents et d'ostéochondrite déformante juvénile. Analogie entre les deux affections.

RASPILLER. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie dans les dermatoses.

RENARD. — De l'influence du moral en chirurgie.

RICHIER. — L'ostéoarthrite déformante juvénile et les modifications tardives (champignon, tampon de wagon) de la tête fémorale dans les luxations congénitales réduites par la méthode non sanglante.

SAUR. — Kystes osseux et cals soufflés.

SIMON. — Contribution à l'étude de la destruction de la diaphyse tibiale dans l'ostéomyélite de croissance. Prophylaxie et traitement.

SOLLIER. — Contribution à l'étude de la pathogénie et au traitement des fractures du nez.

II. DOCTORAT D'UNIVERSITÉ (*Mention Médecine*). — BILJITCH. — Le traitement de l'hallus valgus et en particulier chez l'enfant.

GEORGEVITCH. — Les variations numériques et morphologiques du bacille de Koch dans leurs rapports avec l'évolution et les lésions de la tuberculose pulmonaire.

IVKOVITCH. — Etude de la poudre de lait dans l'alimentation des nourrissons.

MATITCH. — Contribution à l'étude de la curiethérapie dans les tumeurs malignes des premières voies aéro-digestives.

OUSKOKOVITCH. — L'ostéomyélite vertébrale et ses complications.

RAKOVATZ. — Contribution à l'étude du traitement de l'appendicite gangréneuse. Sérothérapie antigangréneuse.

SMILYANITCH (Mme), née MILITCHEVITCH. — La cure des fistules vésico-vaginales opératoires.

TADITCH. — Répartition de l'urée et de l'acide urique dans les parties constituantes du sang.

TENENBAUM. — De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées.

YOVANOVITCH. — Etude du traitement des ruptures traumatiques de l'urètre scroto-périnéal. L'urétrorraphie circulaire avec dérivation sous-pubienne des urines.

LIVRES NOUVEAUX

Exploration clinique et diagnostic chirurgical (1), par Félix LEJARS.

Un livre de l'auteur de la *Chirurgie d'urgence* n'est pas à présenter. Mais le public est en droit de demander quel est le contenu de l'ouvrage, à qui il s'adresse, comment et sous quelle forme il a été réalisé.

C'est un livre de diagnostic, ou, mieux encore, un « livre de métier », destiné, le malade étant en face du clinicien, à guider les premières pensées et les premiers actes de celui-ci.

Devant telle ou telle affection régionale, à quoi penser? comment explorer?

Ce livre, écrit par un maître dont la carrière est universellement connue, est fait pour donner à ceux dont la pratique est encore limitée les suggestions et les directions qu'on peut recevoir d'un aîné.

On explorera selon une technique précise. Et c'est parce qu'il enseigne cette technique qu'il apprend au médecin à regarder, palper, percuter, mobiliser, que cet ouvrage est un livre « de métier ».

A qui s'adresse l'ouvrage? — En première ligne aux étudiants, aux « jeunes », à tous les jeunes. Pas un mot n'y figure qui n'ait été calculé, retourné, pesé pour « expliquer » et « démontrer » devant eux le mécanisme de la technique d'exploration.

En second lieu aux praticiens, non pas seulement à ceux qui, dans leur pratique, font œuvre chirurgicale et « opèrent », mais à tous ceux qui, sans la réaliser de leurs mains, devront dès l'abord *penser* à l'opération et en apprécier les indications.

Pensée pour eux pendant plus de vingt ans, l'œuvre n'a été écrite que lorsque la longue expérience de l'auteur lui a permis de la présenter dans son ensemble, finie jusque dans sa forme matérielle elle-même.

Document après document, photographie après photographie, dessin après dessin, le professeur Lejars a, en effet, amassé au cours de sa carrière — toujours en vue de ce livre et pour lui — une iconographie personnelle qu'on chercherait en vain dans les plus belles collections en France et à l'étranger.

Patiemment, pour chaque cas concret, à côté du texte, il a voulu *l'image*, et le livre, tel qu'il paraît aujourd'hui, comporte une illustration de plus de 900 figures admirablement tirées, qui, toutes, apprennent « quelque chose ».

Ce livre est unique par son fond et par sa forme, tant il a fallu de circonstances spéciales pour qu'il puisse être écrit — et illustré. L. G.

(1) Un vol. in-8 grand raisin de 782 p. avec 907 fig. et dessins originaux. — Prix : broché, 50 fr.; relié, 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Syndromes endocriniens dans l'enfance et dans la jeunesse (1), par le professeur P. NOBÉCOURT.

On sait quelle importance a prise, dans ces dernières années, l'étude de l'endocrinologie. Affections nerveuses, circulatoires, digestives, cutanées, respiratoires, troubles génitaux, constitutions, diathèses, ont été, successivement, attribués à un état lésionnel ou à une anomalie fonctionnelle de telle ou telle glande vasculaire sanguine, ou de l'ensemble de ces glandes. Innombrables sont les recherches de tout ordre, anatomique, expérimental, chimique, thérapeutique qu'a inspirées cette science nouvelle. Si innombrable même qu'à l'heure actuelle, il est encore bien difficile de faire le départ entre ce qui est acquis de ce qui ne l'est pas, de distinguer le bon grain de l'ivraie, de tenter la discrimination du certain, du probable, ou du possible. Pas de terrain plus périlleux, et sur lequel il faille marcher avec plus de prudence, dit le professeur Hutinel! Mer brumeuse où il est aisé de se perdre, répond Harvey Cushing, car « la plupart d'entre nous ont peu de connaissance de la navigation ».

Entre les sceptiques, qui dénient systématiquement toute influence, en physiopathologie, aux glandes endocrines, et les croyants, nous allions dire les dévots, qui leur font jouer un rôle décisif, il y a place pour des gens de bonne foi et de bon sens, qui cherchent à mettre un peu d'ordre dans ce désordre, à débrouiller le chaos, à y voir clair dans des obscures clartés. C'est à eux que s'adresse l'excellente monographie du professeur Nobécourt.

Premier chapitre : Que sont les *glandes endocrines* en général. Que faut-il entendre par *sécrétion interne*, par *syndromes endocriniens*! L'étude de ces questions nous amène naturellement à celle de la *croissance* et de la *puberté*.

A tout seigneur, tout honneur. Rien d'important, quoi qu'on die, comme les fonctions du corps thyroïde. Lorand n'a-t-il pas comparé cette glande à un soufflet activant les combustions de l'organisme! Il était donc juste de commencer par les *syndromes thyroïdiens* : myxœdémateux ou basedowiens. Puis viennent, successivement, les *syndromes parathyroïdiens*, dont relève la tétanie, aiguë ou chronique; *hypophysaires* : syndrome d'hypertrophie ou d'hypotrophie staturale, acromégalique, adiposo-génital, cachectique, diabète insipide; le syndrome *épiphysaire*, si spécial à l'enfance; le *syndrome thymique* : qu'il s'agisse d'hypertrophie : état lym-

(1) Bibliothèque des sciences médicales, in-18, 314 p. — Prix : 20 fr. — Paris, 1923, E. Flammarion.

pathico-thymique, tendances à la mort subite, ou d'atrophie ; *surrénaux*, aigus, mélanodermique, hypotrophique, génito-surrénal : progeria, gérodermie ; *sexuels* : testiculaires ; syndrome d'ano et d'hypo-orchidie, d'une part, d'hyper-orchidien, de l'autre ; ovariens : anovarie ou hyperovarie ; *pluriglandulaires*, dont les principaux sont l'eunuchisme, certaines obésités, certaines maigreurs, la plupart des dystrophies et divers diabètes sucrés.

Cette énumération sommaire montre la place réelle qu'occupent, dans la pathologie de l'enfance et de la jeunesse, ces troubles endocriniens. Elle donne une idée générale du livre que vient de publier le professeur Nobécourt. D'une lecture facile et agréable, parfaitement au point, sachant exactement ce qu'il veut et où il va, ce livre doit être médité par tous ceux qui s'intéressent aujourd'hui à l'endocrinologie.

L. BABONNEIX.

Traités de la dothinentérie et de la spécificité (1), par Pierre-Fidèle BRETONNEAU. Publiés pour la première fois d'après les manuscrits originaux avec un avant-propos et des notes par le docteur Louis Dubreuil-Chambardel. Préface du professeur Gilbert.

Quelle grande figure que celle de Bretonneau ! N'a-t-il pas eu, comme élèves, Trousseau et Velpeau ! N'a-t-il pas publié des livres qui ont révolutionné la pathologie, et professé, dès 1821, que la spécificité en maladies contagieuses est une « de ces grandes vérités médicales révélées par l'observation clinique et contre lesquelles ne peut prévaloir aucune prévention », que les maladies spécifiques se développent « sous l'influence d'un principe contagieux, d'un agent reproducteur », que si « ces maladies ne sont pas identiques » c'est qu'elles « ne se développent pas sous l'influence des mêmes agents » ? M. le docteur Louis Dubreuil-Chambardel a donc été particulièrement bien inspiré de publier, à l'occasion du centenaire de l'illustre médecin tourangeau, le *Traité de la dothinentérie et de la spécificité*, et de résumer, en un avant-propos d'une savoureuse érudition, tout ce que l'on sait sur l'enseignement de Bretonneau, sur ses recherches relatives aux inflammations du tissu muqueux et sur les doctrines médicales qui régnaient à son époque.

L. BABONNEIX.

Fièvres typhoïde et paratyphoïde (2), par les docteurs Henri DUFOUR, médecin de l'hôpital Broussais, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, et Joseph THIERS, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

On trouvera dans ce livre, d'une documentation ample et sûre, le tableau complet des connaissances que nous possédons à l'heure actuelle sur les fièvres typhoïde et paratyphoïde.

Les questions qui intéressent principalement le médecin : contagion, aspects cliniques, vaccination préventive et thérapeutique, ont été traitées avec un développement particulier.

Les auteurs ont aussi insisté longuement sur les complications si fréquentes de ces maladies, sur leurs séquelles et sur les traitements qui ont été préconisés dans les dernières années.

L'ouvrage comporte, en premier lieu, l'étude bactériologique détaillée du bacille d'Eberth et des bacilles paratyphiques : morphologie, procédés de coloration, cultures sur milieux ordinaires et sur milieux vaccinés, méthodes de différenciation avec les autres espèces microbiennes sont exposées avec des indications minutieuses de technique.

Dans le deuxième chapitre, qui a pour objet l'étiologie, l'hygiène, la prophylaxie, la vaccination préventive tient une large place : la guerre a en effet fait apparaître toute l'importance de cette pratique qui tend à se généraliser et qui deviendra vraisemblablement obligatoire pour la population civile comme l'Académie de médecine en a exprimé le vœu.

Un chapitre consacré à la physiologie pathologique oppose à la conception ancienne la conception moderne de l'infection éberthienne de l'organisme.

Quant au chapitre d'anatomie pathologique il résume les données classiques.

Nous ne dirons rien des chapitres relatifs aux formes communes et rares de la fièvre typhoïde et des paratyphoïdes, sinon que leur description est étayée de faits nombreux et de remarques intéressantes qui sont le fruit d'une expérience éclairée et d'une investigation personnelle étendue.

Un chapitre de diagnostic clinique et par les procédés de laboratoire, un chapitre de traitement dans lequel sont envisagées les règles d'hygiène générale corporelle, alimentaire, les médications banales et spécifiques terminent le livre qui, conçu dans un esprit d'impartialité sans le dessein de défendre une thèse et de faire triompher une doctrine, renseignera le praticien aussi bien que l'homme de laboratoire ou l'hygiéniste sur tous les points qu'il jugera utiles à connaître dans l'histoire de ces maladies si communes que sont les fièvres typhoïde et paratyphoïdes.

L. G.

Défense organique et centres nerveux (1), par le docteur Pierre BONNIER.

Un nombre considérable de recherches diverses dans le domaine de la physiologie, de la biologie, de la physio-pathologie ; de remarquables théories de l'audition, de la phonation, de l'équilibre, tel était l'apport scientifique de Pierre Bonnier au moment où il aborda les recherches qui devaient aboutir à la centrothérapie.

Considérant que c'est par le système nerveux que nous nous défendons dans toute maladie aiguë, que c'est au bulbe qu'est confié notre équilibre physiologique, et, songeant aux célèbres expériences de Claude Bernard, Pierre Bonnier s'est demandé : « Si l'on peut expérimentalement troubler une fonction en lésant son centre, ne peut-on rétablir l'équilibre fonctionnel troublé en dégageant ce centre responsable et compétent ? »

Toute sa théorie est résumée en deux ouvrages : *Action directe sur les centres nerveux* et *Défense organique et centres nerveux*, le premier comprenant l'anatomie et la clinique, le second toute la partie physiologique, biologique et philosophique de la centrothérapie. Les résultats obtenus en clinique montrent d'ailleurs assez la valeur de cette méthode, et il est indéniable que les travaux de Pierre Bonnier marquent une étape. Il n'est plus possible, grâce à lui, d'ignorer le bulbe et quelles que soient les théories nouvelles concernant la vie organique dans sa physiologie et dans sa pathologie, elles aboutissent inévitablement aux idées générales qu'il avait émises, idées qui furent si peu comprises au début mais qui obtiennent aujourd'hui une éclatante revanche.

L. G.

L'Obésité (2), par les docteurs Maurice PERRIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy et Paul MATHIEU, ancien interne des hôpitaux de Nancy, médecin-consultant à Brides-les-Brins.

La Bibliothèque des connaissances médicales a pour but de mettre au point, pour le grand public cultivé, les principales questions de pathologie humaine. Parmi celles-ci, l'obésité est une des plus troublantes. Nombre de gens se demandent s'ils sont simplement gras ou s'ils sont obèses, c'est-à-dire exposés aux désagréments et complications qu'entraîne fatalement, un jour ou l'autre, la surcharge graisseuse anormale. Que de femmes, ayant confondu l'embonpoint normal avec le début d'une obésité disgracieuse, ont pâti de cures d'amaigrissement faites à tort ou avec trop d'intensité ! Au point de vue national même, les médecins se sont souvent demandés au cours de la dernière guerre, si tel sujet très dodu devait être utilisé dans l'armée ou rejeté comme une non-valeur.

(1) In-4 de 356 pages. — Paris 1922, Vigot.

(2) In-16 de 450 pages avec figures dans le texte. (Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de pathologie médicale). — Prix : cartonné toile, 14 fr. ; franco, 15 fr. 40. — Paris, G. Doin.

(1) Nouvelle édition. Un volume in-16 de la « Nouvelle Collection scientifique », dirigée par M. Emile Borel. — Paris : 10 fr. — Paris, Félix Alcan.

(2) Un vol. in-18. Bibliothèque des connaissances médicales, dirigée par le docteur Apert. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, E. Flammarion.

Le livre de MM. Maurice Perrin et Paul Mathieu, clair et complet à la fois, fruit de leur grande expérience clinique, permet d'éviter les erreurs préjudiciables aux malades ou à la société. Les lecteurs, même non-médecins, y trouveront des descriptions précises et de lecture facile, avec toutes les acquisitions de la science moderne sur les causes et les origines de l'obésité. La partie thérapeutique, longuement développée, est une mine de renseignements pratiques pour les médecins et leurs collaborateurs (masseurs, doucheurs, moniteurs d'entraînement), ainsi que pour les malades eux-mêmes, auxquels il servira de guide pour la bonne exécution du régime prescrit, l'usage méthodique des exercices physiques, etc. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU CALCANÉUM [1]

B. Fractures du troisième degré :

Signes fonctionnels : au maximum.

Signes physiques. : gonflement formidable. Empâtement de toutes les dépressions normales. Aspect particulier quand on regarde par derrière. Pied d'éléphant. Talon devenu globuleux, sphéroïdal Diamètre transversal sous et rétro-malléolaire considérablement élargi. Abaissement des malléoles tel que la malléole externe est presque sur le sol. Malléoles intactes noyées dans une masse dure, osseuse, douloureuse à la pression.

Bascule de l'astragale en dedans par fracture associée de la petite apophyse : d'où affaissement en dedans de la voûte plantaire. Surface plantaire apparaît quelquefois convexe.

C. Fractures au premier degré : signes très effacés.

Saillie osseuse douloureuse à la pression au-dessous de la malléole externe.

D. Fractures transversales : signes peu nets. Pas de déformation.

Seuls signes : ecchymose sous et rétro-malléolaire et plantaire. Douleur vive à la pression directe de la planle du pied.

II. **Fractures de la grosse tubérosité.** — Signes fonctionnels : impotence moins absolue.

Signes physiques : gonflement identique. Ecchymose plus postérieure, occupe la face postérieure du talon et remonte en suivant la gouttière rétro-malléolaire.

Douleur : siège non plus sous les malléoles mais en arrière d'elles.

Fracture transversale est une forme de passage entre la fracture du col et la fracture partielle de la grosse tubérosité.

L'ecchymose est en partie plantaire. La voûte plantaire est modifiée (bien que la cambrure soit conservée).

Fracture partielle donnant :

Saillie au-dessus du calcanéum. Douleur en arrière. Dépression entre les deux fragments. (Les deux fragments peuvent être rapprochés en faisant relâcher le triceps sural; on augmente au contraire l'écart en mettant le pied en flexion). Le fragment supérieur est mobile dans le sens vertical et dans le sens transversal.

Crépitation possible en ramenant les deux fragments en contact.

Signes beaucoup moins nets si fissure simple ou décollement épiphysaire.

III. **Fractures des apophyses.** — Grande apophyse. — Orteils en griffe (par parésie du Pédieux). Voûte plantaire effondrée et quelquefois convexe. Le talon n'est pas globuleux. La gouttière rétro-malléolaire est libre.

Douleur exagérée au niveau du sinus du tarse.

Saillie sur la face dorsale du fragment antérieur de l'apophyse, remonté par l'anse du long péronier latéral, au-dessus du cuboïde.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 77, p. 1243, et n° 79, p. 1274.

Crépitation possible (surtout dans fracture comminutive).

Petite apophyse. — Signes fonctionnels : douleur vive par compression des nerfs plantaires, au repos ou pendant la marche quand cette dernière est possible. Talon pas globuleux. La gouttière sous-malléolaire externe est libre.

1° Effondrement de la voute plantaire interne et déviation en valgus.

2° Douleur au niveau du canal calcanéen.

3° Saillie dans le canal calcanéen de la petite apophyse, quelquefois mobile.

Mouvements passifs : abduction et adduction abolies. Flexion douloureuse car les tendons appuient sur le foyer de fracture.

Evolution. — Complications. — Consolidation par cal osseux se fait en général très lentement. Les os courts spongieux gardent longtemps une sensibilité très vive. D'ailleurs l'impotence fonctionnelle persiste en général très longtemps après la consolidation. Des complications multiples peuvent survenir.

1° **Ouverture.** — Primitive. — *a.* De dehors en dedans dans les fractures directes.

b. De dedans en dehors dans les fractures par chute, assez rares. Plaie au-dessous de la malléole interne presque toujours, rarement au-dessus de la malléole externe ou à la face plantaire.

C'est la pointe de la malléole qui perfore la peau, ou une esquille (plaie plantaire).

Secondaire. — Sphacèle de la peau sur la saillie osseuse. Se voit rarement dans les fractures du corps. Moins rarement dans les fractures de l'angle postéro supérieur de la grosse tubérosité.

2° **Lésions des vaisseaux.** — Possibilité de plaie des artères plantaires, au niveau du canal calcanéen. Plus souvent la compression donnant de l'ischémie d'un territoire plus ou moins étendu de la plante. Cependant, la vascularisation est en général suffisante par les artères dorsales et la gangrène est rare.

3° **Lésions nerveuses.** — Compression des nerfs plantaires qui se verra surtout dans les fractures de la petite apophyse, déterminant des douleurs spontanées et surtout douleurs à la marche.

4° **Lésions des gaines synoviales.** — Ce sont surtout les gaines synoviales des péroniers qui peuvent être atteintes, irritées ; d'où résulteront des troubles fonctionnels sérieux.

5° **Complications articulaires.** — Les fractures du thalamus, des apophyses sont essentiellement des fractures articulaires.

L'arthrite et l'ankylose ne sont donc très souvent que la conséquence de ces lésions.

6° **Déformation du pied.** — Pied plat par effondrement de la voûte ou même par bascule de l'articulation.

7° **Talalgie rebelle.** — Appartient surtout aux fractures écailleuses.

8° **Associations.** — La plus fréquente est l'association de la fracture de thalamus avec la fracture de la malléole externe. Le gonflement est considérable, le diamètre transversal du talon et le diamètre bimalléolaire sont élargis. Réduction impossible de la fracture malléolaire d'où diastasis malléolaire persistant. Cal énorme. Gros troubles fonctionnels.

Quelquefois arrachement par l'aponévrose plantaire de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien.

(A suivre.)

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 82 — SAMEDI 13 OCT. 1923. 96e ANNEE. SAMEDI 13 OCT. 1923. — N° 82.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

XXXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — La séance d'ouverture du Congrès de chirurgie a eu lieu lundi à 2 h., dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine en présence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène et sous la présidence de M. Témoin (de Bourges), président du Congrès.

Dans l'amphithéâtre qui avait reçu la décoration des grands jours, se pressait une grande affluence. Sur l'estrade, on remarquait M. Appell, recteur de l'Université; M. Coville, directeur de l'enseignement supérieur, le doyen, un grand nombre de professeurs et de chirurgiens, les représentants des ministres de la Guerre et de la Marine.

M. Témoin, président, fait l'éloge de cette belle chirurgie provinciale qui a tant ajouté, depuis trente ans, à l'éclat de la chirurgie française. Il a montré la tâche utile de ces « solitaires », isolés des grands centres d'enseignement, livrés à eux-mêmes, obligés d'opérer dans les milieux les plus défavorables et de prendre les décisions les plus rapides.

M. le professeur J.-L. Faure, secrétaire général, retrace ensuite l'œuvre de l'Association. Il rappelle la part prise au précédent Congrès par le docteur Auvray, secrétaire général adjoint pendant que lui-même était en mission en Amérique, puis il fait l'éloge du président d'aujourd'hui, M. Témoin, et celui du président de demain, M. Tuffier.

M. Strauss, ministre de l'Hygiène, prend enfin la parole. Prenant acte du discours de M. Témoin, il l'assure que l'administration est prête à seconder les efforts des chirurgiens provinciaux. Il vient d'adresser aux préfets une circulaire les invitant à établir en quelque sorte l'inventaire des hôpitaux de province, afin de les aider à se moderniser.

Après la séance, les congressistes allèrent visiter l'exposition habituelle où se trouve, comme de coutume, une section de livres et de journaux organisée par l'Association de la Presse médicale française.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 8 octobre 1923. — Question donnée : « Capsules et ligaments de l'articulation de la hanche. »

MM. Schapiro, 14; Préaut, 12; Stérianos, 14; Terrade, 6; Spatzierer, 12; Rouchon, 6; Terrenoire, 16; Storoge, 13; Sustendal, 12; Preux, 14; Rœder, 9; Solakian, 7; Prugniaud, 13; Mlle Simon, 11; M. Skwirsky, 16; Mlle Prieur, 12.

Séance du 9 octobre. — Question donnée : « Anatomie de l'articulation temporo-maxillaire. »

MM. Rogès, 15; Prince, 13; Servy, 14; Saulgeot, 13; Mlle Riom et MM. Prévost, 17; Sourice, 14; Schatz, 11; Mlle Seyrig, 15; MM. Sterbini, 12; Saraudy et Mlle de Stankiewicz, 10; MM. Paul (Christian), 11; Rault et Mlle Polowsky, 14; M. Prat, 15.

Pathologie. — Séance du 8 octobre 1923. — Question donnée : « Signes et complications de la phlegmatia alba dolens. »

MM. Boyer (Marius), 13; Bosnière, 12; Bondoux (G.), 11; Bosquet, 16; Barthélemy, 13; Arondel, 12; Archigènes, 9; Adida, 12; Ardin, 11; Alavoine, 17; Mlle Arnould, 12; MM. Barbara, 13; Arnaudet, 17; Barré, 10; Arnon, 14; Bérardier, Bessot et Bertrand (Jean-Philippe), 12; Béraut, 16; Mlle Blanchy, 17.

Séance du 10 octobre. — Question donnée : « Panaris. »

MM. Benassy, 15; Bailby, 12; Bordier, 15; Boureau, 13; Beauvais, 11; Benech, 12 1/2; Bennetin, 5; Bachman, 13; Mlle de Casanova, 16; MM. Artin, 10; Bertrand (Jean), 13; Arguello, 12; Mlle Begaud, 17; MM. Aïdan, 6; Aristide, 9; Arnaud (J.), 12; Asselin, 15; Aubert, 13; Ayzac, 14.

— Prix Civiale. — Un concours est ouvert, en 1923, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les « Maladies des voies urinaires ». Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'administration centrale (bureau du Service de santé) avant le 24 novembre 1923, au plus tard.

MM. les Internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

HOPITAUX DE PROVINCE. — DIJON. — *Concours d'internat.* — Le 16 octobre 1923 aura lieu à l'hôpital de Dijon un concours pour compléter à sept le nombre des internes de l'hôpital.

Concours d'externat. — Le 23 octobre aura lieu, à l'hôpital de Dijon, un concours pour compléter à seize le nombre des externes de l'hôpital.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Le 6 novembre prochain aura lieu, à l'Ecole de médecine, un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale.

Le 6 novembre prochain aura lieu, à l'Ecole de médecine, un concours pour une place de chef de clinique médicale.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 28 septembre 1923 ont été nommés dans le cadre des officiers du corps de santé des réserves :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les médecins sous-aides-majors Ducoudré, Ganimède, Goirand, Gueugnon, Guinaudeau, Hoarau, Lautrou, Leboucher, Peltier, Pétremant, Balleydier, Gibert.

MM. les médecins auxiliaires Beaussier, Bretin, Burnet, Dénier, Dessert, Dollé, Faivre, Faraut, Faure, François, Girardot, Masingue, Meynal, Pangon, Paret, Pélissier, Pillot, Ponsard, Reboul, Rochas, Tarte, Viard.

MARINE. — Par décision ministérielle en date du 2 octobre 1923, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent, ont été nommés élèves du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1923 :

Ligne médicale. — Etudiants à 8 inscriptions (ancien et nouveau régime) : 1. MM. Prade, Genin, Lieurade, Rauch, Huchon, Noël, Saur, Le Tallec, Favre, Fournier.

Etudiants à 4 inscriptions (nouveau régime) : 1. MM. Gerbinis, Larc'hant, Audoye, Aubin, Dejou, Thomas, Arnold, Blaise, André, Labernede.

11. MM. Paute, Garcin, Favier, Dubau, Stagnaro, Pennaneach, Grall, Marty, Ravel, Kerferne.

21. MM. Jean-Kerguistel, Robin, Siméon, Renucci, Carayon, Martin, Favier, Fournier, Picard, Jospin.

31. MM. Simon, Loustalot, Varrin, Richard, Salaun, Balzeau, Andrieu, Barbaroux, Destandau, Carrière.

41. MM. Bory, Dupouy, Dessausse, Cotty, Thomas-Duris, Moges, Bonnaud, Pincon, Duc, Riou.

51. MM. Foubert, Le Henaff, Tissegre, Grant, Vaisseau, Maurin, Fitoussi, Benedetti, Prigent, Iliou.

61. MM. Lasmoles, Gadaud, Cazaux, Galy, Peleran, Nodenot.

Ligne pharmaceutique. — Candidats munis de la validation de stage : 1. MM. Monnier, Clec'h, Grégoire, de Lourmel, Le Moult, Cevaer, Guermeur, Simon.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'assemblée réunie à Bordeaux a émis les vœux suivants :

1° Application dans toutes les facultés du décret de 1914, c'est-à-dire la perennisation d'un certain nombre d'agrégés libres ;

2° La répartition des agrégés pérennisés en trois classes comme pour les maîtres de conférence ;

3° Transformation pour les agrégés libres de « l'indemnité » pour cours complémentaire en un « traitement », ce qui est important pour la retraite ;

4° Le maintien du concours à la base du recrutement des agrégés avec concours unique à Paris.

AMICALE DES MÉDECINS DE BRETAGNE. — Les médecins bretons se réuniront en assemblée générale le lundi 22 octobre prochain, à 19 h. 3/4 précises, au buffet de la gare de Lyon, Paris. Téléphone : Diderot 09-06 et 07. Tenue de ville. Prix du dîner : 25 francs, service compris.

Adresser les adhésions par lettre ou téléphone au docteur Larcher, 1, rue du Dôme (XVIe), Passy 20-03, au plus tard, pour le 18 octobre, à midi.

Ordre du jour de l'assemblée générale :

Renouvellement du bureau pour 1924. Corrections et additions pour l'Annuaire 1924.

Les candidatures nouvelles pour le bureau 1924 devront être adressées par lettre au secrétaire général avant l'assemblée générale.

J. M. L.

François HELME

Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre confrère Helme. Nous perdons en lui un des plus brillants représentants de la Presse médicale.

Au sortir de l'école, Helme s'adonna d'abord à l'oto-rhino-laryngologie où il acquit rapidement une certaine réputation. Mais, loin de s'enfermer dans sa spécialité, il travailla, il étudia, il se tint au courant de toutes les nouveautés intéressant la médecine. D'une vaste érudition, doué d'un réel talent d'écrivain, Helme ne se contenta pas de faire dans la *Presse médicale*, dans la *Revue de médecine moderne* dont il devint le directeur, des articles fort appréciés du corps médical. Il y gagnait la confiance et l'affection de ses confrères par le dévouement et l'autorité avec lesquels il se consacrait aux intérêts du corps médical. Mais il ne tarda pas à franchir les frontières de notre profession et à devenir un des rédacteurs les plus goûtés du *Temps*. Il n'est pas une des questions touchant la médecine, l'hygiène et même la philosophie qu'il n'ait abordée et traitée avec un soin méticuleux, son style clair et si personnel, cette expression châtiée, restant bien scientifique sous des allures de chroniques. Il instruisait si bien les lecteurs du *Temps* sur leurs propres maladies qu'ils en remontraient ensuite à leur médecin.

Helme n'était pas seulement un écrivain de talent, un savant, un encyclopédiste averti, ce n'était pas seulement une belle intelligence, c'était aussi un beau caractère, profondément soucieux de conscience et de vérité, grandement estimé de tous ceux qui l'ont approché ; il nous laisse un de ces exemples d'honneur professionnel qu'on aime toujours à reconnaître.

Nous nous inclinons avec émotion et respect devant la tombe de ce bon confrère qui a traversé la vie en faisant le bien.

A. BROCHIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 15 AU 20 OCTOBRE 1923)

THÈSES

Mardi 16 octobre. — Jury : MM. Achard, président ; Jeanselme, Villaret et Baudouin. — M. DELAPORTE (Louis). Contribution à l'étude du sérodiagnostic du canon. — M. ASTARDJIAN (A.). Les modifications sanguines au cours du scorbut. — M. BELFERT (René). Contribution à l'étude du pityriasis rosé de Gibert.

RENSEIGNEMENTS

LA COMPAGNIE DE NAVIGATION MIXTE demande deux médecins sanitaires maritimes, pour les lignes de l'Algérie et Tunisie.

Pour les conditions, s'adresser au médecin chef, docteur Lop, 1, quai Joliette, Marseille.

INFIRMIÈRE S. B. M., longue expérience service chirurgical, demande situation Paris, 5 à 7 h. par jour. Sérieuses références. — Ecrire Mme P. H. aux bureaux du Journal.

REVUE GÉNÉRALE

LES APPENDICITES AIGUES

SANS SYNDROME PÉRITONÉAL

PAR

Ch. LESTOCQUOY et P. DOUCARELLIS

Interne des hôpitaux de Paris.

Les syndromes toxi-infectieux ont été souvent étudiés au cours de l'évolution d'appendicites aiguës évidentes, ils l'ont beaucoup moins été dans les formes cachées atypiques. Il nous a semblé digne d'intérêt de passer en revue quelques-unes de ces manifestations aiguës de l'appendicite : manifestations dans lesquelles le syndrome abdominal de la fosse iliaque droite est effacé ou nul, tandis que la symptomatologie plus ou moins riche et bruyante est fournie par des réactions toxi-infectieuses à distance.

Historique. — L'histoire des manifestations toxiques de l'appendicite commence avec Achard en 1894, et surtout avec la première communication de Dieulafoy à l'Académie de médecine en 1898. Il faut ensuite retenir les travaux plus récents de Walther, Lejars, Jalaguier, Aubertin, Quenu, Ménétrier et Descomps.

De leurs travaux on peut retenir trois notions capitales :

1° Certains cas d'appendicite s'accompagnent de phénomènes toxiques mortels; syndrome toxique hépato-rénal ou gastro-intestinal, soit brutal, foudroyant, soit insidieux, lent, progressif, s'aggravant au bout de quelques jours, parfois même après l'intervention chirurgicale;

2° Dans d'autres cas d'appendicite ces phénomènes toxiques restent discrets et disparaissent sans laisser de traces;

3° La gravité apparente des symptômes abdominaux n'a pas une grande importance dans l'étiologie des accidents toxiques.

Le problème qui se pose est donc celui-ci : étant donnée une appendicite aiguë toxi-infectieuse avec un minimum de symptômes abdominaux, comment peut-on en établir le diagnostic précoce, comment peut-on la reconnaître dans ses manifestations polymorphes et trompeuses, quelle est la valeur pronostique des divers symptômes, quelles sont les indications d'intervention?

Début. — Lorsqu'on a la fortune d'assister à l'éclosion de la crise d'appendicite, lorsqu'on est appelé dans les premières heures, il est rare que l'on ait à se préoccuper des causes d'erreur que nous allons étudier.

Les cas où d'emblée les symptômes sont trompeurs sont véritablement exceptionnels, le plus souvent le début est marqué d'un cachet appendiculaire et l'hypothèse d'appendicite est presque toujours formulée. Cependant ces phénomènes sont si fugaces, si vite effacés que ce diagnostic est presque toujours abandonné pour un diagnostic moins chirurgical.

Le plus souvent c'est au bout de douze heures au moins que l'on est appelé à voir le malade, l'aspect en est changé, s'est estompé, il faut tenir compte des signes les plus discrets, et commencer par interroger le patient avec le plus grand soin.

Dans quelques cas on ne met en évidence que l'apparition brusque d'un malaise général, quelques coliques vagues, imprécises, mal localisées dans l'abdomen.

D'ordinaire on apprend qu'au cours d'une santé en apparence parfaite, une crise douloureuse a éclaté. Le malade est formel, il était en excellent état la veille, avait travaillé comme d'ordinaire; aucune cause, aucune faute d'hygiène, d'alimentation n'est à relever.

La douleur a été soudaine, mais sans grande violence, douleur profonde bien localisée, dont il est aisé de faire préciser le siège. Le malade désigne nettement le point de Mac-Burney.

Des nausées, plus rarement des vomissements, ont accompagné la douleur.

En somme on retrouve par l'interrogatoire l'histoire nette d'une crise appendiculaire; mais on ne la retrouve que dans l'interrogatoire ce qui en diminue singulièrement la valeur. Cependant joints aux symptômes abdominaux si légers soient-ils, ces souvenirs acquièrent une singulière importance lorsque sont apparus les symptômes toxi-infectieux.

Période d'état. — **1° Le syndrome abdominal.** — Lorsque l'on se trouve en présence d'un malade qui décrit ainsi le début d'une crise appendiculaire, un examen minutieux de l'abdomen s'impose. Examen très minutieux car devant l'importance des phénomènes généraux et les syndromes divers qu'ils réalisent, l'esprit n'a que trop de tendance à négliger des signes aussi légers.

Parfois aucune réaction ne persiste; le plus souvent on trouve encore une réaction très fruste :

« Ce qu'on trouve, dit Descomps, c'est une douleur obtuse ne dépassant pas la nuance d'une légère différence de résistance défensive à la palpation douce — très douce — de la paroi, quand on explore « en pianotant » sans insistance et du bout des doigts sur la paroi abdominale, au droit des deux fosses iliaques droite et gauche; mais assez souvent la douleur siège au creux épigastrique ou diffuse dans tout l'abdomen. »

« Il n'est nullement question d'un « point appendiculaire » et à plus forte raison d'un point qui répondrait anatomiquement à la projection pariétale précise de l'appendice. » Quant à l'hyperhestésie cutanée elle ne se retrouve pas.

Bref polymorphisme de la douleur, variations topographiques de son siège, fréquence en particulier de la localisation épigastrique.

Le toucher rectal ou vaginal peut dans certains cas réveiller un syndrome douloureux atténué, les renseignements qu'il fournit sont aussi imprécis que ceux du palper abdominal. Cependant le mode d'investigation ne sera négligé sous aucun prétexte.

2° Les syndromes toxi-infectieux. — I. Les appendicites simulant l'embarras gastrique. — C'est en général dans les hôpitaux d'enfants que l'on a l'occasion d'observer cette forme clinique de l'appendicite aiguë, beaucoup plus rare chez l'adulte, et c'est une notion courante en pédiatrie qu'il faut se méfier du diagnostic simpliste d'embarras gastrique. » On n'oubliera jamais, dit Broca, que chez l'enfant l'embarras gastrique fébrile simple est presque toujours symptomatique d'une appendicite ». Combien d'enfants sont conduits chaque jour d'urgence à l'hôpital

en pleine péritonite aiguë généralisée, qui furent les jours précédents traités pour une simple indigestion et purgés! L'enfant a vomi, il a quelques coliques, ne va pas à la selle, c'est assez pour provoquer la purgation qui déclanche la perforation appendiculaire.

Comment se présentent ces faux embarras gastriques, comment peut-on démasquer l'appendicite?

Il s'agit d'un enfant qui la veille a souffert de douleurs abdominales assez vives qualifiées de coliques, qui a vomi et depuis ne garde aucun aliment et dont le ventre est redevenu souple, indolore.

Le premier symptôme d'alarme, c'est l'état général : la figure est fatiguée, les traits un peu tirés, l'enfant est grognon, se laisse mal examiner, d'emblée on a la notion d'une maladie en évolution.

D'ailleurs l'enfant continue à vomir, il vomit plus que dans un simple embarras gastrique; l'appendicite est une affection vomitive, et l'enfant a des nausées quant on l'examine; veut-on lui faire absorber un bol de lait, il le rejette. Cette intolérance pour tous les aliments liquides est tout à fait anormale dans la seconde enfance, où, les vomissements acétonémiques — reconnaissables à l'odeur caractéristique de l'haleine — ne se rencontrent plus.

Donc vomissements à répétition, état nauséeux prolongé, suffisent à rendre fort suspect un diagnostic d'indigestion.

Lorsque la fièvre n'est pas élevée — mais on sait que les enfants réagissent très facilement et très fortement par de l'hyperthermie au moindre incident — l'accélération du pouls prend une très grande valeur. La dissociation du pouls et de la température est toujours un symptôme d'alarme. Enfin la langue sèche de l'appendicite toxique est un signe qui, à lui seul, suffit à éveiller l'attention.

Mais il ne suffit pas, par discipline d'esprit, de penser à l'appendicite devant un embarras gastrique atypique, ce diagnostic entraîne une sanction thérapeutique; il faut à ces premiers arguments ajouter d'autres preuves.

Peut-on tirer argument de l'existence ou de l'absence d'une cause connue d'embarras gastrique? Il est certain que l'appendicite est d'ordinaire primitive, sans étiologie apparente et qu'on ne retrouve pas devant elle la notion d'une faute d'alimentation, d'une adénoïdite aiguë, d'une fièvre éruptive. Pourtant il est parfois possible de rattacher une attaque d'appendicite à la grippe et l'on sait que la crise douloureuse appendiculaire est parfois le premier signe d'une rougeole.

C'est évidemment à l'examen minutieux de l'abdomen qu'on demandera les derniers arguments. Nous ne reparlerons pas des symptômes abdominaux frustes que nous avons étudiés précédemment et noterons seulement l'existence chez l'enfant d'un symptôme caractéristique :

« Le phénomène du pincement ombilical, dit Walther, subit, passager durant deux ou trois secondes avec un état de malaise, une pâleur particulière qui disparaissent aussitôt. » Chez l'enfant aussi signalons l'importance du toucher rectal, facile, permettant une exploration profonde, donnant souvent des renseignements très nets en réveillant la douleur dans la fosse iliaque droite.

En résumé devant un embarras gastrique de l'enfance, il faut se garder de conclure à la légère à un trouble passager et bénin, mais penser *systématiquement* à l'appendicite et la rechercher pour plusieurs raisons : raison de fréquence, anomalie dans la persistance de l'état nauséeux, accélération du pouls, sécheresse de la langue, persistance d'un syndrome douloureux iliaque droit décelable par la palpation et par le toucher rectal.

« On ne pense pas assez à l'appendicite, dit Walther, ou même on en repousse l'idée, et cette appendico-phobie est la source de bien des désastres. Combien d'enfants avons-nous vus victimes du diagnostic d'entérite, d'entérocolite, d'entéralgie, etc., diagnostic maintenu jusqu'au moment ou une péritonite diffuse se révélait par des signes assez nets pour imposer l'appel du chirurgien, mais aussi pour rendre toute opération chirurgicale impuissante ».

II. Appendicite latente avec syndrome typhique. — L'un des syndromes sous lesquels il est le plus malaisé de dépister l'appendicite, c'est le syndrome typhique, en effet :

1° L'appendicite peut simuler la fièvre typhoïde, les symptômes abdominaux restant effacés, au second plan;

2° La fièvre typhoïde s'accompagne souvent d'une légère réaction appendiculaire.

Nous ne parlerons pas ici des cas de typhoïde qui dans le cours de leur évolution s'accompagnent d'une complication appendiculaire grave pouvant aller jusqu'à la gangrène de l'appendice, et ne voulons envisager que les cas dont le diagnostic pose le problème suivant, difficile à résoudre : s'agit-il de réaction appendiculaire au cours d'uné typhoïde, s'agit-il d'une appendicite atypique.

Dans la plupart des cas le syndrome typhique réalisé par l'appendicite conserve un cachet particulier.

Le mode de début doit être soigneusement précisé, c'est l'un des meilleurs moyens de discrimination : l'appendicite à forme typhoïdique a un début brusque, plus ou moins bruyant, mais toujours un début franc. L'interrogatoire du malade montre nettement que la veille, les jours précédents rien d'anormal n'a été remarqué, que l'appétit était conservé, les forces intactes, le travail normal. Il est bien connu que la fièvre typhoïde, surtout chez l'enfant peut avoir un début soudain, mais chez l'adulte on met presque toujours en évidence la période prémonitoire ou se sont installés progressivement la céphalée, l'insomnie, les épistaxis, les vertiges, la fatigue générale.

Quelle est la *valeur du syndrome douloureux subjectif initial?* En principe on oppose la douleur vive, nettement localisée de l'appendicite aux sensations pénibles, vagues, diffuses, mal précisées, mal situées, dans l'abdomen de la typhoïde; en pratique rien n'est plus discutable et il est en général impossible de différencier de syndrome appendiculaire fruste d'une réaction appendiculaire d'origine éberthienne.

Au contraire il faut attacher une grande importance à l'apparition soudaine et très précoce de la diarrhée. Elle oriente à tort vers la typhoïde, pourtant, dit Lejars « La diarrhée n'est pas rare dans l'appendicite et elle s'observe en particulier dans les formes graves et septiques... Cette diarrhée du début est souvent très abondante et la multiplicité des selles liquides dans les premiers jours ne cadre pas avec ce qui se passe dans la fièvre typhoïde ou la diarrhée ne s'installe d'ordinaire qu'après une première période de constipation. »

En somme on peut dans la grande majorité des cas opposer le début brusque, la diarrhée intense

initiale de l'appendicite, au début progressif, à la diarrhée tardive de la typhoïde; du syndrome douloureux subjectif on ne peut dans ces cas difficiles tirer aucun argument décisif.

Lorsqu'au bout de quelques heures on examine le malade, c'est de l'étude de l'état général que l'on obtiendra les meilleurs moyens de discrimination : constater que le malade est prostré, indifférent, que son facies est figé, immobile, qu'il répond lentement, tardivement aux questions qu'on lui pose, que sa parole est traînante et sans vigueur, c'est déjà écarter l'hypothèse d'appendicite à bon escient. Autant il est exceptionnel de voir une appendicite s'accompagner de stupeur, autant il est constant d'observer ce syndrome dans la typhoïde.

Le seul symptôme dont on puisse mettre la valeur en parallèle avec celle de la prostration et de la stupeur est l'état du pouls. La bradycardie relative de la dothiénenthérie, s'oppose à la tachycardie de l'appendicite.

De la courbe thermique, de l'absence ou de la présence d'albumine dans les urines il y a peu de choses à dire, rien ne sépare nettement à ce point de vue une appendicite d'une typhoïde.

L'absence de râles disséminés de bronchite aux bases par contre doit orienter le diagnostic vers l'appendicite.

Quels renseignements retirons-nous de l'examen de l'abdomen?

Il est évident que la présence de taches rosées serait décisive, malheureusement elles sont tardives dans la typhoïde.

Une splénomégalie nette serait capitale, mais que dire d'une légère augmentatien de la matité splénique?

Le gargouillement de la fosse iliaque droit est en rapport avec la diarrhée. Sa constatation est donc à notre point de vue sans valeur. Nous ne reviendrons pas sur l'étude du syndrome appendiculaire très fruste que nous avons décrit. Cependant il convient de faire remarquer ici, que, de même que le syndrome subjectif douloureux du début peut être en rapport aussi bien avec la dothiénenthérie qu'avec l'appendicite, de même la constatation d'une imprécise manifestation douloureuse iliaque droite à la palpation ne résoud pas la question. On a si souvent observé dans la typhoïde des cas très nets de syndromes douloureux localisés au point de Mac Durruy que la constatation d'un symptôme effacé perd toute valeur diagnostique.

Il est un point sur lequel nous voulons au contraire insister : lorsque, au cours de l'examen d'un malade chez lequel on soupçonne une fièvre typhoïde, on réveille à la palpation du foie, une douleur au point vésiculaire, on ajoute ce symptôme à la liste des signes favorables à l'hypothèse émise. Mais si on a la moindre raison d'hésiter entre appendicite et dothiénenthérie, ce syndrome douloureux ne saurait être utilisé dans un sens ou dans l'autre, et nous verrons qu'il peut traduire l'existence d'une hépatite infectieuse aiguë d'origine appendiculaire.

En résumé, en l'absence de signes abdominaux nets, c'est à l'étude du mode de début, à l'état général, à la rapidité du pouls, que l'on accordera le plus de valeur.

Et pourtant une discussion aussi bien menée soit-elle peut conduire à une erreur de diagnostic et le professeur Lejars a signalé des cas d'appendicite où l'on trouve la prostration et la stupeur même.

Sur quels signes alors s'appuyer, où faut-il chercher la certitude?

Si la température est assez élevée, l'hémoculture sera pratiquée et on y associera toujours le sérodiagnostic. L'examen du sang et l'établissement de la formule hémoleucocytaire sont, dans les cas embarrassants, des éléments capitaux, d'autant plus qu'à la fièvre typhoïde, on reconnaît une formule type de leucopénie avec mononucléose.

Dans l'appendicite, au contraire, l'élévation du nombre des globules blancs est presque constante au début de la crise et la leucocytose atteint 15 à 16.000 avec 85 à 90 p. 100 de polynucléaire.

III. Appendicites latentes avec manifestations hépatiques. — A. *Appendicites latentes avec ictère.* — Les complications hépatiques de l'appendicite ont été étudiées par de nombreux auteurs et depuis Dieulafoy, l'ictère est devenu le symptôme de base dans le tableau clinique de l'appendicite toxique. On attribue à l'appendicite divers types d'ictère, en général, aux appendicites bénignes des ictères de type catarrhal, aux appendicites gangréneuses des ictères graves. En réalité, il faut reconnaître qu'il n'y a pas de relation constante entre la gravité apparente d'un ictère et l'intensité réelle de l'intoxication appendiculaire. —

Avant donc d'entreprendre l'étude de l'ictère au cours de l'appendicite latente, il doit être bien entendu que les termes d'ictère de type catharral bénin, d'ictère atténué, d'ictère à type infectieux aigu grave, ne sont que des étiquettes cliniques, ne traduisent que des apparences, sans rien inférer de la gravité du processus toxi-infectieux.

a. *Ictère du type catarrhal.* — Le tableau clinique est fait avant tout d'ictère, ictère franc, coloration jaune nette des téguments, peau et muqueuses, avec présence de pigments biliaires dans l'urine, décoloration des matières fécales. L'ictère n'apparaît pas d'emblée, mais d'ordinaire seulement vers le deuxième ou le troisième jour de la crise appendiculaire.

Le début reste fort analogue à celui de tout ictère bénin : quelques douleurs ont pu marquer les premières heures, mais ce qui reste le plus net c'est un état nauséeux, des vomissements, des troubles intestinaux, l'établissement d'une diarrhée souvent considérable. Un état de fatigue important, des malaises complètent un tableau qui n'attire pas particulièrement l'attention sur l'appendice, et on qualifie l'ensemble d'embarras gastrique.

Le lendemain et les jours suivants, on voit se développer l'ictère comme un ictère infectieux bénin, très progressivement, d'abord sur les muqueuses puis sur la peau.

C'est à ce moment qu'il faut dépister l'appendicite, mais devant quels signes le soupçonnera-t-on?

On ne peut compter sur de grandes altérations de l'état général pour différencier l'appendicite de l'ictère catarrhal, cependant on peut voir, dans la première, persister un état de malaises inexplicable en apparence.

La diarrhée, lorsqu'elle prend une intensité considérable, peut être un élément de diagnostic; nous ne reviendrons pas sur l'étude de cette diarrhée profuse, abondante, dont nous avons parlé au sujet des formes typhiques de l'appendicite.

La constatation d'une albuminurie intense a autant de valeur, un ictère infectieux bénin ne

s'accompagne guère d'une albuminurie considérable et de gros taux d'albumine indiquant une forte atteinte aiguë du rein sont des indices de gravité en dépit de la conservation de l'état général.

Mais le symptôme auquel, depuis Dieulafoy, il est classique d'attacher une importance extrême dans la séméiologie des appendicites traitresses, C'EST LA DISSOCIATION DU POULS ET DE LA TEMPÉRATURE. Ce symptôme peut manquer comme manquent parfois l'albuminurie, la diarrhée, mais de tous les éléments d'alarme c'est cependant le plus constant et le moins décevant. Certes, cette dissociation, à elle seule, ne suffit pas à donner la clef du diagnostic ; elle indique une intoxication profonde, analogue à celle que l'on observe dans la diphtérie maligne, elle doit faire rechercher la cause de cette intoxication, et ne pas se contenter de l'étiquette d'ictère catarrhal.

Mentionnons ici que, comme dans le syndrome typhique, l'étude de la formule sanguine conserve une grande valeur par la constatation de l'hyperleucocytose et de la polynucléose.

De la notion d'ictère toxi-infectieux grave à la notion d'appendicite, il n'y a qu'un pas : dès que l'on recherche l'étiologie d'un ictère, l'idée d'appendicite doit se présenter à l'esprit au même titre que l'idée d'un empoisonnement alimentaire. L'étiologie des ictères toxi-infectieux est cependant assez vaste pour que le diagnostic d'appendicite ne puisse être un diagnostic obtenu par élimination, il faut penser à l'appendicite et la rechercher si aucune autre cause ne s'impose à l'esprit. On n'a le droit de parler d'ictère essentiel ou cryptogénétique, ou d'infection de cause inconnue, c'est-à-dire de faire aveu d'impuissance, qu'après avoir sérieusement recherché l'existence possible d'une appendicite.

b. *Appendicite avec subictère.* — Très voisins du cas précédent, mais plus difficiles encore à dépister, sont les cas d'appendicite latente avec subictère à peine teinté.

Quelques manifestations douloureuses vagues, quelques malaises, un état nauséeux ont signalé l'entrée en scène de l'appendicite.

Tout s'est calmé, pendant plusieurs jours, aucun symptôme n'est venu donner l'alarme et brusquement, sans signe prémonitoire l'état général s'altère, une asthénie profonde apparaît et tout de suite le collapsus cardiaque brutal. Il ne faut voir là, selon Aubertin que la terminaison d'une insuffisance hépatique latente, évoluant sourdement, passée inaperçue faute de la recherche de l'urobiline et de l'albumine dans les urines.

c. *Appendicite avec ictère grave.* — Nous n'insisterons pas sur cette forme mieux étudiée, au cours de l'évolution d'appendicites dissimulées, gangréneuses.

Notons seulement l'importance des réactions générales : facies grippé, ailes du nez battantes, respiration rapide et superficielle. Ictère franc vrai pouvant être intense ou, au contraire, ictère atténué.

Des symptômes nerveux, délire, convulsions s'associent à des troubles intestinaux (diarrhée) à des troubles urinaires (albuminurie) et surtout à des hématémèses de sang noir (inuito negro appendiculaire).

Ici surtout s'affirme la dissociation du pouls et de la température. Ces faits sont connus et depuis Dieulafoy, il est avéré que l'on doit faire à l'appendicite une large place dans l'étiologie de l'ictère grave. On doit la rechercher comme, chez un alcoolique en état de délirium tremens avec ictère grave, on recherche la pneumonie.

B. *Appendicites atypiques avec hépatite infectieuse. Abcès du foie.* — Les complications hépatiques infectieuses suppurées de l'appendicite sont bien connues depuis la magistrale description de Dieulafoy ; cependant, on a surtout insisté sur l'étude des complications hépatiques de l'appendicite avérée.

L'évolution d'une appendicite latente avec abcès du foie se fait en deux périodes bien différentes, et qui posent des problèmes de diagnostic d'ordre très divers : La première période, période de troubles généraux s'oppose à la deuxième période dont la symptomatologie très riche est nettement hépatique.

Comme dans tous les cas d'appendicite latente, le début peut avoir été marqué par des douleurs violentes mais transitoires, d'autrefois tout s'est limité à un syndrome diffus d'embarras gastrique, de nausées, de malaises généraux. Et c'est alors que, pendant une période de dix à quinze jours, un mois même, vont se dérouler les symptômes trompeurs de l'infection partie de l'appendice. Cette période peut être une période de calme absolu, le malade après les malaises du début peut, s'étant reposé un ou deux jours, reprendre son travail — véritable forme ambulatoire — jusqu'au jour où brusquement éclatera la complication hépatique.

D'ordinaire, le syndrome infectieux général s'accuse peu à peu, se rapprochant du syndrome typhique que nous avons déjà étudié.

PREMIÈRE PÉRIODE. — *Hépatite infectieuse aiguë.* — Ce qui en fait l'élément capital, c'est la fièvre continue. La fièvre dans l'hépatite infectieuse aiguë appendiculaire n'affecte pas, en général, à cette période, le type septique à grandes oscillations (Aubertin). Le plus souvent c'est une fièvre élevée, 39 degrés, avec des rémissions matinales de faible intensité. La fièvre peut s'être élevée d'emblée à cette température élevée; elle peut pendant plusieurs jours rester aux environs de 38 degrés, 38°5.

Le pouls reste, en accord avec la température, régulier.

L'état saburral de la langue, l'existence d'une constipation opiniâtre, ou d'une diarrhée peuvent compléter le tableau clinique d'une fièvre continue à son début avec troubles intestinaux.

A cela, il faut ajouter l'ictère, l'ictère que nous retrouvons dans presque toutes les manifestations toxi-infectieuses de l'appendicite, plus ou moins foncé, léger ou franc, avec décoloration plus ou moins complète des matières fécales et passage d'urobiline dans les urines.

L'état général est peu altéré encore.

L'examen de l'abdomen est peu significatif : une légère réaction douloureuse appendiculaire peut persister à la palpation profonde; ce qui domine déjà c'est la douleur provoquée au niveau du foie ainsi que l'augmentation de volume de cet organe.

Et devant ces symptômes on pourra résumer les constatations cliniques sous l'énoncé de : fièvre continue avec ictère, congestion douloureuse du foie, légère réaction appendiculaire. Rien n'est plus semblable encore à la dothiénenthérie. Nous ne reviendrons pas sur les moyens de différencier l'appendicite de cette affection.

DEUXIÈME PÉRIODE. — *Abcès du foie.* — Au bout de dix jours, quinze jours, un mois, parfois même deux ou trois mois, après une lente évolution avec altération progressive de l'état général coupée de périodes de rémission de courte durée, un changement important va se manifester dans l'allure de la maladie.

L'abcès du foie, ou plus souvent de petits abcès du foie se sont formés, ils vont occuper toute la scène clinique.

C'est donc en général vers le quinzième jour d'une fièvre continue que l'on constate un changement dans l'allure de la courbe thermique : de continue elle devient oscillante, le malade a de petits mouvements de fièvre soulignés par quelques frissons, parfois grands frissons violents traduisant des oscillations de 2 à 3 degrés.

L'amaigrissement fait de rapides progrès. L'appétit a disparu. Une diarrhée épuisante s'installe.

L'examen de l'abdomen décèle dans l'hypocondre droit une douleur diffuse, violente, profonde, dont le maximum siège d'ordinaire au point vésiculaire, douleur spontanée exagérée par l'examen.

La palpation et la percussion permettent de constater une augmentation notable du volume du foie qui reste lisse, débordant les fausses côtes de 5 à 10 centimètres, parfois on a la sensation d'un empâtement périhépatique.

La rate est volumineuse, quelquefois très grosse.

Tels sont les symptômes les plus fréquemment observés. L'ictère est inconstant, tout se borne d'ordinaire à du subictère, avec teint terreux, facies cachectique. En somme, il s'agit nettement d'une hépatomégalie douloureuse, avec splénomégalie, fièvre élevée avec oscillations étendues de la courbe thermique, frissons, subictère, apparu au cours de l'évolution d'un état fébrile durant depuis quinze jours.

La radioscopie, la ponction du foie n'ajouteront rien à l'examen clinique : l'hépatomégalie est régulière, la ponction est souvent impuissante à ramener du pus. Quand on peut en recueillir c'est un pus verdâtre, fétide, riche en germes variés tant aérobies qu'anaérobies.

L'appendicite atypique peut donc ne se révéler que par une complication infectieuse hépatique avec une symptomatologie très imprécise d'abord, d'allure typhique, avec une symptomatologie nettement hépatique plus tard.

Ainsi, en présence d'un abcès du foie dont l'étiologie n'est pas évidente, faudra-t-il penser à l'appendicite causale au même titre qu'à l'abcès amibien aigu et à l'abcès qui complique une fièvre typhoïde, ou même à une cholécystite calculeuse (Goodfellow, Lecène).

Quand les signes abdominaux iliaques droits manquent, quand on ne les retrouve qu'ébauchés dans les souvenirs du malade, c'est en procédant par élimination qu'on arrivera au diagnostic d'appendicite : éliminant la typhoïde par la séro-réaction, l'abcès amibien par l'étude attentive des selles, la recherche des kystes après diarrhée provoquée au besoin après rectoscopie constatant l'absence d'ulcérations dysentériques.

Pour retrouver l'appendicite il faut d'abord y penser, et on doit y penser en raison de la fréquence des complications hépatiques tardives de l'appendicite.

IV. APPENDICITES ATYPIQUES AVEC RÉACTION MÉNINGÉE. — Nous insisterons peu sur ce chapitre parce que les observations d'appendicite simulant la méningite sont fort rares.

L'appendicite peut être prise pour une méningite lorsque :

1° Le syndrome abdominal est léger;

2° Le syndrome méningé très accentué est hors de proportion avec les symptômes iliaques droits.

Ces faits peuvent s'observer chez l'enfant où la violence et la fréquence des réactions méningées est bien connue, au cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde particulièrement.

Le début brutal et le *développement immédiat des signes méningés* suffisent à impressionner l'esprit de l'observateur et à diminuer pour lui la valeur des signes abdominaux.

C'est d'emblée donc qu'apparaissent la céphalée violente, les vomissements, la constipation, des convulsions même.

Des troubles oculaires, strabisme, inégalité pupillaire, nystagmus, mydriase, diplopie peuvent s'observer, comme au début de la pneumonie de l'enfant.

Il est certain que la seule céphalée accompagnée de vomissements chez un enfant, même avec présence d'un signe de Kernig fruste constitue un syndrome banal incapable d'orienter l'esprit définitivement vers le diagnostic de méningite. Mais l'existence de troubles oculaires importants, du strabisme avec inégalité pupillaire en particulier, impose presque à coup sûr l'hypothèse de méningite.

Ajouter à cela des pauses, des irrégularités du pouls et de la respiration, trouver une importante raideur de la nuque, un signe de Kernig net, c'est confirmer le diagnostic de méningite, c'est-à-dire dans 90 p. 100 des cas de méningite tuberculeuse. Les symptômes généraux, la fièvre élevée à 39 degrés, le pouls à 120 s'accordent avec ce diagnostic.

Quelle valeur dans ces conditions attacher à l'examen de l'abdomen ? Constater au cours d'une méningite que le ventre reste souple partout sauf dans la fosse iliaque droite, qu'à ce niveau la pression profonde réveille de la douleur est bien, mais quelle valeur accorder aux sensations d'un malade atteint de méningite ?

Il est certain que si l'on tient compte du début brusque, sans période prodromique, surtout si l'on remarque qu'il n'y a pas d'amaigrissement (ET L'ABSENCE D'AMAIGRISSEMENT EST CAPITALE), et, si d'autre part, on tient compte de la température élevée, du point douloureux abdominal et enfin de l'absence très connue de symptomatologie pulmonaire de la pneumonie du sommet de l'enfant, il est certain que dans ces conditions on soupçonnera la possibilité de l'existence d'une pneumonie derrière la méningite.

La ponction lombaire, montrant l'absence de lymphocytose rachidienne, écartera le diagnostic de méningite et orientera davantage encore le diagnostic vers la pneumonie.

Si par la radiographie on peut éliminer la pneumonie (c'est dans les premiers jours le seul moyen pratique), c'est l'hypothèse de typhoïde que l'on envisagera.

Et, en effet, la rareté des réactions méningées d'origine appendiculaire fait que, en l'absence d'une réaction iliaque droite très franche, le diagnostic d'appendicite ne saurait être qu'un diagnostic d'ex-

ception, posé APRÈS ÉLIMINATION des méningites vraies, de la pneumonie, de la typhoïde, du méningisme vermineux même dont Guillain a rapporté récemment de si beaux exemples.

Evolution. — Nous avons vu que l'appendicite peut se présenter sous des apparences trompeuses très polymorphes, révélant le type de l'embarras gastrique particulièrement chez l'enfant, de la fièvre typhoïde, ou bien se cachant sous le masque d'un ictère catarrhal en apparence bénin, ou d'un ictère franc d'allure grave. Nous l'avons vue encore évoluant sournoisement sous l'apparence d'une hépatite aiguë infectieuse primitive vers l'abcès du foie, enfin nous l'avons retrouvée dans les syndromes méningés de l'enfance.

Quel est le pronostic, quelle est la gravité, comment vont évoluer de telles appendicites?

L'on peut dire de ces appendicites ce que l'on a dit de toutes les appendicites : on sait comment elles commencent, on ne peut rien présumer de leur évolution.

Cependant il faut, si l'on arrive au diagnostic difficile d'appendicite aiguë, être ici particulièrement sur ses gardes et se défier de ces appendicites qui semblent, pendant la première période de leur évolution, d'allure bénigne, appendicites dont les signes locaux sont frustes, et les signes généraux encore légers.

1° Il est vrai que l'on note des cas de guérison spontanée, on voit parfois ictère et phénomènes généraux régresser. « L'ictère, disent Gilbert et Lereboullet, n'a pas une signification pronostique toujours grave et nous avons observé plusieurs cas ou l'ictère apparu dans les jours qui suivirent la crise aiguë a eu l'allure d'un ictère catarrhal bénin. »

Dans les formes à type d'insuffisance hépatique aiguë il y a des séries de cas ou la guérison a été observée dans des cas d'appendicite nette (Dieulafoy, Routier, Ballin cité par Aubertin).

2° Beaucoup plus souvent l'appendicite s'aggrave brusquement. Parfois c'est par constitution d'un abcès du foie; plus souvent c'est par rupture d'un abcès péri-appendiculaire avec développement d'une péritonite généralisée. Et c'est alors le tableau classique d'une violente douleur iliaque droite diffusant à tout l'abdomen, la contracture généralisée à tout le ventre, l'arrêt de la respiration diaphragmatique, la reprise des vomissements, l'élévation de la température, l'accélération extrême du pouls, le facies péritonéal. Ou bien c'est le collapsus algide avec ballonnement du ventre, dissociation du pouls et de la température. Bientôt la mort et à l'autopsie dans le premier cas le ventre plein de pus, dans le deuxième cas des anses intestinales rouges congestionnées baignant dans un liquide bouillon sale, fétide.

3° Très souvent c'est à l'évolution d'une appendicite toxique que l'on assiste, jusqu'au bout les phénomènes péritonéaux manquent : brusquement alors que rien ne semblait alarmant survient une soudaine altération de l'état général. Sensation de malaise extrême, d'asthénie profonde, de refroidissement. Le facies est cireux, subiétérique, grippé, plombé, les ailes du nez pulvérulentes, battantes, le nez et les extrémités sont cyanosées et froides. La langue est sèche et rugueuse.

Les vomissements ont repris, alimentaires puis bilieux, verdâtres.

Le pouls est petit, hypotendu, filant, incomptable.

La respiration est extrêmement rapide, véritable polypnée avec des irrégularités dans le rythme respiratoire. Le hoquet apparaît, la température est abaissée au-dessous de 36°5.

Les urines sont rares et fortement albumineuses.

En somme il s'agit d'un syndrome toxique extrêmement accentué avec collapsus cardiaque entraînant rapidement la mort. A l'autopsie les lésions sont purement appendiculaires, le péritoine est d'aspect absolument normal.

Anatomie pathologique. — On peut avant tout distinguer dans les cas que nous avons étudiés deux formes d'appendicites : les appendicites avec abcès; les appendicites gangréneuses.

Il est certain que les appendicites avec abcès sont rarement des appendicites sans syndrome abdominal, le fait peut cependant s'observer.

Les lésions gangréneuses offrent plus d'intérêt : » ce n'est précocement, dit Descomps, qu'un appendice porteur d'une folliculite parfois généralisée, parfois étendue, parfois aussi très limitée et qui peut ne pas dépasser les dimensions d'une lentille. Mais au niveau de cette folliculite ulcérée des agents hyperseptiques ont exalté leur virulence : colibacille, streptocoque, anacrobis générateurs par excellence des processus gangréneux. » Plus tard les lésions rapidement ont gagné en étendue, des veines thrombosées noires se devinent sous le péritoine sain, dans l'appendice on trouve une bouillie noire, odeur de sphacèle avec gangrène superficielle de la muqueuse. Le péritoine peut rester sain jusqu'au bout, la gangrène reste sous-séreuse, souvent dans les dernières heures l'appendice se perfore, s'ampute et la péritonite suraiguë en résulte. A part ces deux formes importantes on peut observer des lésions variant de la simple congestion à l'ulcération avec appendice libre ou adhérent.

En somme les lésions de l'appendice sont parfois assez peu marquées et on peut remarquer avec Aubertin l'opposition qu'il y a dans certains cas entre la diffusion et l'intensité des phénomènes toxi-infectieux et le caractère subaigu, discret même des lésions de l'appendice.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE APPENDICITE LATENTE AVEC SYNDROME TOXI-INFECTIEUX. — Ce qui domine la thérapeutique des appendicites atypiques avec syndrome toxi-infectieux c'est l'impossibilité de juger la gravité de la crise. Il y a des cas bénins, mais il y a des cas très sévères, et pendant plusieurs jours on ne peut différencier cliniquement les premiers des seconds. D'autre part est-il prudent de temporiser en guettant l'aggravation, arrivera-t-on à temps? Outre qu'on ne sait jamais à quelle date une appendicite peut s'aggraver, que le syndrome suraigu peut s'observer au bout de douze heures comme au bout de cinq jours quand on croit le malade tiré d'affaire en raison du temps écoulé, il faut bien se persuader : 1° que la perforation de l'appendice peut se produire avec des syndromes généraux très modérés; 2° qu'il n'y a pas de transition entre l'intoxication en apparence légère et le grand syndrome toxique, mais au contraire une très brusque altération de l'état général.

Tout ce que l'on a le droit de dire c'est donc qu'il s'agit d'appendicite en évolution. Et pour affirmer que l'appendicite évolue, que le feu couve sous roche, point n'est besoin de voir se constituer un syndrome important sévère, un embarras gastrique :

Un ictère catarrhal derrière lesquels on a dépisté une appendicite sont aussi graves à cet égard que le syndrome typhique le plus caractérisé.

Or actuellement l'immense majorité des chirurgiens admet avec Hartmann, Gosset, Lenormant et après les discussions de l'Académie de médecine de 1919 qu'il n'existe qu'une seule contre indication opératoire de l'appendicite : la constatation d'un plastron solide partant adhérent, auquel cas il est préférable d'attendre le refroidissement quitte à intervenir dès qu'un seul signe d'alarme fait son apparition.

Dans les cas qui nous occupent il n'y a pas de plastron, pas de limitation, il y a des signes d'alarme, double indication d'intervenir et l'on peut dire avec Gosset au sujet de l'appendicite ce qu'il est devenu classique de dire dans la contusion de l'abdomen « dans le doute ne t'abstiens pas ». Quant à discuter sur la date de début et sur l'opportunité de l'intervention passé les quarante-huit premières heures tous sont d'accord avec Témoin que ce n'est pas une question d'heures mais une question de symptômes.

Nous venons de passer en revue quelques-unes des erreurs de diagnostic qui, par défaut d'intervention chirurgicale peuvent avoir de graves conséquences. Les observations publiées en sont assez rares, mais il est aisé d'en trouver d'inédites dans les comptes rendus des interventions d'urgence de tous nos hôpitaux.

En présence d'une toxi-infection mal définie, il ne faut ni se contenter d'un diagnostic imprécis, ni proposer un diagnostic d'exception. L'appendicite à forme toxi-infectieuse est assez fréquente pour que l'on pense à elle systématiquement.

Les symptômes locaux d'appendicite, les symptômes d'alarme peuvent, à première vue, sembler insuffisants pour porter le diagnostic d'appendicite. C'est que l'on s'habitue trop à concevoir l'appendicite grave comme une appendicite avec facies péritonéal, vomissements bilieux, pouls filant incomptable, ventre de bois. Il faut pourtant se persuader que les appendicites atypiques ne sont pas des exceptions et nous avons vu tout récemment encore un chirurgien hésiter devant l'intervention d'urgence demandée, et la pratiquer enfin sur les instances et les affirmations du médecin qui avait constaté les premiers symptômes : Or, malgré l'état général resté bon, l'absence d'un syndrome local nettement caractérisé, on trouva un appendice gangréné.

La persistance même pendant plusieurs jours de cet état de calme général ne signifie rien, lorsque persiste un indice de gravité : On ne peut jauger la gravité réelle de la crise appendiculaire, la crise en apparence la plus toxique, la plus grave peut tourner court, la crise la plus bénigne peut brutalement se compliquer de collapsus cardiaque. Il importe peu que la crise date de trente-six heures, de quarante-huit heures ou plus, quand il s'agit d'intervention il n'est plus question d'heures, il est question de symptômes.

BIBLIOGRAPHIE

AUBERTIN. Foie et appendicite, *Gaz. des hôpit.*, 1905.
BÉRARD et VIGNARD. *L'Appendicite. Etude clinique et critique.*
BOIVIN. Contribution à l'étude du foie appendiculaire, *Th. de Paris*, 1906.
BONNEAU. Contribution au diagnostic des appendicites, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1914 ; — *Paris chir.*, 1914.
BOVA (Giuseppe). Un caso, non comune, di appendicite con perforazione diagnosticato sul tavolo operatorio, *Gazz. med. di Roma*, 1921, p. 62, 82, 102, 1922.
BROCA. *Traité de chirurgie infantile.*
CHAUFFARD. De l'appendicite, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1919.
DESCOMPS. Les appendicites sans péritonite. Le syndrome toxémique aigu, *Paris méd.*, 11 juin 1921, n° 24 ; — Les appendicites sans péritonite. Le syndrome toxémique chronique, *Paris méd.*, 20 août 1921, n° 34.
DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne* ; — L'appendicite, *Acad. de méd.*, 1898.
FRANÇOIS (René). *Th. de Paris*, 1904.
GILBERT et LEREBOULLET. De la nature de l'appendicite, *Presse méd.*, 27 avril 1904.
GOSSET et BERGER (J.). De l'intervention d'urgence dans l'appendicite aiguë, *Presse méd.*, 10 déc. 1919.
HORN. *Centralbl. f. Chir.*, 1914.
JALAGUIER. *Traité de chirurgie* Duplay-Reclus.
LEJARS. *Chirurgie d'urgence*; — Appendicite et typhoïde, *Semaine méd.*, 1906.
LENORMANT. Traitement de l'appendicite aiguë, *Presse méd.*, 20 déc. 1919.
MIGIGNAC. Gangrène latente de l'appendice, *Bull. de la Soc. anat.*, 1913, p. 45.
MIGNON. Un cas d'appendicite gangréneuse, *Bull. de la Soc. de chir.*, 21 mai 1902.
MORIZETTI. *Th. de Paris*, 1906.
PEREANU-CALFESCO. Les manifestations hépatiques de l'appendicite latente, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1921.
PETIT. *Th. de Paris*, 1902.
WALTHER. *Congrès intern. de méd.*, Budapest 1909 ; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, séances des 1er, 22, 29 juillet et des 21, 28 oct. 1919.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1923)

Essai de mesure de l'anesthésie produite sur les terminaisons nerveuses de la cornée par les anesthésiques locaux. Comparaison des pouvoirs anesthésiques de la cocaïne, de la novocaïne et de la stovaïne. — M. Jean REGNIER.

(SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1923)

Action spécifique des rayons lumineux de diverses couleurs dans la photosynthèse. — M. V. LUBIMENKO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1923)

Salpingite. — MM. FORGUE et GRYNFELT (de Montpellier) communiquent un travail intéressant sur le processus d'occlusion de l'orifice abdominal de la trompe dans les salpingites.

Ils ont eu l'occasion d'examiner un certain nombre de cas d'oblitération inflammatoire de l'orifice abdominal des trompes. Les conclusions de leur examen redressent les diverses opinions courantes sur le mécanisme de cette oblitération et font justice des processus d' « intussusception » et d' « inversion des franges » qui avaient cours jusqu'à présent.

Empoisonnement par les graines de médicinier. — MM. LOIR et LEGAGNEUX rendent compte des cas d'empoisonnement collectif qu'ils ont observés au Havre en août 1923.

L'hôpital reçut vingt malades et on en soigna un bien plus grand nombre en ville; c'étaient des adultes ou des adolescents qui éprouvèrent de vives souffrances, mais aucun cas de mort ne survint. Les malades ressentaient des brûlures à la bouche et au pharynx, présentaient des vomissements, des vertiges, du délire, parfois des syncopes, des secousses musculaires, de la diminution de l'acuité visuelle, un pouls battant à 110. L'enquête conduite par les auteurs leur démontra qu'il s'agissait d'un empoisonnement par les graines du médicinier, que les malades avaient ramassées sur le port et mangées, les prenant pour des cacaouètes. Le médicinier (*Jatropha curcas*) est une euphorbiacée qui pousse dans l'Amérique du Sud, dans l'Inde, sur la côte orientale d'Afrique. Ses graines ressemblent à celles du ricin et renferment 34 p. 100 d'une huile incolore connue sous le nom d'« huile infernale » qui constitue un purgatif drastique des plus énergiques, et n'est d'ailleurs employée que dans l'industrie. Il existe dans ces graines, en plus de l'huile, des résines qui en accroissent la toxicité.

Traitement de la fièvre puerpérale par l'arsenobenzol pur ou iodé. — M. S. Marbais, ayant trouvé que plusieurs femmes — souffrant de la fièvre puerpérale — présentaient une séroréaction syphilitique positive, a pensé leur appliquer le traitement spécifique par l'arsenobenzol, qui lui avait réussi sur les blessés de guerre. Il a eu l'occasion de soigner lui-même dans les maternités parisiennes une vingtaine de cas de fièvre puerpérale avec un résultat franchement satisfaisant. Il a appliqué ce traitement dans des cas extrêmement graves, par exemple, sur une femme albuminurique; sur une autre qui souffrait en même temps d'une encéphalite léthargique; dans un cas de présentation de la face; dans un cas de rash; dans un cas de grossesse gémellaire; dans plusieurs cas de lenteur de la période d'expulsion, où l'on a dû employer le forceps; dans un cas de placenta prævia accompagné d'hémorragie, etc.

Les doses employées sont petites et répétées tous les deux-trois jours en cas de besoin. La fièvre baisse immédiatement dès la première injection ou après les suivantes; il faut persévérer. Le streptocoque disparaît du sang dès la chute de la fièvre. Les injections ne provoquent aucune réaction générale.

Dans l'état actuel de la thérapeutique de l'infection puerpérale, les recherches du docteur Marbais apportent à la science médicale et à l'humanité un progrès des plus sensibles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE TRAITEMENT DES EXTERNES DES HOPITAUX

L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris nous communique la lettre suivante qu'elle vient d'adresser à M. le Directeur général de l'Assistance publique :

« Paris, le 4 octobre 1923.

Monsieur le Directeur général,

L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris a l'honneur de soumettre à votre haute bienveillance les quelques considérations suivantes :

La situation des étudiants qui était avant la guerre souvent peu brillante, mais cependant supportable (un étudiant vivait alors de façon presque large pour 200 francs) est devenue du fait du renchérissement de la vie graduellement très pénible.

Dans un article dn *Carnet médical français* (novembre 1921) les sommes nécessaires à l'entretien d'un étudiant à Paris sont estimées ainsi qu'il suit :

1° Prix de la vie mensuelle à Paris : 500 × 12..	6.000 fr.
2° Vêtements pour l'année	1.000
3° Faux frais généraux	1.000
4° Prix des quatre inscriptions : 47,60 × 4	190
5° Prix de l'examen de fin d'année	55
Total	8.245

Cette estimation apparaît aujourd'hui comme modeste; la situation de l'étudiant ne cesse pas en effet de s'aggraver;

C'est ainsi que, aux mains de mercantis sans scrupules, la plus modeste chambre d'étudiant a vu son prix monter de 150 à 200 francs, davantage même durant les mois d'hiver où la plupart des hôtels du quartier perçoivent une surtaxe de chauffage. Le chiffre de 700 francs par mois donné par le *Carnet médical français* apparaît donc comme le chiffre minimum auquel puissent être estimé les dépenses d'entretien de l'étudiant célibataire à Paris (nous éliminons le cas des étudiants mariés, de plus en plus nombreux pourtant, parce que l'argumentation y serait trop facile).

C'est là une somme dont peu d'étudiants disposent aujourd'hui. Issus pour la plupart de familles de bourgeoisie modeste, souvent chargées d'enfants, l'existence devient pour nombre d'entre eux un problème presque insoluble. Au cours d'un récent Congrès, une enquête apprenait que sur les 25.000 étudiants qui fréquentent les facultés et grandes écoles de Paris plus de 11.000 avaient un besoin pressant d'être aidés de quelque manière.

Les étudiants en médecine échappent-ils à cette loi? Non. La meilleure preuve en est la diminution notable du chiffre d'étudiants inscrits depuis deux ans en première année à la Faculté. Au cours de l'hiver dernier un pavillon de dix sections a pu être fermé, et l'on peut prévoir l'accentuation fatale de cette décroissance, encore plus remarquable si l'on considère que le nombre des jeunes filles obligées au travail augmente chaque jour.

C'est que les étudiants en médecine rencontrent au cours de leurs études des obstacles matériels que ne rencontrent pas les autres étudiants. Ces études mêmes sont d'abord beaucoup plus longues que dans la majorité des autres facultés. Et de nombreuses familles qui peuvent encore consentir au sacrifice d'entretenir deux ou trois ans un étudiant à Paris se voient obligées de renoncer à l'y entretenir six longues années. Les prêts d'honneur doivent bien, dans l'esprit du législateur, pallier à cet inconvénient grave. Mais, là encore, la longueur de la scolarité intervient pour en interdire l'usage. S'il est encore possible de contracter sans imprudence une dette de 10.000 à 15.000 francs pour deux ou trois années d'études, quel est l'étudiant qui serait assez hardi pour se lancer dans la vie avec un passif de 30.000 à 40.000 francs, auxquels s'ajouteront plus tard les frais d'une installation, tout cela pour une réussite problématique?

En outre, la complexité des études médicales est telle que seule une longue pratique du malade, une longue étude de la maladie données par un travail incessant peuvent faire en cinq années un praticien passable; ainsi se trouve fermées à l'étudiant en médecine toutes les situations accessoires qui s'ouvrent à l'activité de leurs camarades des autres facultés, situations qui toutes occupent au moins durant la moitié de la journée. Et les situations médicales ou paramédicales sont tellement rares qu'il est impossible de les faire entrer ici en ligne de compte.

Beaucoup d'étudiants en médecine mènent donc une existence difficile. Certains mêmes meurent de faim : le chiffre des victimes que fait parmi eux la tuberculose est à cet égard suffisamment significatif.

Lorsqu'il s'agit non plus de simples étudiants, mais d'externes des hôpitaux, ces difficultés matérielles croissent encore : S'il est, en effet, une merveilleuse école du métier, l'externat n'est certes pas un moyen de finir plus vite sa médecine. La fréquentation plus assidue de l'hôpital qu'exigent ces fonctions, comme la préparation de l'internat, qu'elles entraînent logiquement, font de l'externe un très mauvais étudiant aux yeux de la Faculté. Il est difficile d'arriver à 13 h. 1/2 à une séance de travaux pratiques, lorsque l'hôpital, souvent éloigné, vous retient jusqu'à 13 h. Il est encore plus difficile d'obtenir une mention très bien aux examens paramédicaux (parasitologie ou physique médicale), lorsque tout votre temps est consacré à l'étude de la pathologie, et de l'anatomie qui, seules, composent à juste titre le programme de l'internat. Ce sont là, pourtant, les deux conditions requises pour l'obtention des bourses de doctorat. Voici donc une ressource de plus qui échappe aux externes.

Ainsi, l'externe, dont les études durent plus longtemps que celles de n'importe quel autre étudiant, ne peut compter

pour l'aider ni sur un travail extramédical, ni sur l'Université. Il ne peut compter que sur l'Assistance publique.

Celle-ci lui alloue une indemnité journalière de 4 francs. Que représente ce traitement minime? Une indemnité de déplacement? Elle serait dans ce cas suffisante : mais, la suppression des indemnités de déplacement qui existait autrefois pour les hôpitaux périphériques prouve bien que l'Assistance publique voit autre chose dans les 4 francs journaliers, qu'elle entend par là rétribuer le travail que fournit l'externe à l'hôpital. Dans ce cas, cette indemnité apparaît comme dérisoire. Si l'on estime à 1 franc la somme minima nécessaire au trajet aller et retour de l'hôpital, la rétribution journalière des services de l'externe revient à 3 francs, soit 1 franc par heure de présence effective. Quel est l'ouvrier qui consentirait à être payé à ce taux?

Les externes, s'ils sont des élèves ne sont pas, en effet, que cela. Nommés au concours, avec une élimination des deux tiers en moyenne, ayant au minimum deux années d'hôpital avant leur entrée en fonctions, ils doivent à leur seule connaissance technique de pouvoir exécuter, dans les services, des travaux qui, dans la clienlèle civile reviennent aux seuls docteurs en médecine : a-t-on suffisamment réfléchi, lors de la fixation de leur indemnité, à combien reviendra leur remplacement par un personnel rétribué pour la seule partie *matérielle* de leur besogne : anesthésies, grands pansements, piqûres intraveineuses, toutes choses qu'il est impossible de confier au personnel infirmier?

Bien mieux, toujours en estimant à 1 franc par jour les frais de transport à l'hôpital, ce qui reste de l'indemnité journalière est parfaitement insuffisant pour acquitter les charges nouvelles que valent aux externes leurs fonctions : Les conférences d'internat qui constituent la seule préparation efficace au concours, reviennent, en effet, actuellement, à 15 francs par séance, soit à raison de deux séances (une d'anatomie, une de pathologie) par semaine, plus de 120 fr. par mois. Le corps de l'internat se recrutant parmi les externes, il serait assez logique que l'Assistance publique mît ceux-ci à même d'en préparer le concours.

Ainsi, de tous les étudiants, les externes des hôpitaux sont parmi ceux dont la situation matérielle est la plus difficile. A la longueur extrême des études médicales, s'ajoutent pour eux, et le caractère onéreux de la préparation de l'internat, et l'impossibilité de recourir à une occupation extramédicale, comme à une bourse ou un prêt d'honneur, toutes ces charges n'étant que bien mal compensées par l'indemnité hospitalière.

Il résulte de cela que, sans parler de la misère véritable dans laquelle vivent certains d'entre eux, un grand nombre se trouvent obligés d'achever hâtivement et prématurément leurs études médicales, au plus grand dommage de leur valeur professionnelle. Il en résulte que la préparation de l'internat tend à ne devenir possible qu'aux seuls jeunes gens possédant une certaine fortune. Dans ces conditions, le maintien de l'indemnité hospitalière, fermant la porte de l'externat et à plus forte raison de l'Internat à de nombreux étudiants, apparaît comme une mesure antidémocratique au premier chef. Elle risque d'avoir des répercussions désastreuses sur la valeur professionnelle des candidats à l'internat, comme sur celles des praticiens anciens externes. Elle condamne enfin un grand nombre d'externes à mener, durant leurs années de jeunesse, une existence souvent étriquée, parfois misérable.

Par ces motifs, l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitanx de Paris a l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance *le relèvement du traitement des externes à 300 francs par mois*. Ce chiffre ne représente pas tout à fait la moitié des dépenses exigées mensuellement pour l'entretien d'un étudiant à Paris. Il représente assez exactement la moitié de ce que touchent en moyenne les infirmières, et préposés de l'Assistance publique. Les externes ne trouvent pas excessif d'estimer leur demi-journée quotidienne de travail au même taux qu'une demi-journée du personnel infirmier.

Voici, Monsieur le Directeur Général, quels sont actuellement les desiderata des externes. Ils ne les auraient jamais exprimés autrefois, tant donner gratuitement leurs soins aux seuls indigents gratuitement hospitalisés leur paraissait naturel. Ils n'ont plus les mêmes scrupules aujourd'hui où la moitié des malades des hôpitaux paie à l'Assistance publique un prix de journée relativement élevé.

Dans l'espoir que vous voudrez bien examiner nos demandes avec bienveillance, veuillez agréer, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de notre très profond respect.

Pour le Bureau de l'A. E.
Le Président,
P. COSSA. »

* * *

En reproduisant cette lettre *in-extenso*, la *Gazette des hôpitaux* entend signifier à quel point elle se solidarise avec les externes, et combien elle trouve leurs doléances justifiées.

Qui pourrait méconnaître le labeur qu'ils fournissent, sous la direction attentive et expérimentée de l'interne? Personne, assurément. Le « patron » moins que tout autre. Ne sait-il pas que, sans la collaboration dévouée qu'ils lui prêtent, il ne pourrait accomplir sa tâche? N'est-ce point parce qu'ils ont pansé qu'il a, si souvent, le bonheur de guérir? Il sait l'existence qu'ils mènent. Il les considère comme ses enfants. Il se réjouit de leurs succès. Il souffre de leurs souffrances. Il les voit, avec émotion, soutenir, contre la douleur, une lutte sans gloire, mais non pas sans péril...

Pour prix de tant d'efforts, que touchent-ils? Une somme ridicule. La dernière des femmes de ménage ne saurait « donner » son temps à moins de *deux* francs par heure. Que gagnent ces jeunes gens, qui ont déjà un solide bagage de connaissances acquises, pour une matinée passée à l'hôpital, au milieu de contagieux? *Quatre* francs...

Rien de plus légitime que leur demande. Rien de plus urgent que de l'accueillir favorablement. Oh, sans doute, le grand public peut être tranquille! Serviteurs de l'idéal, jamais ils ne se lasseront de ces « voyages au pays de la peine ». Bien ou mal payés, jamais ils n'oublieront ce qu'ils doivent au devoir. Ils ne feront pas grève. Raison de plus pour leur accorder satisfaction. Il ne s'agit pas d'une faveur, mais d'un droit : celui de voir honorablement rémunérer un travail infiniment honorable.

Nous devinons la réponse de l'Administration : Pas d'argent! Ignore-t-elle que, parmi les services que rendent les externes aux malades, il en est qui ne se payent pas : ce sont ceux qui « vont au cœur parce qu'ils viennent du cœur »? Qu'elle paye les autres, et elle restera encore leur obligée!

L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

Les Infections paratyphoïdes et gaertnériennes. Etude clinique et thérapeutique (1), par H. MALLIÉ.

Déjà, en 1916, l'auteur avait publié une intéressante monographie sur les infections paratyphiques. Il l'a complétée en y ajoutant le résultat de toutes les recherches récentes, et c'est cette œuvre, ainsi remaniée, qu'il présente aujourd'hui au grand public médical, sous les auspices de l'aimable et habile M. J. Carles, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

« Ecrit par un praticien à l'usage d'autres praticiens », cet ouvrage est essentiellement pratique. Pour commencer, un chapitre de généralités où se trouvent mises au point les notions actuelles sur les infections paratyphiques. Puis sont étudiées successivement les divers caractères de ces infections : étiologie, anatomie pathologique, pathogénie, symptomatologie, diagnostic, traitement. Aucune digression inutile. Aucun apparat bibliographique encore que l'auteur ait tout lu. Aucune discussion théorique. Des faits bien exposés. Un souci constant de tout subordonner à la clinique, et, par la clinique, à la thérapeutique, fin dernière de toute médecine, comme dit justement le professeur Sergent. En somme, livre bien composé, bien présenté, et qui justifie les éloges que fait de lui le professeur J. Carles. L. BABONNEIX.

(1) In-4 de 196 pages. — Paris 1923, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 83. — MARDI 16 & JEUDI 18 OCT. 1923. 96e ANNEE. MARDI 16 & JEUDI 18 OCT. 1923. — N° 83.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste des candidats adimis à l'épreuve orale :

1. MM. Armingeat (Jean), Arrivot, Azalbert, Mlle Bach, MM. Bagot, Baillis, Baize, Baldy, Barraguet, Beau,

11. Béclère, Benoist, Bergouignan, Berson (Jean), Berson (Pierre), Besançon, Bidoire, Bize, Blanc-Champagnac, Blanche (Marcel),

21. Blondel, Blondin (Marcel), Blondin (Sylvain), Mlle Bœgner, MM. Bohn, Boiffin, Boltanski, Bordas, Bouillie, Bourdillon,

31. Bourdon, Bourgeois, Brunet (Simon), Mlle Bucsan, MM. Bureau (Robert), Bureau (Yves), Burgeat, Busser, Cahen (Pierre), Cahen (Robert),

41. Callegari, Cardot, Casaubon, Castéran, Champenois, Chaperon, Chêne, Chevereau (André), Chevereau (Jean), Chomereau-Lamotte,

51. Codel, Cohen, Comet, Mlle Corbillon, MM. Coudrain, Cournand, Couturat (Jacques), Crama, Mlle Cros, MM. Dalsace,

61. Darfeuille, David, Debray, Delafontaine, Delage, Delalande, Delarue, Depouilly, Dereux, Dérot,

71. Mlle Desbrousses, MM. Desprairies, Dessaint, Destouches, Diamant-Berger, Digonnet, Dollfus, Dreyfus (Gilbert), Mlle Dreyfus-Sée, MM. Brouineau,

81. Ducuing, Duhail, Faure (Henry), Férey, Filliol, Flandrin, Foulon, Frantz, Fredet, Frémiot,

91. Froyez, Gillot, Galtier, Garnier (Georges), Gautier (Jean), Genin (Jean), Mme Genin (née Kuntz), MM. George (Paul), Gerson, Ghouila-Houri,

101. Giroire, Gomet, Gouvenot, Grandperrin, Grinda. Guérin (Maurice), Guérin (Paul), Guérin (Philippe), Guiberteau, Guillot,

111. Guisoni, Guyonnaud, Harburger, Haye, Mlle Hébert, MM. Héraux, Huard, Hudelo, Ibos, Imbert,

121. Jamet, Jany, Jondeau, Jonesco, Kanouy, Krief, Lacapère, Laënnec, Lafont (Ernest), Lallemand,

131. Lapeyre, Laporte (Antoine), Launay, Le Blay, Leboucher, Lechaux, Lecœur, Lefèvre (P.-M.), Lemaire (André), Lemariey,

141. Lemière, Lenormand, Lerond, Leroy, Levassor, Lévy (Gabriel), Lévy (Jean), Lévy (Robert), Mlle Lévy, M. Lévy (dit Lévy Weissmann),

151. Lichtwitz, Lieutaud, Limouzin-Lamothe, Mlle Linossier, MM. Lonjumeau, Lotte, Louvel (Raymond), Lucq, Magdelaine, Marie,

161. Martiny, Maximin (Maurice), Mayer, Mer, Merklen (Robert), Merle d'Aubigné, Meurisse, Mevel, Michaux, Minot,

171. Mollaret, Moraux, Morlaas, Mornet, Moruzi, Moussoir, Mouton, Nadal, Nativelle, Mlle Odier,

181. MM. Olivier, Oumansky (Victor), Panis, Pannier, Parfonry, Mlle Parmentier, MM. Pascal, Péribère, Petit (Pierre), Peynet,

191. Pichat, Pinoche, Poulain (Maurice), Poulet, Poulin (Auguste), Prévost, Raoul, Mlle Rappoport, MM. Redon, Remy-Néris,

201. Mlle Richard (Germaine), MM. Richard (Jacques), Roëser, Romeyer, Rosier, Rossert, Roullet, Rouquès, Salvan, Sarles,

211. Sauvage, Scemla, Schmite, Séligmann (Emile), Séligman (Pierre), Servel, Stieffel, Suau, Sureau, Suzor,

221. Tambareau, Tariel, Theillier, Thurel, Tiby, Tournilhac, Troncin, de Vadder, Vadon, Véran,

231. Vergez-Honta, Vialard, Vibert, Vincent, Wahl, Waitz, Wallich, Mlle Waynbaum, MM. Weil, Widiez,

241. Willemin (Louis), Mlle Wolff (Madeleine), M. Worms.

— Les concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine issus des concours d'avant-guerre et terminant leur internat le 15 février 1924 auront lieu :

Pour le *concours de médecine* le lundi 21 janvier 1924, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Pour le *concours de chirurgie et d'accouchements*, le jeudi 17 janvier 1924, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 19 novembre au 1er décembre 1923 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé, au plus tard le samedi 1er décembre 1923, à 17 heures, dernier délai.

Avis important : Une affiche ultérieure fera connaître la date à laquelle aura lieu le concours normal réservé aux internes issus du premier concours de 1920 dit « Concours militaire ».

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie*. — Séance du 11 octobre 1923. — Question donnée : « Crosse de l'aorte. »

MM. Rouart, 11 ; Revel-Moreau, 15 ; Tolila, 6 ; Schiever, 18 ; Signeux et Sallet, 15 ; Louvet (Eugène), 11 ; Lereboullet, 18 ; Laflotte, 12 ; Lévy (Emmanuel), 9 ; Lacroix, 8 ; Martin (René), 14 ; Lenègre-Thourin, 13 ; Marty, 15 ; Lebis, 7 ; Lecoconnier, 14 ; Levassor, 11 ; Mantion, 15 ; Lazerme, 12.

Pathologie. — Séance du 12 octobre 1923. — Question donnée : « Signes des anévrismes de la crosse de l'aorte. »

MM. Blin, 14 ; Bichet et Baudet, 12 ; Bouxin, 9 ; Boutot, 15 ; Bonnet (Eugène) et Bonnet (André), 13 ; Ardouin, 16 ; Beaufils, 15 ; Auclair et Barreau, 10 ; Billiard, 14 ; Bézier, 12 1/2 ; Bernard (Edouard), 9 ; Bernard (Paul), 13 ; Arion, 10 ; Aupérin, 11.

Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Luxation antéro-interne de l'épaule. »

MM. Bernard (André), 8 ; Bloch, 12 ; Ashtiany et Bérard, 14 ; Baillet, 15 ; Bardin, 4 ; Aujay, 13 ; Bertrand (Pierre), 17 ; Ballard, 15 ; Aubriet, 16 ; Baussan, 16 1/2 ; Baratoux et Boelle, 13 ; Coquelin et Chabrol (Pierre), 10 ; Gadaud, 12 ; Delmas, 16.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve écrite*. — Séance du 9 octobre. — Question donnée : « Rapport de la trachée. Phénomènes mécaniques de la respiration. »

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert le 10 décembre 1923, à 9 heures, à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU DOCTEUR CH. WALTHER

Jeudi dernier, les élèves et les amis du docteur Ch. Walther se réunissaient à la Pitié pour lui offrir une médaille gravée par Fonfreide, et pour lui exprimer, une fois de plus, ceux-ci leur tendre affection, ceux-là, l'infinie reconnaissance qu'ils gardent à leur *bon patron*.

Qui pouvait être plus digne de ces hommages ? La Nature ne s'est-elle pas plu à combler celui qui devait être l'un des plus grands parmi les chirurgiens contemporains ? Elle lui a donné l'habileté technique, faite de hardiesse prudente et de fougue disciplinée qui, de bonne heure, lui a procuré une renommée mondiale. Elle lui a donné le courage. Pendant la guerre de 1914-1918, quand il était las d'avoir opéré, au Val-de-Grâce et à la Pitié, il partait pour le front et allait, casque en tête et pipe aux lèvres, visiter les postes de première ligne. Elle lui a donné, comme à Ricard, cette légendaire aménité qu'apprécient tant ses subordonnés : jamais, de toute sa longue carrière, il n'a eu, pour l'un d'eux, le moindre mot de reproche ; jamais, pendant une intervention délicate, il ne leur a témoigné la plus légère impatience. Elle lui a donné cette finesse qui fait, de cet opérateur merveilleusement doué, un grand médecin. Ils le savent bien, ceux qui, à la Pitié ou à la Charité, ont pu, au cours d'une conversation entre Baumgartner et lui, assister à leurs assauts d'esprit et savourer leurs dialogues de silence ! Elle lui a donné les qualités de chef d'Ecole. A d'autres, ces leçons solennelles, dont il ne reste rien, qu'une saturation d'ennui ! M. Ch. Walther, lui, est partisan de la leçon par l'exemple et de l'*enseignement chuchoté*. Pour démontrer, si besoin en était, l'excellence de la méthode, reproduisons sa « statistique » : parmi ses élèves, 19 sont aujourd'hui chirurgiens des hôpitaux, 4, dont l'actuel Doyen, professeurs à la Faculté, 5, professeurs en province, 9, médecins des hôpitaux de Paris, sans parler de tant d'anciens internes qui, répandus par toute la France, y sont, à leur tour, des modèles de conscience chirurgicale et d'honneur professionnel ! Il possède au plus haut point, enfin, le don mystérieux d'attirer les âmes. De quelles amitiés ne peut-il pas s'énorgueillir ! Béclère, qu'il a rencontré sur les bancs d'un collège dont les noms successifs ont reflété nos vicissitudes politiques, Netter, qu'il a connu au début de sa médecine, et déjà célèbre par son érudition, Siredey, P. Marie, Chauffard, de Lapersonne !

C'est ce qu'en termes heureux, expliquent les divers orateurs : Schwartz, son ancien chef de conférence, à peine plus jeune alors qu'aujourd'hui ; Wilhems, chirurgien belge réputé, qui, avant la guerre, demandait, dans nos Congrès, à n'être pas traité en étranger ; Bompard, président de la Commission de surveillance ; le professeur Forgues (de Montpellier) ; Témoin (de Bourges) ; Strauss ; Arrou, à la langue d'or, comme disait Trélat, auquel revient l'honneur de porter la parole au nom des anciens élèves, et, surtout, Béclère et Siredey. Habile physicien, le premier n'ignore rien du pouvoir des pointes. Il sait les médecins sensibles au rayonnement qui émane des choses de l'esprit. De l'esprit ? Il leur en fait large mesure. Que d'humour dans ses paroles ! Que d'à propos dans ses moindres hésitations ! Dans toute son allocution, quel jaillissement ininterrompu d'étincelles ! Cordial et touchant, le second n'est pas moins applaudi. Comme Béclère et Netter, il pratique Walther depuis plus d'un demi-siècle. Comme eux, il l'a, dès le premier moment, aimé parce que c'était *luy*. Avec le temps, leur amitié est devenue plus fraternelle. Les années n'ont pu que la resserrer. Au début, elle n'était que sentiment. Il s'y joint, maintenant, de la reconnaissance. Siredey n'est-il pas, depuis cinq générations, le médecin des Walther ? Dans la famille de Siredey, Walther n'a-t-il point réussi, par un de ces miracles opératoires dont il est coutumier, à prolonger au delà de toute espérance une existence chère entre toutes, et reculer, de dix-huit ans, la catastrophe qui semblait imminente ?

Le héros de la cérémonie se lève, très ému. Modeste, il se dénie tout mérite. Il a eu la chance d'avoir de la chance. La fortune lui a souri. Mais comment n'eût-elle pas souri à celui dont Béclère a pu dire : « En tenue de ville ou en blouse d'hôpital, et sans robe rouge, c'est un Maître, un très grand Maître ! »

L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS

INFIRMIÈRE S. B. M. demande situation Paris, 5 à 7 h. par jour ou quelques jours par semaine, dispensaire chirurgical ou antituberculeux ou organisation quelconque ayant le caractère d'une œuvre populaire. Références. — Ecrire Mme R. S. aux bureaux du Journal.

XXXIIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 8-13 octobre 1923* (1)]

Discussion de la première question.

M. Moure (de Paris) fait des transfusions depuis 1910. Il a d'abord pratiqué la méthode directe artérioveineuse avec la canule d'Elsberg et les tubes de Tuffier-Carrel. Puis il a adopté la technique de Jeanbrau et depuis peu il transfuse du sang stabilisé par les arsenobenzènes. Son expérience porte sur 35 cas personnels, 57 cas de Flandin et 20 de Baranger. Et il apporte les impressions que lui ont laissées ces 92 cas. La transfusion dont il apprécie la grande valeur thérapeutique ne lui semble pas aussi anodine qu'on l'a dit. L'épreuve des groupes est un peu théorique et se montre parfois infidèle. Dans un cas d'anémie aiguë par hématémèses, par deux fois il a vu une transfusion de 120 centimètres cubes de sang citraté provoquer des phénomènes de shock extrêmement graves et d'autant plus imprévus que les réactions entre le sang du malade et le sang du donneur avaient été nettement favorables. La transfusion exige donc beaucoup de prudence et il n'y faut recourir que lorsque les injections de sérum se sont montrées insuffisantes. Les arsenobenzènes sont des stabilisateurs probablement préférables au citrate de soude, ceux-là étant environ dix fois moins toxiques que celui-ci aux doses où on les emploie.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) estime qu'il faut rendre la transfusion aussi simple et aussi inoffensive que possible pour la faire passer du domaine chirurgical dans celui de la pratique courante. On diminuera les risques du shock en diluant le sang dans une grande quantité de sérum glucosé à 47 p. 1.000. Il n'est nullement nécessaire d'injecter de grandes quantités de sang; la dose de 200 à 300 grammes suffit dans tous les cas. Le sérum glucosé retarde la coagulation si bien qu'avec cette technique on peut notablement diminuer la quantité de citrate employé et même se passer de citrate quand la transfusion est assez rapide. Le procédé de l'auteur consiste donc à injecter le sérum glucosé avec une ampoule à large goulot, puis à faire couler le sang du donneur dans l'ampoule de sérum pendant que s'opère normalement l'injection intraveineuse. D'autre part, dans deux cas d'hémorragies l'auteur a pu, avec d'excellents effets hémostatiques, injecter du sérum glucosé qui contenait seulement le sérum du donneur; le sang s'était coagulé et fut filtré sur cinq épaisseurs de gaze.

M. Jayle (de Paris) trouve M. Pauchet un peu trop systématique dans les idées qu'il exprime sur la transfusion en général et particulièrement sur l'avenir de cette méthode et croit plutôt, avec M. Emile Weil, que la transfusion n'est pas une opération destinée à tomber dans la pratique médicale courante. D'ailleurs, en trente années de pratique, l'auteur n'a pas rencontré tellement de cas justiciables d'une transfusion. Le difficile en matière de thérapeutique est toujours de poser l'indication. En 1892, dans un cas de grossesse extra-utérine rompue, la malade mourante ne fut pas opérée en raison de son état; cependant elle guérit; si la transfusion lui avait été faite, on lui eut certainement attribué la guérison. Sans vouloir méconnaître les indications désormais formelles de la transfusion dans certains cas graves d'hémorragies, il ne faut pas oublier les précieux services que peut rendre l'injection de sérum qui a cet avantage de ne nécessiter aucun examen de laboratoire, aucun outillage spécial et de pouvoir être pratiquée partout, sans retard.

M. Marquis (de Rennes). Les chirurgiens transfuseurs se divisent en deux catégories. Les uns disposent de donneurs professionnels à Wassermann constamment surveillé, à groupe sanguin fréquemment établi; les autres ont recours à des donneurs bénévoles. Les premiers pratiquent la transfusion dans les très nombreux cas où elle trouve son indication; les seconds la réservent habituellement aux cas graves ou d'extrême urgence. Si, avec la grande majorité des chirurgiens français l'auteur ne suit pas l'exemple des chirurgiens américains c'est que le recensement des donneurs professionnels est en France un difficile problème, et que d'autre part l'urgence de certains cas ne permet pas la recherche des agglutinations sanguines.

Dans ces conditions, il a pratiqué onze transfusions, tant pour des hémorragies que pour des shocks. Les résultats immédiats sont impressionnants, on assiste parfois à une véritable résurrection. Les résultats éloignés dépendent de l'état du sujet, les hémorragiques bénéficient plus de la transfusion que les shockés, toutefois parmi ceux-ci il cite deux broiements des membres inférieurs qui semblent avoir été sauvés par la transfusion.

M. Marquis exprime l'espoir que la transfusion se généralisera de plus en plus, qu'on l'emploiera même, puisqu'elle est inoffensive pour le donneur, dans des cas d'apparence désespérés sans crainte de déconsidérer une méthode qui a fait ses preuves, car parfois les résultats qu'elle donne dépassent les espérances.

M. Dehelly (du Havre) n'a eu, dans 80 cas, qu'un accident sérieux. Il pense que le sang artériel est préférable au sang veineux, préfère la transfusion artério-veineuse à la méthode de Jeanbrau et affirme que c'est une opération simple.

M. Guyot (de Bordeaux), qui traite les fractures à consolidation retardée par l'injection de sérum de fracturés récemment consolidés, se propose désormais de remplacer l'injection de sérum par une transfusion de sang total afin d'éviter les accidents sériques toujours possibles.

M. de Fourmestraux (de Chartres) a pratiqué 23 transfusions, 4 transfusions directes, 19 injections de sang citraté suivant la technique de Jeanbrau.

A la difficulté réelle de l'anastomose artério-veineuse directe ou indirecte il faut opposer l'extrême simplicité de la transfusion de sang citraté.

M. de Fourmestraux a utilisé, soit l'appareil de Jeanbrau, soit plus simplement encore la prise et l'injection à la seringue, grosses seringues en verre qui comme tout le matériel opératoire, gants, champs, compresses, auront été stérilisées dans une solution concentrée de citrate de soude.

La quantité de sang injecté ne doit pas en général dépasser 500 centimètres cubes. L'injection doit être faite très lentement, dans un cas où la transfusion avait été très rapide des accidents inquiétants ont été observés, il semble que cette lente pénétration constitue un des avantages de la transfusion indirecte.

Dans les observations envisagées il ne s'agissait que d'accidents aigus posthémorragiques qui semblent devoir constituer l'indication essentielle de cette méthode. A vouloir trop transfuser on risque de discréditer la technique.

L'auteur ne saurait admettre la pratique de l'auto-transfusion (réinjection de sang épanché dans l'abdomen) qui nécessite trop de manipulations pour ne pas être dangereuse et qui ne semble du reste avoir donné de résultats heureux qu'entre les mains des chirurgiens qui ont préconisé cette méthode.

Les rapporteurs résument le débat et répondent à quelques objections.

M. Jeanbrau reconnaît que les tests de classement des groupes sanguins n'ont pas une valeur absolue; cependant ils sont pratiquement suffisants ainsi que le prouvent les statistiques. Il ne faut pas oublier que le régime et certains médicaments modifient le taux des agglutinines. Le rapporteur admet que sa technique est un peu compliquée et qu'on peut lui en préférer d'autres plus simples dont les résultats ne sont pas moins bons.

M. Pauchet continue à penser qu'on peut trouver des donneurs sans grande peine. Le gain pour les uns, un sentiment de générosité pour les autres sont des stimulants qui facilitent le recrutement. Le chirurgien doit charger de la transfusion un de ses aides habituels afin que celui-ci soit

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 81, p. 1297.

rompu à la pratique de l'opération. Ainsi la transfusion se généralisera et rendra tous les services qu'on est en droit d'en attendre chirurgicalement.

DEUXIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

ÉTUDE CRITIQUE DES INTERVENTIONS PRATIQUÉES CONTRE LES PROLAPSUS GÉNITAUX

Cette question a été l'objet de deux rapports.

Résumé du rapport de M. BÉGOUIN (de Bordeaux).

Il convient de distinguer deux variétés de prolapsus.

Il y a **prolapsus complet** quand on note un affaissement global de tout le périnée : chute de l'utérus, de la paroi vaginale antérieure avec cystocèle, de la paroi vaginale postérieure avec ou sans rectocèle.

Il y a **prolapsus partiel** quand l'affaissement est limité à un organe seul et aux parties qui le recouvrent.

Nombreuses sont les interventions proposées pour remédier au *prolapsus complet*.

Les unes n'ont qu'un intérêt historique, l'expérience ayant démontré leur inutilité. C'est le cas de l'*hystérectomie* et de l'*hystéropexie* employées comme moyen unique de traitement.

Les autres méritent davantage de retenir l'attention et parmi elles la *triple opération :* colpopérinéorraphie, colporraphie antérieure et hystéropexie combinée constitue une intervention efficace. Elle répond logiquement aux conditions à remplir pour la cure du prolapsus :

1° Reconstituer le périnée;
2° Rétrécir le vagin;
3° Détruire la continuité des axes du vagin et de l'utérus.

Accessoirement il peut être indiqué d'amputer le col ou de pratiquer un curettage.

La colpopérinéorraphie constitue l'acte essentiel de cette opération et la meilleure technique consiste à réaliser à la façon de Duval et de Proust une myorraphie des releveurs par suture isolée de ces muscles.

La colporraphie antérieure tend à obtenir à la fois le rétrécissement et l'allongement du vagin. L'excision peut être rectangulaire ou elliptique. Toutes les fois où la mise à nu de la portion antérieure des releveurs sera possible, on devra faire précéder la suture des lèvres de la muqueuse, de la suture des releveurs. Cette myorraphie préconisée pour la première fois par Delanglade constitue un véritable progrès.

L'*hystéropexie* à titre d'opération complémentaire est toujours indiquée car, après réduction du prolapsus, l'utérus demeure en rétroversion; position funeste au maintien de la guérison. Le rôle de l'hystéropexie n'est pas de suspendre la matrice mais plutôt d'empêcher que les axes du vagin et de l'utérus ne soient sur le prolongement l'un de l'autre; le col n'a plus tendance alors à écarter les parois vaginales et à s'insinuer entre elles.

L'opération d'Alquié-Alexander convient aux cas où les annexes sont saines; s'il en est autrement la laparotomie exploratrice qui contrôle les lésions annexielles et permet d'y porter remède est toute indiquée. Elle constitue le premier temps d'une ligamentopexie des ligaments ronds à la Doléris ou d'une hystéropexie isthmique par deux crins de Florence perdus.

La mortalité de la *triple opération*, est très faible, à peine de 1 p. 100, et les résultats éloignés sont excellents dans 75 à 80 p. 100 des cas.

Watkins (de Chicago) créa en 1898 une opération nouvelle que modifièrent plus tard Wertheim et Schauta. Là encore la colpopérinéorraphie est l'acte fondamental de l'intervention. L'originalité de la méthode consiste, après colporraphie antérieure à interposer l'utérus basculé en antéversion, entre la vessie et la paroi vaginale; l'hysteropexie complémentaire ordinaire est remplacée par une fixation du fond utérin au ligament sous-pubien.

Ce procédé couramment employé aux Etats-Unis, en Autriche, en Allemagne, et paraît-il en Russie, ne s'est guère acclimaté en France, malgré quelques publications en sa faveur dues à l'Ecole Lyonnaise, au professeur Pollosson en particulier.

Le bilan de cette opération se chiffre par une mortalité de 1 p. 100 avec 93 p. 100 de succès définitifs. Quand la récidive se produit c'est ordinairement par la réapparition de la cystocèle plutôt que par celle du prolapsus utérin. Il est difficile de juger cette méthode, le nombre des cas opérés en France n'étant pas très élevé, mais avec des résultats identiques à la « triple opération » cette dernière mériterait l'avantage en raison de sa plus grande simplicité.

Une autre technique, à certains points de vue plus satisfaisante peut-être que les deux précédentes et dont la vulgarisation en France est due à Savariaud consiste à pratiquer simultanément *une périnéorraphie et une colpectomie totale*. Les résultats sont excellents, et l'on est surpris que cette intervention efficace et bénigne ne se soit pas généralisée davantage.

La raison en est dans ce fait que beaucoup de chirurgiens répugnent à l'idée d'abandonner dans la profondeur du pelvis un utérus désormais sans communication avec l'extérieur. Bien que sénile et atrophié cet organe peut encore se cancériser sans qu'aucun signe clinique ne permette d'intervenir à temps. De plus, cette opération a le défaut de supprimer définitivement toute vie génitale; elle ne peut s'adresser par conséquent qu'aux femmes âgées.

Enfin, à ces différentes opérations toutes recommandables, toutes efficaces à condition d'être appliquées à bon escient et avec une technique parfaite, on peut ajouter *le cloisonnement élargi du vagin.*

A vrai dire ce n'est là qu'une modification de l'ancienne opération de Le Fort Celui-ci se contentait de pratiquer un avivement très réduit qui constituait en définitive une mince cloison, une simple bride sur laquelle le col utérin restait en équilibre tel le fléau d'une balance sur son couteau. Le coït était encore possible.

Dans la méthode du *cloisonnement élargi* la surface d'avivement doit avoir 7 à 8 centimètres de longueur. Elle ne laisse persister latéralement qu'une bande de muqueuse large à peine de 1 centimètre.

Cette intervention toute aussi efficace et plus bénigne que les précédentes a le tort de supprimer toute possibilité de coït. Elle ne peut donc s'appliquer qu'aux vieilles femmes.

En résumé, si la malade qui présente un prolapsus complet est jeune, il faut savoir choisir entre « la triple opération » et celle de Watkins, Wertheim et Schauta. Chez les sujets ayant renoncé à toute vie génitale, le choix se fera entre la *colpectomie étendue avec périnéorraphie* et le *cloisonnement élargi* du vagin.

Les *prolapsus partiels* sont rares. Leur pathogénie ne dérive plus d'un effondrement général du périnée mais d'une lésion locale limitée dans laquelle la part revenant aux muscles, aux aponévroses et au péritoine est difficile à déterminer.

On les a comparés à des hernies vulgaires et les opérations qu'on leur oppose consistent à réduire l'organe prolabé et à suturer les bords de l'orifice qui lui a livré passage.

Cependant un examen attentif montrera souvent que même chez les vierges les prolapsus partiels s'accompagnent d'une faiblesse du périnée. Il sera sage de pratiquer chez ces malades :

1° Une périnéorraphie;

2° Une intervention qui variera avec chaque forme de prolapsus :

Dans la cystocèle : myorraphie antérieure des releveurs ou interposition utérine.

Dans la hernie pré-utérine : même opération mais après excision du cul-de-sac peritonéal prolabé.

Dans le rectocèle : myorraphie postérieure des releveurs.

Dans la hernie du Douglas : même opération mais avec dissection et excision du cul-de-sac péritonéal abaissé.

Dans la chute isolée de l'utérus qui est le prolapsus des vierges; hystéropexie abdominale isthmique par deux crins de Florence perdus.

Enfin, si les vierges sont de vieilles filles, le cloisonnement élargi du vagin est la méthode de choix.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

XVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[Bordeaux, 27-29 septembre 1923 (1)]

Le Congrès s'est ouvert le 27 septembre sous la présidence de M. le professeur Arnozan, assisté de MM. Sigalas, doyen de la Faculté de médecine; Moussons, Rousseau Saint-Philippe, Fromaget et Duvergey, vice-présidents, et de M. le professeur Cruchet, secrétaire général.

Après un discours de bienvenue, prononcé par M. le professeur Sigalas, M. le président Arnozan, prit la parole et après avoir rappelé le IIe Congrès de médecine tenu, il y a vingt-huit ans, à Bordeaux, il établit un parallèle entre la vieille médecine et la médecine actuelle montrant tout ce que les progrès modernes doivent à la clinique.

Après une courte et fine allocution de M. le Secrétaire général, le Congrès commença ses travaux.

I

SUITES ÉLOIGNÉES DU PALUDISME

A. — GÉNÉRALITÉS ET TRAITEMENT

Rapporteur : M. Le Dantec, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Suites éloignées du paludisme en général. — Quatre types sont à considérer :

Premier type de paludéen : Le rapatrié de Salonique chez lequel l'affection est curable.

Deuxième type : Le fonctionnaire colonial dont l'état doit être très surveillé pour permettre le retour aux colonies.

Troisième type : Le colon qui s'expatrie d'une façon définitive et se trouve constamment dans le pays à paludisme. La quininisation préventive fait des merveilles chez ces sujets.

Quant au quatrième type : L'indigène, il est à diviser en type noir africain, impaludé depuis l'enfance, en type kabyle qui résiste mieux et en type malgache chez lequel s'est opéré une sélection entre la population cotière qui résiste au paludisme et la population du centre qui le contracte bien plus facilement.

Les suites éloignées du paludisme sur l'appareil circulatoire. — On peut observer : l'aortite palustre avec dilatation sus-sigmoïdienne, et aussi des artérites atteignant le système circulatoire périphérique et ayant provoqué parfois des gangrènes.

Suites éloignées du paludisme chez la femme, la mère et l'enfant. — Le paludisme a une influence nuisible sur la fécondation, la grossesse et l'accouchement (on observe souvent un avortement ou un accouchement prématuré).

Les suites de couches sont souvent marquées par des retours de paludisme.

Les enfants nés de mères paludéennes sont chétifs et ont tendance à faire du rachitisme.

Traitement quininique du paludisme. — 1° *Quininisation préventive.* — Elle consiste à prendre quotidiennement 0gr20 à 0gr30 de sulfate ou de chlorhydrate de quinine. C'est une excellente méthode, à condition d'employer un sel basique, en comprimés facilement solubles daus l'eau bouillante et faciles à broyer.

2° *Quininisation curative.* — S'il y a de l'embarras gastrique, la voie de choix est la voie intramusculaire. On injecte deux ou trois fois par jour 2 à 3 centimètres cubes de la solution :

Formiate basique de quinine	1 gr.
Glucose	1 gr.
Eau	10 cc.

et pendant ce temps, préparer la voie gastrique.

Quand elle est libre, on prescrit quatre cachets de 0gr25 de sulfate basique à prendre quotidiennement pendant cinq jours, puis trois cachets pendant cinq jours, deux cachets pendant dix jours et un cachet pendant un mois.

Il est bon de donner en même temps un verre de limonade citrique qui facilite la dissolution, ainsi que d'associer cette médication à l'arrhénal. Ce traitement donne toute satisfaction.

B. — LÉSIONS VISCÉRALES ET GLANDULAIRES

Rapporteur : M. le docteur Marcel Leger, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales.

Bien que le paludisme soit une maladie générale, certains organes semblent attirer, de façon élective, les hématozoaires — comme le foie, la rate, le cerveau.

Le Plasmodium præcox semble se localiser au cerveau, le Plasmodium vivax à la rate, et le Plasmodium malariæ ne paraît pas avoir un organe de prédilection.

Dans ces organes, les hématozoaires peuvent provoquer des troubles durables, des lésions matérielles.

Le foie est très fréquemment touché. Il est le siège d'abord de congestion, puis de troubles fonctionnels portant surtout sur la fonction *uréogénique*, puis sur la fonction biliaire, la fonction glycogénique étant respectée. Enfin, surviennent des types divers de *cirrhose*, atrophique ou hypertrophique s'accompagnant parfois de dégénérescence graisseuse ou de dégénérescence amyloïde. Il convient, enfin, de citer la lithiase biliaire comme suite éloignée du paludisme

Mais, la rate paraît être l'habitat de prédilection de l'hématozoaire où il se multiplie de façon intensive et où il peut vivre aussi d'une vie ralentie, alors que les examens de sang restent négatifs.

Au moment des crises aiguës, la rate devient leur lieu de destruction principal et elle réagit fortement par une véritable apoplexie locale.

Dans le paludisme chronique l'organe se sclérose, devient friable et peut se rupturer facilement, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme minime. Les fonctions hématopoiétiques et hématolytiques sont troublées.

Le paludisme peut se trouver *parfois* à l'origine des anémies cryptogénétiques, de l'anémie pernicieuse progressive, de la maladie de Banti, de la leucémie myéloïde (Sabrazès), de la leucémie lymphatique.

Au niveau des poumons, on peut observer des pneumonies chroniques scléreuses. C'est le pneumo-paludisme.

Au niveau des reins des néphrites chroniques avec lésions de sclérose diffuse.

Parmi les glandes endocrines, le corps thyroïde peut être touché et donner lieu à l'infantilisme palustre; l'hypophyse (acromégalie) ; les capsules surrénales peuvent être le siège d'embolies parasitaires et sont parfois profondément touchées, avec suppression des fonctions antitoxique et angiotonique. On les trouve alors complètement atrophiées à l'autopsie.

C. — LES SUITES ÉLOIGNÉES DU PALUDISME AU POINT DE VUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Rapporteur : M. le docteur Hesnard, professeur à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

Suites d'ordre neurologique — On peut rencontrer de petits signes *méningés*. Parmi les *syndromes encéphaliques*, on peut rencontrer l'hémiplégie ou l'aphasie La question est plus incertaine pour l'épilepsie et la tétanie paludéennes. A signaler encore : les syndromes bulbo-ponto-cérébelleux, les syndromes cérébraux monoplégiques, la pseudo-sclérose en plaques palustre et la pseudo-paralysie générale palustre.

Parmi les syndromes médullaires et radiculaires : la myélite palustre, certains cas de poliomyélite antérieure et enfin, des douleurs tenaces à type radiculaire.

Les syndromes névrétiques sont les plus fréquents. On observe des polynévrites, des névrites isolées, des névralgies rebelles.

Enfin, parmi les syndromes neurovégétatifs, des troubles associés neurovégétatif et endocrinien, des désordres vasomoteurs, des manifestations de vago ou de sympathicotonie.

Suites d'ordre psychiatrique. — Il faut tenir compte de la prédisposition héréditaire et constitutionnelle.

---

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* —

Trois ordres de faits :

a. Complications mentales tardives du paludisme. Parmi les syndromes psychopathiques à intermittence persistante, il convient de signaler les épisodes confuso-oniriques palustres à répétition, catégorie bien étudiée par Régis et ses élèves, et enfin les crises neuropsychopathiques polymorphes.

Quant aux syndromes psychopathiques palustres prolongés, ils peuvent se diviser en : Psychonévroses post-paludéennes rebelles, en dépressions psychopathiques palustres durables, en syndromes post-oniriques prolongés et en états confusionnels prolongés et chroniques, tels que la psycho-polynévrite palustre et la pseudo-paralysie générale palustre.

b. Séquelles mentales du paludisme. Tous les intermédiaires entre les états décrits plus haut et la démence palustre. Il peut y avoir des arrêts de développement psychique qui va de la débilité mentale à l'imbécillité.

c. Relations du paludisme avec les psychoses constitutionnelles. La manie, la mélancolie, la folie intermittente, peuvent être fortement influencées par le paludisme, déclanchées ou précipitées par lui chez des sujets prédisposés constitutionnellement.

Discussion des rapports.

M. Sabrazès (de Bordeaux) cite certains nombres de faits de séquelles paludéennes à longue échéance (douze ans).

Premier malade : démence progressive.

Deuxième malade : tremblement, bradygraphie.

Troisième malade : insuffisance rénale, azotémie.

M. Porot (d'Alger), se plaçant au point de vue neuro-psychiatrique, donne quelques considérations générales sur des études faites dans l'Afrique du Nord :

1° On ne peut pas mettre sur le même pied les séquelles viscérales et nerveuses (réaction différente) ;

2° Les réactions méningées sont à l'origine des séquelles radiculo-médullaires ;

3° Il y a *opposition* entre la *rareté* des séquelles neuro-psychiatriques chez l'adulte et leur *fréquence chez l'enfant* (hérédodystrophie, épilepsie paludéenne).

M. Claude (de Paris) étudie les troubles mentaux paludéens au point de vue médico-légal.

On ne trouve pas de troubles mentaux se prolongeant d'une façon nette dus au paludisme seul. Il s'agit le plus souvent d'individus tarés antérieurement. Il faut en tenir compte pour apprécier la responsabilité au point de vue médico-légal.

M. Garin (de Lyon), sur 392 cas observés de paludéens rapatriés de l'armée d'Orient et n'ayant plus d'hématozoaires dans le sang, a trouvé :

23 fois, amibes.

58 fois, manifestations dysentériques.

Sur les 311 fois qui restent, 32 fois hypertrophie splénique, 25 lithiases biliaires, 9 névrites, et des phénomènes fébriles qui ne sont pas des accès paludéens.

M. Vaudremer (de Paris). Il y a des paludéens qui ne guérissent jamais.

M. Roger (de Marseille). Etude faite sur 100 malades. Cite plusieurs sciatiques consécutives à injection malencontreuse de quinine dans la fesse. On observe, tantôt un syndrome algo-paralytique sciatique (destruction ou irritation), tantôt un syndrome paralytique pelvi-trochantérien.

M. Le Dantec (de Bordeaux). Ces faits ne peuvent être dus qu'à une solution trop acide ou à la maladresse de l'opérateur.

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux), sur 500 malades vus à l'hôpital Saint-Nicolas, n'a pas vu de névrites paludéennes, a vu des troubles mentaux du type confusionnel.

M. F. Bezançon (de Paris), pour éclairer la pathogénie des accès de fièvre sans hématozoaires dans le sang, propose d'étudier la formule sanguine. Ces accès ne se rapprochent-ils pas d'accès du même genre observés dans la tuberculose, par exemple en dehors de toute poussée évolutive.

Communications sur le paludisme.

Paludisme et diabète grave. — MM. G. Etienne et J. Bénech (de Nancy). Il semble que le paludisme provoque une diminution des fonctions des surrénales et du pancréas.

Labyrinthite et polynévrite paludéennes. — M. Portmann (de Bordeaux) cite un cas de surdité par lésion de l'appareil de réception à la suite d'une bilieuse hémoglobinurique.

Le traitement du paludisme par l'iode. — M. Boudreau (de Bordeaux) pense que l'iode à doses fortes arriverait à remplacer complètement la quinine.

— M. Le Dantec. La quinine reste la seule thérapeutique du paludisme.

Troubles gastro-hépatiques consécutifs au paludisme. — M. de Luna pense que l'alcoolisme et d'autres intoxications devaient avoir une part dans la pathogénie de ces troubles.

Paludisme autochtone. — M. Dupérié (de Bordeaux) cite 6 cas de paludisme autochtone survenus depuis 1920 chez des enfants, dans la région bordelaise.

Communications sur les maladies du sang, du cœur et des vaisseaux, du foie et des reins.

M. J. Teissier (de Lyon). Rôle de l'ammoniémie dans la pathogénie des phénomènes dits urémiques.

MM. D. Olmer, L. Payan et J. Berthier (de Marseille). La potasse du sang à l'état normal et au cours des néphrites.

MM. Mauriac, Piéchaud et Aubertin (de Bordeaux). Recherches sur la peptonémie et la peptonurie.

M. Barlocco (de Gênes). La classification des maladies rénales au point de vue clinique.

MM. Ducamp, Mans et Raux (de Montpellier). Contribution à l'étude du sang dans les cirrhoses de Laënnec.

M. Barlocco (de Gênes). Recherches sur la biligénèse.

M. R. Feissly (de Lausanne). Effets de la transfusion sanguine chez les hémophiles constitutionnels.

M. Oddo (de Marseille). Le cœur des basedowiennes.

M. Camille Lian (de Paris). Le traitement des arythmies par le sulfate de quinine.

M. Moulinier (de Bordeaux). Médiastinite chronique; myocardite consécutive, séquelles d'hépatite dysentérique.

MM. Ducamp, Gueit et Pagès (de Montpellier) présentent un cas de pancardite avec lésion du faisceau de His.

M. Marty (de Bordeaux) présente une étude sur l'hémo-agglutinimo-réaction.

II

THÉRAPEUTIQUE DES INFECTIONS MÉNINGOCOCCIQUES

A. — SÉROTHÉRAPIE

Rapporteur : M. le professeur Dopter, membre de l'Académie de médecine.

Principes généraux de la sérothérapie. — *a.* Choix du sérum a employer. — Avant la réponse du laboratoire, employer du sérum polyvalent. Lorsque le germe est connu, employer le sérum spécifique correspondant au méningocoque A, B ou C en cause.

b. Voies d'introduction. — Le sérum doit être porté au niveau des lésions où siège le méningocoque. Donc suivant localisation : voie rachidienne, épendymo-ventriculaire, sous-cutanée, intraveineuse, intraoculaire, intraarticulaire, intrapleurale.

Application au traitement des lésions méningées. — L'injection doit être précoce, on doit toujours injecter des doses élevées même chez l'enfant chez lequel on peut atteindre 30 centimètres cubes. Ces injections doivent être répétées plusieurs jours de suite pour pouvoir obtenir la guéri-

son. Il est, de plus, nécessaire d'associer à la sérothérapie rachidienne la sérothérapie générale (sous-cutanée ou intraveineuse) car il y a le plus souvent septicémie méningococcique.

La conduite à tenir en présence d'une méningite classique sera la suivante :

Première intervention : Faire injection de sérum trivalent, prélever du liquide céphalo-rachidien pour examen direct et culture et faire sérothérapie générale, et il va falloir suivre le malade l'aiguille à ponction lombaire à la main et l'œil sur le microscope. Lorsque le germe est identifié, injecter sérum correspondant.

Si au bout de quelques jours le malade paraît guéri, il faut surveiller les signes cliniques et le liquide céphalo-rachidien.

Si menace de rechute, reprise de la sérothérapie. Si la guérison se fait attendre continuer la sérothérapie. Mais il faut se méfier de la méningite sérique dont on est averti par les signes cliniqnes et l'aspect du liquide. Dans ce cas, cesser la sérothérapie et multiplier les ponctions lombaires pour évacuer le liquide.

S'il y a coexistence de méningite sérique et de méningite à méningocoques, *suspendre* la sérothérapie rachidienne.

Si un état septicémique survit à la méningite faire la sérothérapie générale seule, en surveillant étroitement les méninges.

En somme, la sérothérapie est plus délicate à manier qu'on serait tenté de le croire, et elle doit se baser sur une surveillance très attentive du malade.

Les résultats sont excellents, et si les statistiques sont parfois discordantes c'est que le méningocoque B est de beaucoup le plus virulent et que le sérum qui lui correspond se montre donc moins efficace que les sérums anti A et anti C. Cependant, même en ce qui concerne le sérum anti B la mortalité est tombée de 100 p. 100 à 27 p. 100.

Les causes d'insuccès sont de plusieurs sortes. Elles sont inhérentes, soit au *germe* qui est plus ou moins virulent, peut voir son pouvoir pathogène renforcé par des associations microbiennes (diplococcus crassus); soit au *malade* (âge, tares antérieures), soit à une *technique défectueuse*, ou enfin aux *dispositions anatomiques des lésions*.

En effet, les lésions peuvent être difficilement accessibles, il peut y avoir de l'encéphalite suppurée, de l'encéphalite hémorragique, du cloisonnement des espaces sous-arachnoïdiens et enfin de l'évolution simultanée de la sous-arachnoïdite et de l'épendymite (la méningo-épendymite pouvant elle-même être libre ou cloisonnée).

Dans le cas de *sous-arachnoïdite cloisonnée*, si le cloisonnement est rachidien, on fait des injections hautes, cervicales ou dorsales ; si le cloisonnement est basilaire, on peut faire à la manière de Bériel, la ponction et l'injection sphénoïdales ou l'injection entre l'atlas et l'axis comme les Américains le proposent. Si les cloisonnements sont multiples, 6 cas, recourir à la bactériothérapie.

Dans le cas de *méningo-épendymite*, le sérum sera porté au niveau des lésions en faisant en même temps qu'une injection rachidienne une trépano-ponction bilatérale et une injection dans chacun des ventricules latéraux.

[On sera averti de l'épendymite par la persistance des symptômes malgré un traitement bien conduit, sans amélioration du liquide céphalo-rachidien.] (1).

Application de la sérothérapie au traitement de la septicémie méningococcique et des localisations extra-méningées. — Contre la septicémie méningococcique, on luttera par la sérothérapie générale (voies sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse, cette dernière si les accidents sont menaçants et s'il faut agir vite. Pour les diverses localisations : les arthrites et les localisations oculaires sont justiciables de la sérothérapie locale.

Les localisation pulmonaires et testiculaires guérissent par la sérothérapie intraveineuse.

(1) Nous rappelons que J.-A. Sicard a proposé, dans la *Gazette des hôpitaux* des 25-27 septembre 1923, n° 77, p. 1233, une méthode de ponction de la base cranienne trans-cérébro-frontale pour le traitement de la méningite cérébro-spinale bloquée. (*N. D. L. R.*)

B. — LES MOYENS ADJUVANTS DE LA SÉROTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE L'INFECTION MÉNINGOCOCCIQUE

Rapporteur : L. BOIDIN, médecin des hôpitaux de Paris.

Ce sont : La bactériothérapie, la pyothérapie, la protéinothérapie et les métaux colloïdaux.

Bactériothérapie. — M. Boidin cite là de nombreuses observations qui montrent l'efficacité des vaccins spécifiques, surtout des autovaccins.

Ces vaccins étant très peu toxiques, il y a intérêt à employer des doses assez fortes : un milliard comme dose initiale et atteindre, en tenant compte des réactions, 4 et même 6 milliards de germes.

Comment agit la bactériothérapie? Dans le sang de sujets vaccinés préventivement ou infectés par le méningocoque et traités par le vaccin, il se développe des anticorps. Ces anticorps peuvent passer en faible proportion au travers des méninges *enflammées* ; et leur quantité dans le liquide céphalo-rachidien s'accroît par l'injection rachidienne de vaccins.

Pyothérapie. — *a.* Soit la pyothérapie aseptique active (abcès de fixation) qui, bien que la façon d'agir soit complexe et mal connue est un adjuvant excellent.

b. Soit la pyothérapie aseptique par injection de pus térébenthiné, mais on ne sait pas encore si cette dernière a la même valeur que l'abcès de fixation, malgré quelques succès déjà obtenus.

Protéinothérapie. — Parfois l'infection méningococcique a pu être franchement améliorée par un choc, produit par l'introduction dans l'organisme d'une albumine étrangère : choc sérique et choc anaphylactique, injections intraveineuses de peptone, injections de lait, isohémothérapie ou petite transfusion de sang citraté. Le mécanisme d'action en est très complexe et encore à l'étude.

Parmi ces procédés, c'est aux injections de lait que doivent aller les faveurs, les chocs sériques étant trop violents.

Métaux colloïdaux. — Ne paraissent pas avoir de grands effets curateurs. On a employé : la voie rachidienne, les voies sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse.

Indications des médications adjuvantes dans les différentes formes cliniques de l'infection méningococcique. — Dans la méningite cérébro-spinale, l'abcès de fixation a fait ses preuves, il y a lieu d'employer aussi, la bactériothérapie qui complète l'action de la sérothérapie.

Dans les septicémies méningococciques, bactériothérapie sous-cutanée ou intraveineuse et abcès de fixation.

C'est dans ce cas que l'injection de pus térébenthiné et l'injection intramusculaire de lait paraissent intéressantes.

Discussion des rapports.

M. NETTER (de Paris) insiste sur plusieurs points. A savoir :

a. Utilité, dans la thérapeutique initiale, d'un sérum polyvalent.

b. Association de la voie intramusculaire (qu'il pratique systématiquement depuis 1918, dans la masse musculaire sacro-lombaire).

c. Utilité d'associer, lors de la première injection, le sérum antipneumococcique à petites doses.

d. Utilité de certaines méthodes adjuvantes telles que l'abcès de fixation et l'injection de pus térébenthiné qui peut rendre grand service chez le nourrisson.

M. ROGER (de Marseille). Contribution à l'étude de la trépanoponction dans certaines formes prolongées (même dans certains cas où la ponction ventriculaire ne donne pas de pus).

M. JOLTRAIN, au cours d'une épidémie de méningite cérébro-spinale en 1915 dans une ambulance, a observé un cas, à méningo A, qui a résisté à l'injection de 800 centimètres cubes de sérum anti A ; une ponction ventricuialre amena la guérison.

M. F. BEZANÇON (de Paris) rapporte une observation de méningite cérébro-spinale à forme tout à fait complexe et curieuse au cours de laquelle il fut fait un emploi combiné de toutes les méthodes.

Il insiste sur la difficulté parfois très grande de la thérapeutique de la méningite cérébro-spinale.

M. HANNS (de Strasbourg) se demande si, pour simplifier la technique, il n'y aurait pas intérêt à employer un sérum concentré.

Communications.

Remarques sur les septicémies et méningites à diplococcus crassus. — M. DE LÉOBARDY (de Limoges) a observé, depuis deux ans, 3 cas :

Germes extracellulaires, Gram positif, très vivace, inaglutinnabilité absolue. Incurabilité par les sérums antiméningo.

Il se demande si, dans bien des cas où le sérum fait faillite, on ne se trouve pas en présence de ce germe.

— M. DOPTER. Le diplococcus crassus est à séparer complètement de la classe des méningocoques.

Traitement de la méningite à méningocoque chez le nourrisson. — M. LESNÉ (de Paris). La gravité est d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune. Le nourrisson fait toujours de l'épendymite, d'où la nécessité de la ponction ventriculaire bilatérale le premier jour.

M. BOISSERIE-LACROIX (de Bordeaux) insiste sur l'importance de la ponction ventriculaire précoce dans le diagnostic et le traitement des méningites du nourrisson.

Effet des injections de lait sur un cas de méningococcie traité sans succès par la sérothérapie. — MM. THÉVENARD et WOLFF (de Paris).

Les troubles digestifs de nature émotive. — M. Maurice DE FLEURY. Certaines crises périodiques d'entérite mucomembraneuse ne seraient qu'événements secondaires au cours de la psychose émotive.

Communications sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire.

Les connaissances nouvellement acquises sur la tuberculose et leur influence sur la compréhension de la pathologie et de la thérapie des maladies tuberculeuses. — M. MARAGLIANO (de Gênes) arrive à des conclusions très intéressantes sur la production d'anticorps, d'antitoxines qui peuvent créer l'immunité chez l'homme, et d'importantes déductions thérapeutiques en découlent.

La vaccination préventive de l'homme contre les maladies tuberculeuses. — M. MARAGLIANO (de Gênes).

Sur les résultats éloignés du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — M. BURNAND (de Leysin).

— M DIEUDONNÉ (de Cambo). En pratique, il faut agir en matière de prophylaxie tuberculeuse comme si les examens d'expectoration étaient positifs.

1. Photothérapie et asthénie ; 2. Conditions d'établissement d'un stéthoscope étalon. — M. FROSSARD (de Paris).

Vaccinothérapie antituberculeuse. — M. DUQUAIRE (de Lyon).

Traitement spécifique de la tuberculose rénale. — M. J. TEISSIER (de Lyon) rapporte deux cas de tuberculose rénale double traités et guéris par le sérum bactériolytique de Maragliano. La guérison est maintenue depuis quinze ans. Le pouvoir agglutinant du sérum s'était montré proportionnellement augmenté.

1. Neutralisation de la tuberculine et bactériothérapie dans la tuberculose pulmonaire grave; 2. Le bacille de la tuberculose (étudié au point de vue de sa morphologie). — M. VAUDREMER (de Paris).

Antigènes et anticorps tuberculeux introduits par voie gastrique. — M. MENNITI (de Gênes).

Sur un nouvel antigène tuberculeux total. Méthode diagnostique nouvelle des maladies tuberculeuses. — M. SIVORI (de Gênes).

Vaccinations et vaccinothérapie de la tuberculose. — M. RAPPIN (de Nantes). Il s'agit de vaccin préventif obtenu chez le cobaye, et qui au point de vue curatif présente de réels avantages chez certains tuberculeux apyritiques.

Technique du pneumothorax, utilité de l'inscription de la courbe d'insufflation. — MM. LEURET et DELMAS (de Bordeaux) apportent un ensemble de faits qui donnent désormais aux praticiens des précisions toutes particulières en ce qui concerne le pneumothorax.

La connaissance de la pression efficace (enregistrée par le manomètre compensateur de Marey), jointe à celle des courbes d'insufflation vont permettre de déterminer 3 facteurs utiles :

a. La pression vraiment active sur le poumon ;

b. La nature anatomique de la cavité pleurale dont va dépendre la répartition variable des effets du facteur pression;

c. L'élasticité et la compressibilité du poumon.

— M. DIEUDONNÉ. Le terme de pression efficace peut prêter à confusion et signifier efficace au point de vue thérapeutique.

— M. DELMAS. C'est la pression efficace au point de vue dynamique.

Variétés des aspects radiologiques succédant au pneumothorax artificiel. — MM. LEURET et AUMONT (de Bordeaux).

La thérapeutique iodée intensive contre la tuberculose. — M. BOUDREAU (de Bordeaux).

— M. BURNAND (de Leysin) : chez les tuberculeux fibrobacillaires, les résultats sont mauvais; chez les tuberculeux chroniques, l'effet désintoxiquant général est favorable mais cette indication est limitée. M. Boudreau semble donc trop optimiste.

— M. F. BEZANÇON (de Paris). L'action hyperleucocytaire connue de l'iode rendait logique l'essai dans la tuberculose.

Expériences sur le cobaye avec de Jong. Iodure de potassium mal toléré, iode bien tolérée même à fortes doses, mais n'a jamais amené de modification dans l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. Chez l'homme pas de résultats, il y a eu des hémoptysies et des troubles digestifs.

L'augmentation des leucocytes des crachats est un bon signe de guérison. — M. CORNET (de Pau).

L'iodothérapie amène des désastres. — M. DIEUDONNÉ.

Traitement de la prétuberculose et des maladies des voies respiratoires par la gymnastique analytique. — M. TISSIÉ (de Pau).

Bacillose ganglionnaire normale. Prétuberculose. Lutte préventive. — M. JACQUEROD (de Leysin).

Les emphysèmes pulmonaires. Essais de classification. Rapports cliniques avec l'asthme. — M. CREYX (de Bordeaux).

Variations des signes physiques de la base chez les anciens pleurétiques. — M. MORRISSET (de Lyon).

III

LE SYMPATHIQUE ET LES GLANDES ENDOCRINES

A. — CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES SUR LES RAPPORTS FONCTIONNELS DU SYMPATHIQUE ET DES GLANDES ENDOCRINES

Rapporteur : M. V. PACHON, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

La question va être étudiée uniquement au point de vue physiologique.

En premier lieu, il existe un automatisme de l'activité cellulaire et une régulation autonome fondamentale de la vie organique connues depuis longtemps, et cette régulation autonome assure la continuité du fonctionnement organique.

Il y a en outre une hétéro-régulation de la vie organique dont le mécanisme est double : nerveux et humoral, et qui assure non plus la continuité de la vie, mais le rythme de la vie.

Après des remarques très intéressantes sur diverses données doctrinales telle que le rôle de la choline comme substance active des glandes endocrines, le professeur Pachon passe à

« l'étude spéciale des rapports fonctionnels proprement dits, directs et constants; interférentiels et éventuels du sympathique et des glandes surrénales ».

Le point de départ est l'expérience de la piqûre diabétique de Claude Bernard.

La piqûre qui agit par excitation du splanchnique produit-elle la glycosécrétion par l'intermédiaire d'un mécanisme humoral : la sécrétion d'adrénaline (car on sait que le splanchnique est adrénalino-sécrétoire)?

Le professeur Pachon répond : *Non.* Le système nerveux sympathique glyco-sécrétoire est autonome, mais il peut y avoir concomitance de deux actions et leur mise en jeu synergique, parallèle à deux mécanismes : mécanisme nerveux et mécanisme humoral.

En outre de la fonction glyco-sécrétoire, il faut étudier les réactions vasomotrices et le rôle du sympathique et des surrénales dans le maintien du tonns artériel. Là encore, la même question se pose : Y a-t-il « attelage en flèche » ou « attelage à deux »?

Après une étude extrêmement serrée, le professeur Pachon répond : « Il y a autonomie du système nerveux sympathique dans la manifestation de ses réactions fonctionnelles vasomotrices. »

Quant à l'action, possible par l'intermédiaire de l'adrénaline, intervenant pour maintenir le tonus artériel, et se maintenant sur un terrain strictement physiologique, l'existence d'une adrénalinémie physiologique n'est pas démontrée.

Conclusion. — Dans l'état actuel de nos connaissances, il y a indépendance et autonomie fonctionnelle entre le système sympathique et les surrénales Ces deux mécanismes interviennent pour régler et coordonner la vie organique par des actions interférentielles.

B. — RAPPORTS DU SYMPATHIQUE ET DES GLANDES ENDOCRINES EN PATHOLOGIE

Rapporteurs : MM. Maurice Perrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, et Hanns, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Après avoir passé en revue les syndromes se rapportant à des troubles endocriniens et sympathiques : syndromes dysendocriniens, maladies du système nerveux, dermatoses et troubles trophiques cutanés, syndromes colloïdaux clasiques, maladies infectieuses, etc., les rapporteurs arrivent aux conclusions suivantes :

Les rapports entre le sympathique et les glandes endocrines en pathologie ne se présentent pas toujours de la même façon, et parmi les affections endocriniennes il faudra distinguer :

a. Les affections endocriniennes à symptomatologie sympathique, telles que : maladie de Basedow, myxœdème, tétanie, maladie d'Addison, etc.

b. Les affections où le sympathique joue un rôle adjuvant dans la genèse des troubles morbides, telles que les dermatoses dystrophiques.

c. Les affections où le sympathique ne fait que modifier le terrain, telles les névroses, les psychoses et les divers syndromes d'origine anaphylactique (asthme, urticaire, etc.).

Discussion des rapports.

MM. Tournade et Chabrol (d'Alger). M. Tournade expose l'expérience de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire qui démontrerait l'existence de l'adrénalinémie physiologique.

Il arrive aux conclusions suivantes :

a. Le nerf splanchnique est doublement hypertenseur (mécanisme nerveux et hormonique).

b. Il est doublement hyperglycémiant (mécanisme nerveux et hormonique).

M. F. Widal (de Paris) remercie MM. les physiologistes de leurs remarquables travaux.

Au point de vue physiologiqne pur, le problème posé a fait un grand pas, mais est encore à l'étude. Devons-nous attendre sa solution pour l'utiliser en thérapeutique?

La clinique nous fournit des présomptions dont nous devons tenir grand compte en attendant des conclusions plus précises fournies par la physiologie.

a. Applications thérapeutiques : effets merveilleux de l'opothérapie.

b. Les applications cliniques : nécessité absolue d'explorer le sympathique si l'on découvre un trouble endocrinien, et vice-versa.

M. H. Claude (de Paris) insiste sur l'importance, pour étudier ces faits, de l'observation anatomo-clinique, l'observation clinique, seule, étant insuffisante. Dans l'état actuel de nos connaissances, les choses sont en suspens, il faut étudier et attendre.

M. F. Bezançon (de Paris). Réflexe oculo-cardiaque chez les tuberculeux suivant les formes de tuberculose :

Dans les formes bénignes, le réflexe est normal ou exagéré.

Dans les formes graves, il manque ou est inversé.

M. Laignel-Lavastine (de Paris) présente un nouvel ouvrage, dont il est l'auteur, sur la pathologie du sympathique.

Il insiste sur la hiérarchie fonctionnelle des centres de régulation.

Autorégulation, puis au-dessus, le sympathique et au-dessus les centres végétatifs de l'encéphale.

M. Lereboullet (de Paris) cite comme exemple d'association endocrino-sympathique : la sclérodermie.

Mais le système nerveux paraît être à l'origine et, au-dessus du sympathique, certains centres nerveux du mésocéphale. Donc, ne pas oublier le rôle du système nerveux central et particulièrement du mésocéphale.

Communications.

M. H. Claude (de Paris) insiste sur la recherche du réflexe solaire comme moyen d'exploration, du système vago-sympathiqse.

MM. Tinel et Santenoise (de Paris). *a.* Rapport de l'équilibre du tonus vago-sympathique avec le choc hémoclasique et le choc anaphylactique.

b. Influence d'un choc donné sur la perturbation ultérieure de l'équilibre vago-sympathique.

c. Relation entre l'équilibre vago-sympatique et le métabolisme des hydrates de carbone.

L'épreuve de l'adrénaline de Goëssch dans le diagnostic des hyperthyroïdies et des sympathicotonies. — MM. Marcel Labbé et Lambru (de Paris) sont d'avis qu'il faut compléter la méthode de Goëssch par la recherche de l'hyperglycémie et l'étude du réflexe oculo-cardiaque.

Des résultats obtenus dans 50 cas de diabète sucré traités par l'insuline. — MM. H. Chabanier, Lobo-Owel, Mlle Lebert et M. E. Grave (de Paris). L'*extrait utilisé* est plus pur que le produit américain; sa préparation très simple à grand rendement quantitatif.

Le produit n'est pas douloureux, n'est pas toxique par lui-même, ne laisse pas d'induration (4 accidents sur 9.500 injections chez l'homme).

Résultats. — On ramène le diabétique à un état presque normal. Acétonurie disparaît, glycémie tend à baisser, augmentation de poids chez malades amaigris. Comme critère, il faut suivre : glycosurie, état général.

Quelques considérations sur l'extrait hydroalcoolique de pancréas (insuline). — MM. Iscovesco et Papillaud (de Paris) démontrent le pouvoir glycolytique in vitro de l'insuline.

Traitement du diabète par l'insuline. — MM. Pierre Mauriac, F. Piéchaud, Servantie et Aubertin (de Bordeaux) concluent que :

Le traitement insulinique n'est pas indiqué dans le diabète bénin avec bon état général.

Dans le diabète avec bon état général, mais s'accompagnant de troubles fonctionnels persistants, tels que : prurit intense et rebelle, gingivite expulsive, kératite, plaie qui ne cicatrise pas, le traitement par l'insuline donne d'excellents résultats.

De même chez diabétique ayant à subir une intervention chirurgicale.

Dans le diabète avec amaigrissement l'avantage de l'insuline est évident.

Dans le coma diabétique, il faut tenter la cure, mais là, le succès est plus douteux.

Au point de vue pratique, les injections étant un peu douloureuses, il est bon d'associer la cocaïne.

Pour bien conduire le traitement, il faut étudier, chez chaque malade, la tolérance aux hydrates de carbone et l'étude de la réaction à l'insuline (nécessité d'un séjour dans une maison de santé).

— M. Marcel LABBÉ (de Paris) a obtenu d'excellents résultats de ce traitement : améliorations du métabolisme des hydrates de carbone; amélioration de l'état général. Mais il faut en même temps utiliser le traitement par le régime.

Insuline et diabète sucré infantile. — M. LEREBOULLET (de Paris) cite deux cas très probants, mais il pense qu'il faut perfectionner les méthodes d'extractions des produits glandulaires.

L'élément rénal dans le diabète sucré. — MM. CHABANNIER, LOBO-OWELL, Mlle LEBERT (de Paris). La façon dont se comportent les malades dans le diabète gras et le diabète maigre dépend du seuil des hydrates de carbone.

Étude anatomopathologique des glandes à sécrétion dans l'athrepsie. — M. Ch. MATTEI (de Marseille) expose le résultat de ses recherches anatomocliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles.

Le métabolisme basal et les troubles endocriniens. — MM. Etienne HERMANN, RICHARD (de Nancy).

— Le prochain Congrès de médecine aura lieu *dans deux ans*, en 1925, à Nancy. R. DUFOUR.

ERRATUM. — IIIe CONGRÈS DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICAUX DE LANGUE FRANÇAISE. — *Dans le compte rendu de la discussion des rapports* Sur les procédés d'anesthésie en gynécologie et obstétrique, *une erreur typographique tenant à l'omission de quelques lignes de texte a attribué à M. Krafft seulement une partie de son intervention et le rend responsable d'une partie des opinions de M. Audebert.*

Il convient de rectifier comme suit.

M. KRAFFT (de Lausanne) a utilisé récemment le nikétol, produit qui s'emploie en tamponnements sur le col et en badigeonnage sur le périnée. Ce produit d'un maniement peu agréable en obstétrique lui est peu sympathique à cause des dangers d'infection qu'il peut entraîner. Il a, en outre, utilisé le *tachin* et l'*hémypnone* comme M. Rossier, et sans lui reconnaître peut-être d'aussi heureux effets que ce dernier, il en est néanmoins satisfait.

M. AUDEBERT (de Toulouse) vient défendre l'anesthésie épidurale en obstétrique et en gynécologie. Il emploie deux ampoules séparées, etc.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL : HERNIE

DÉCISION N'APPLIQUANT PAS LA LOI DU 9 AVRIL 1898 LORSQU'IL N'Y A PAS D'EFFORT ANORMAL

La Cour de Cassation a décidé plusieurs fois que l'indemnité fixée par la loi du 9 avril 1898 ne peut être refusée à l'ouvrier sous le prétexte que, d'après les faits de la cause, la hernie n'a pas été causée par l'effort qu'a fait l'ouvrier, mais doit être attribuée à une prédisposition constitutionnelle (Cass., 7 mars 1921, 21 nov. 1922, *Gaz. Trib.*, 12 déc. 1922.)

Le Tribunal civil de Rouen a rendu le 22 février 1923 une décision en sens contraire dans les circonstances suivantes :

Le 17 septembre 1921, la dame H... soulevait avec une autre ouvrière un panier de bobines pesant environ 35 kilogrammes pour en verser le contenu dans un autre panier, lorsqu'elle ressentit une vive douleur à l'aine droite. Le docteur qui avait été commis à l'effet d'examiner la dame H... conclut dans son rapport que l'effort auquel celle-ci s'était livrée avait occasionné une pointe de hernie de force. Contre ce rapport deux certificats médicaux avaient été fournis aux termes desquels les médecins affirmaient que l'effort fait par la dame H... était incapable de produire une hernie de force.

Le Tribunal commit dans ces circonstances trois experts à l'effet d'examiner l'accidentée; ceux-ci, dans leur rapport, sans examiner la question de savoir si le fait de soulever à deux un panier de 35 kilogrammes nécessitait un effort capable de produire une hernie de force, se bornèrent à adopter les conclusions du premier médecin sans toutefois affirmer nettement et catégoriquement qu'il s'agissait d'une hernie de force.

Devant ces conclusions, le Tribunal déclara, examinant si la loi de 1898 était applicable :

« Attendu que ce serait singulièrement étendre le principe du risque professionnel, qui est à la base de la loi de 1898, que de faire rentrer dans la catégorie des accidents dont les chefs d'entreprise sont en vertu de ce principe constitués à priori responsables, indifféremment toute lésion ou infirmité pour cette seule raison que la lésion ou l'infirmité se serait manifestée au cours du travail;

Qu'aucun risque professionnel ne saurait être encouru lorsque l'infirmité dont souffre l'ouvrier aurait pu survenir tout aussi bien en dehors de l'usine ou de l'atelier au cours d'une occupation quelconque, comme à l'usine ou à l'atelier au cours du travail;

Attendu que dans l'espèce la dame H... a ressenti la douleur annonciatrice de la pointe de hernie, dont elle souffrait peut-être auparavant, au moment où elle faisait un effort qui n'avait rien d'anormal ou d'excessif puisqu'il s'agissait d'un acte normal qu'elle devait accomplir journellement et répéter sans doute à maintes reprises dans une même journée; que cet effort ne l'avait jamais incommodée;

Que la pointe de hernie qui s'est manifestée au cours de son travail aurait tout aussi bien pu apparaître au cours d'une occupation quelconque et notamment d'un travail domestique;

Que l'effort insignifiant qu'elle a fait ne saurait donc constituer un accident du travail et engager la responsabilité des défendeurs dans les termes de la loi de 1898;

Qu'au surplus le port d'un bandage suffira, en raison du peu de gravité de l'infirmité à lui rendre, avec sa capacité professionnelle, l'intégrité de son salaire. »

Cette décision est intéressante; mais le Tribunal de Rouen n'a envisagé que les circonstances de fait; et le dernier motif du jugement, concernant le peu de gravité de l'infirmité, paraît bien être ce qui l'a déterminé à déclarer mal fondée la demande de la dame H... Il est très vraisemblable que la Cour de Cassation sera saisie d'un pourvoi; et il est douteux qu'elle revienne sur sa jurisprudence. Nous ne manquerons pas de faire connaître son arrêt s'il intervient. Le jugement de Rouen appelle cette remarque que les magistrats qui statuent en fait éprouvent quelque résistance à appliquer la loi de 1898 quand l'accident est sans gravité.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DEMI-TAXE DES AUTOMOBILES MÉDICALES

Le très actif secrétaire général de l'Automobile Club de l'Ouest, M. Georges Durand, communique la protestation suivante que tous les médecins devront lire avec une grande attention :

« Un projet de loi déposé sur le bureau de la Chambre le 21 juin 1923 prévoit la création d'un office des routes : c'est une réforme demandée depuis longtemps, mais ce projet prétend en même temps exiger des automobilistes 150 millions d'impôts nouveaux, soit en moyenne 400 à 500 francs d'augmentation par voiture.

Les plus durement frappés seront ceux pour qui l'automobile est un instrument de travail : médecins, commerçants, industriels, agriculteurs qui auraient à supporter des impôts deux ou trois fois plus élevés et qui verront disparaître la demi-taxe dont ils bénéficient actuellement.

Or, l'automobile donne à l'Etat des recettes qui devraient équitablement être réservées aux routes et qui sont détournées de leur destination au profit du budget général.

L'automobile a rapporté à l'Etat :

En 1920	245	millions
En 1921	420	—
En 1922	526	—
En 1923, il rapportera sur la base de rendement des 5 premiers mois	621	—

Pour la même période, l'Etat a consacré aux routes :

En 1920	168	millions
En 1921	190	—
En 1922	193	—

Les impôts payés par l'automobilisme ont donc augmenté de 150 p. 100, alors que les crédits affectés aux routes n'ont été augmentés que de 13 p. 100.

Le dépôt du projet de loi en question a ému tous les milieux automobiles, car ils estiment que les impôts actuels sont plus que suffisants pour les réparations et l'entretien des routes.

Faire payer aux automobilistes 150 millions d'impôts nouveaux, ce serait l'écrasement de la voiture utilitaire et en même temps la ruine de l'industrie automobile française.

Pour protester contre ce projet, l'Automobile-Club de l'Ouest organise, dans les quatorze départements de sa zone d'action, des meetings de protestation.

En outre, une pétition sera mise à la disposition des automobilistes et sera transmise ensuite aux sénateurs et députés. »

Nous espérons que les médecins ne resteront pas inactifs devant les nouvelles charges qui les menacent et nous souhaitons que tous les syndicats médicaux joignent leurs protestations énergiques à celles des groupements automobiles et des syndicats d'initiative qui ont déjà fait entendre leur voix.

LIVRES NOUVEAUX

Les Pronostics du praticien en clientèle (1), par Ch. FIESSINGER.

C'est là un ouvrage tout personnel où sont enfermées quarante années d'expérience et de recherches cliniques. Dans les ouvrages classiques, relégués à l'arrière-plan, les pronostics n'occupent qu'une place restreinte. Ils devraient figurer en tête, la réputation du médecin étant attachée aux connaissances qu'il possède d'une évolution morbide. M. Ch. Fiessinger a montré les variations que subissent les pronostics suivant l'âge, les symptômes, les complications, le traitement. Les difficultés étaient grandes pour l'achèvement d'une pareille tâche. Les livres de pronostic en médecine n'existent guère et depuis Hippocrate, qui a écrit le premier, la science a tout de même fait quelques progrès.

Ce que doit dire le médecin, comment il se comportera dans les cas difficiles, toutes ces règles de conduite sont exposées au cours de pages qui représentent une sorte de guide professionnel infiniment averti. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU CALCANÉUM [2]

PRONOSTIC. — Dans l'ensemble franchement mauvais. Fracture laissant toujours des troubles fonctionnels sérieux.

Fracture du thalamus. — Pronostic particulièrement sérieux parce que :

1° La dénivellation des surfaces articulaires et de l'astragale persiste après la consolidation d'où : arthrite de la sous-astragalienne.

2° Orientation de l'astragale modifiée par enfoncement du thalamus d'où : arthrite de la médio-tarsienne. La marche est difficile et douloureuse, sur un terrain inégal car cette articulation permet seule au pied de s'adapter par adduction et abduction aux irrégularités.

3° Effondrement de la voûte plantaire. Lorsqu'il existe il donne un pied plat ou même un pied convexe en bas.

Même les fractures du premier degré sont graves.

Fracture de la grosse tubérosité. — La meilleure comme pronostic. Souvent guérissent seulement par cal fibreux (à cause du diastasis des deux fragments) mais cependant au bout de deux à trois mois la marche est possible.

On a signalé la possibilité de pieds creux traumatiques consécutifs à ces fractures.

Fracture des apophyses. — Grande apophyse : grave à cause de l'effondrement de la voûte et du diastasis médiotarsien.

Petite apophyse : la plus grave de toutes. Bascule de l'astragale. Compression vasculo-nerveuse. Pour Destot cependant pronostic moins mauvais.

Fracture comminutive. — Gros broiement donnera l'effondrement de la voûte et la dislocation articulaire.

L'ankylose totale en flexion est l'éventualité la plus favorable.

DIAGNOSTIC. — **1° Y a-t-il fracture?** — Cas évidents : ne se pose pas.

Cas habituels : difficile, souvent méconnue, révélée longtemps après par des douleurs persistantes. Impotence fonctionnelle relative.

Eliminer : les contusions du talon;

— l'entorse grave du cou-de-pied.

On recherchera systématiquement les signes de lésions calcanéennes, en particulier si la douleur existe à la percussion du calcanéum.

— fracture de la malléole externe. Dans cas typique facile. En réalité peut ressembler beaucoup à la fracture du calcanéum.

Mais dans la fracture du calcanéum on remarque :

— diamètre bimalléolaire intact;
— déformation sous et rétro-malléolaire;
— Malléoles abaissées;
— flexion, extension conservées.

2° Quelle est la variété de la fracture? — Schématiquement : lésions maximum au-dessous des malléoles, fracture du corps; lésions maximum en arrière, au niveau du talon, fracture de la grosse tubérosité; lésions maximum en avant, fracture des apophyses.

Mais ces lésions peuvent s'associer les unes aux autres.

3° La fracture du calcanéum est-elle pure? — Possibilité de lésions des os voisins : astragale, scaphoïde, cuboïde.

Son association à la fracture de la malléole externe rend le diagnostic difficile. Cependant aux signes de fractures malléolaires s'ajoutent quelques signes et en particulier : voussure au-dessous de la malléole externe.

Nécessité de la radiographie : on fera systématiquement un examen aux rayons pour toutes les douleurs talonnières persistantes.

Prendre un cliché de profil, d'avant en arrière et même d'arrière en avant.

TRAITEMENT. — **Primitif.** — *a.* FRACTURES ARTICULAIRES. — On peut ou se contenter de bains, de massages et de mobilisation précoce, ou bien tenter la réduction, puis on immobilisera soixante jours. La correction du pied plat sera en général facilement obtenue. La guérison se fera avec ankylose de l'articulation sous-astragalienne. La reposition sanglante n'est guère possible, Certains auteurs ont proposé l'arthrodèse d'emblée, ce qui paraît excessif.

b. FRACTURES DE LA GROSSE TUBÉROSITÉ. — Elles guérissent assez bien par l'immobilisation sous plâtre. Cependant il est plus avantageux d'intervenir et de faire un enchevillement.

Secondaire. — On pourra tenter de rendre à l'articulation sous-astragalienne une certaine mobilité; le mieux est de faire une astragalectomie.

Bibliographie. — LE DENTU-DELBET. T. IV; JUDET, *Traité des fractures.*

(1) In-8. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 77, p. 1243; n° 79, p. 1274, et n° 81, p. 1306.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 7 fr.	— 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr.	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Caussade, Martin, Rieffel, Rudaux, qui acceptent; Michel, Gandy, Garnier, Lesné, Auvray, Desmarest, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 16 octobre 1923. — Question donnée : « Anatomie du muscle psoas iliaque. »

MM. Marie (Jacques), 11; Marcus, 13; Loué, 12; Malachier, 6; Marceau, 8; Lortat-Jacob, 17; Laussel, 11; Maraval, 8; Mlle Lamberjack, 12; MM. Kintgen, 13; Lévy-Klotz, 11; Lardennois, 12; Lignières, 14; Lefranc, 12; Legaté, 10; Masquet, 11.

Pathologie. — Séance du 17 octobre 1923. — Question donnée : « Examen clinique d'un tabétique. »

MM. Fortin (André), 12 1/2; Fail, 9; François, 10; Gabriel, 18 1/2; Fourcade, 17; Favier, 14; Gerodias, 16; Fortin (René), 13; Droux, 9; Mlle de Gontaut-Biron, 14; Gaston, 16; Gaucher, 13; Fournié (Francis), 15; Gallot, 11; Filippini, 10; Griveaud, 14.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Lecture des copies.* — Séance du 15 octobre. — MM. Baranger, 23; Lemarié, 25; Mérot et Godart, 24; Cuvigny, 23; Bernard (R.), 26.

Sont déclarés admissibles aux épreuves orales :

MM. Bernard (R.), Lemarié, Godart, Mérot, Cuvigny et Baranger.

— HÔPITAL DE BERCK. — Il y a actuellement deux places d'interne vacantes à l'hôpital de Berck. Les candidats désireux d'occuper l'emploi devront en faire la demande au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, Paris.

La **SECTION DE MÉDECINE DE L'A.**, 13 et 15, rue de la Bûcherie (Ve) nous prie de dire qu'elle tient encore une certaine quantité de brochures-listes à la disposition des candidats à l'internat et à l'externat.

PRIX FILLIOUX. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1923, il sera décerné deux prix aux candidats internes et deux prix aux candidats externes.

Pour 1923, le concours sera ouvert le lundi 10 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du 1er au 7 novembre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mercredi 7 novembre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique; 2° une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

UN MONUMENT AU DOCTEUR JOSUÉ. — Les maîtres, les amis et les élèves du docteur Josué, désirant perpétuer le souvenir de ses recherches et de son enseignement et donner à sa mémoire un suprême témoignage d'estime et d'affection, ont décidé de faire dresser dans son ancien service de la Pitié une plaque avec un médaillon de M. A. Daniot, premier grand prix de Rome.

Une plaquette reproduisant le médaillon sera remise aux souscripteurs d'une somme minima de 100 francs, adressée à MM. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, à Paris, 6e (chèque postal Paris n° 202).

Le Comité comprend : MM. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris; A. Netter, membre de l'Académie de médecine, les maîtres du docteur Josué, présidents.

MM. Henneguy, président de la Société de biologie; Ménétrier, président de la Société médicale des hôpitaux; Mourier, directeur général de l'Assistance publique; Roger, directeur de l'hôpital de la Pitié; Vaquez, professeur à la Faculté de médecine de Paris; J.-B. Baillière, éditeur.

MM. Clerc, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Halbron, médecin des hôpitaux de Paris; Salomon, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, représentant les collaborateurs du chef de clinique et du médecin des hôpitaux.

MM. Paillard, Pierre-Kahn, Chevallier, Godlewski, Parturier, Dauptain, représentant les collaborateurs de la Pitié et les anciens internes.

Secrétaire du Comité : Docteur Paul Chevallier, 6, rue de la Néva, 8e.

Trésorier : MM. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuilie, 6e.

HOSPICE PAUL BROUSSE. — Un concours est ouvert à la Préfecture de la Seine pour la nomination d'un assistant en médecine à l'hospice départemental Paul Brousse, à Villejuif (Seine).

Les candidats (hommes on femmes), qui désirent concourir, devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service du département, 2e bureau, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), jusqu'au 10 novembre 1823 inclus, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., dimanches et fêtes exceptés, où tous renseignements leur seront donnés.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours pour deux places d'élèves internes en médecine et en chirurgie pour le service de l'hôpital Saint-Joseph s'ouvrira le 3 décembre 1923, à l'hôpital Saint-Joseph, 183, avenue du Prado, devant le Conseil d'administration assisté d'un jury médical.

Seront seuls admis à concourir les étudiants en médecine ayant au moins huit inscriptions.

Les candidats devront déposer au secrétariat du Conseil d'administration de l'hôpital Saint-Joseph, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance;

2° Le certificat d'inscriptions délivré par le secrétaire de l'Ecole de médecine ou de la Faculté;

3° L'indication de leurs services dans les hôpitaux.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(A titre posthume.) *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Barrois, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Lemaître (de Henin-Lietard).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Félix Aube (de Toulon), Paul Bouchet (de Paris), G. Bouchot (du Perreux), Pierre Caillé, ancien interne des hôpitaux de Paris; Henri Coppens (d'Hondschoote), médaille d'or de la Reconnaissance française; Armand Morin (de Baupréau) et Julien Picot (de Luxeuil).

CHAMBRE DE COMMERCE DE LYON. — ENSEIGNEMENT COLONIAL (25e année, 1923-1924, Palais du Commerce, place des Cordeliers, à droite). — Ouverture des cours publics, lundi 5 novembre 1923 :

Cours d'hygiène coloniale et de prophylaxie des maladies exotiques. — M. le docteur Ch. Garin, agrégé à la Faculté de médecine, professeur : le lundi, à 8 h. du soir. (Des projections accompagnent certaines leçons. — Les élèves suivront après les vacances de Pâques deux ou trois séances pratiques à la Faculté de médecine. Les principales espèces pathogènes aux colonies seront montrées au cours de ces séances.)

Programme. — Les climats tropicaux, où sont situées nos principales colonies, nécessitent une hygiène spéciale. Il n'est pas de question plus importante pour le colonial que celle de sa santé et des moyens permettant de la conserver.

Le programme du cours d'hygiène coloniale est complet en deux années.

Dans la première année, le professeur donne aux élèves des moyens simples et pratiques d'entretenir les défenses naturelles de l'organisme, de conserver la santé par une entente rationnelle du régime alimentaire et de celui des boissons, de l'habitation, du vêtement, des soins de la peau et des divers organes.

Dans le cours de la deuxième année, l'élève apprend à se préserver des maladies exotiques. L'hygiène prophylactique est nécesssairement basée sur la connaissance des causes de ces maladies. Cette partie très moderne de l'hygiène a acquis, en ces dernières années, une précision inconnue aux anciens, et de la notion des germes animés se déduisent des précautions et des prescriptions presque mathématiques. Connaître les germes et le mode de propagation du paludisme, du choléra, de la peste, c'est savoir en même temps, presque à coup sûr, les éviter.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Chambre de commerce, de 9 h. à midi et de 2 h. à 6 h. du soir (sauf l'après-midi du samedi), à partir du 15 octobre.

STOMATOLOGIE. — Conférences et travaux pratiques de stomatologie à l'usage des médecins praticiens et étudiants désirant pratiquer l'art dentaire. Les séances auront lieu à 20 h. 30, du 3 au 15 décembre. — Ecrire docteur Nidergang, 67, rue de Richelieu, Paris (IIe).

LES MÉDECINS ARGENTINS ET LES SPORTS. — La pratique des poids et haltères est très en honneur en Argentine. Les champions nationaux sont presque tous des médecins : en poids légers, le docteur en médecine Raoul Bergara; en poids lourds, le célèbre oculiste Miguel Laglaize, battant un étudiant en médecine de 6e année nommé Imaz. (*Auto.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 22 octobre. — Jury : MM. Menétrier, président; Couvelaire, Lereboullet et Guéniot. — M. BROUSSIN (Pierre). Fonctionnement d'une goutte de lait. — M. LEVESQUE (Jean). Recherches chimiques sur les ascites.

Jeudi 25 octobre. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Jeanselme, Cunéo et Baudouin. — M. LAGRANGE (Henri). La tuberculose du tractus. — M. BARBIER (Georges). Traitement actuel de la syphilis. — M. DUBOIS (J.). Contribution à l'étude des pseudarthroses. — M. GAILLARD (Henri). Anus continent selon la technique du professeur Cunéo.

RENSEIGNEMENTS

INFIRMIÈRE S. B. M., longue expérience service chirurgical, demande situation Paris, 5 à 7 h. par jour. Sérieuses références. — Ecrire Mme P. H. aux bureaux du Journal.

XXXIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 8-13 octobre 1923* (1)].

DEUXIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR (*suite*)

ÉTUDE CRITIQUE DES INTERVENTIONS PRATIQUÉES CONTRE LES PROLAPSUS GÉNITAUX

Résumé du rapport de M. SAVARIAUD (de Paris).

Après un historique rapide de la question, le rapporteur donne comme base à l'étude critique qui va suivre, quelques données essentielles touchant d'une part la physiologie et l'anatomie pathologique du prolapsus, d'autre part l'anatomie chirurgicale du vagin et du périnée.

Le prolapsus utérin rare chez les vierges et les nullipares succède le plus habituellement à des grossesses répétées. Dans ce cas, tantôt il est d'origine traumatique résultant de déchirures des divers plans périnéaux, tantôt il est en quelque manière pathologique, l'involution des tissus distendus par la grossesse ne s'étant pas faite. La première forme est la meilleure au point de vue thérapeutique. Quoi qu'il en soit, l'insuffisance du périnée est à la base de presque tous les prolapsus.

L'utérus est habituellement rétroversé et hypertrophié dans son segment cervical. D'où l'indication de rétablir l'antéflexion physiologique et, à moins qu'il ne s'agisse d'utérus séniles atrophiés, d'amputer le col. Cet utérus extériorisé s'ulcère facilement, mais n'a aucune tendance à s'infecter, contrairement à l'opinion classique sur ce point.

Quand on examine une femme atteinte de prolapsus, il ne faut pas négliger de faire le cathétérisme utérin, le cathétérisme vésical, le toucher rectal, d'examiner la réductibilité du prolapsus et de rechercher les lésions utéro-annexielles possibles.

En ce qui regarde l'anatomie de la région, on retiendra que les deux tuniques musculaire et muqueuse du vagin ne sont pas séparables et que la paroi de l'organe, épaissie ordinairement, est mince et fragile chez les nullipares. Les ligaments ronds sont quelque chose, les utéro-sacrés ne sont rien. Les releveurs assez distants l'un de l'autre, derrière le pubis, peuvent être suturés au-dessous de la vessie. En arrière, tous les éléments du périnée, muscles et aponévroses doivent être interposés entre le rectum et le vagin.

Les opérations dirigées contre le prolapsus utérin peuvent être divisées en deux catégories, suivant qu'on les pratique par la voie haute ou par la voie basse vagino-périnéale.

Opérations par la voie haute. — Elles s'adressent au *péritoine pelvien* et il s'agit alors, soit de l'*oblitération du cul-de-sac de Douglas* par une série de points en bourse (Marion), soit de l'oblitération du cul-de-sac vésico-utérin par suture des deux organes qui le limitent.

Elles utilisent les *ligaments de l'utérus*. Le *raccourcissement des ligaments ronds* extra-abdominal (Alquié-Alexander) ou intra-abdominal (Baldy-Dartigues-Doléris) n'est qu'un moyen adjuvant, mais souvent utile. Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés n'a que peu d'intérêt.

Les opérations qui portent sur l'*utérus* sont la *fixation isthmique* (Pierre Delbet) très efficace contre la rétroversion mais insuffisantes à elle seule contre le prolapsus et l'*amputation partielle* ou *totale de l'utérus* qui n'est indiqué qu'en cas de lésions utérines ou annexielles et doit alors être suivie d'une fixation du moignon, soit à la paroi, soit aux ligaments (trochalopexie ligamenteuse de Jacob).

Le *vagin* n'a été que rarement fixé par le voie haute, après hystérectomie, à la paroi ou aux ligaments.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 81, p. 1297; n° 83, p. 1329. — *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux Journaux et Revues qui n'appartiennent pas à l'Association.

La *vessie* pourrait être suspendue par l'intermédiaire de l'ouraque (P. Petit).

On a aussi, comme opération complémentaire, fixé le *côlon pelvien* au détroit supérieur (Descomps).

De toutes ces interventions, seule, l'hystéropexie a été fréquemment employée et c'est la seule qui soit pratiquement recommandable. Sa technique varie avec l'âge de la malade. Chez une femme jeune, il ne faut fixer que l'isthme ; chez une femme ménopausée, la pexie portera sur toute la face antérieure de l'utérus. Mais si l'hystéropexie peut exceptionnellement (chez les vierges et les nullipares) constituer toute la thérapeutique du prolapsus, il sera presque toujours nécessaire de lui adjoindre la colpectomie antérieure et la colpopérinéorraphie.

Opérations par la voie basse. — Celles-ci beaucoup plus nombreuses, plus souvent employées et probablement plus efficaces que les précédentes, peuvent porter sur le périnée, le vagin et l'utérus.

Opérations périnéales et suture des releveurs. — La *périnéoplastie* ne se fait plus guère aujourd'hui que par la méthode du dédoublement qui comporte diverses variantes. Proust et Duval en suturant les releveurs fixent le vagin. D'autres, et le rapporteur en particulier, préfèrent réséquer un triangle de paroi vaginale postérieure. L'incision périnéale est, soit une incision courbe à la limite de la muqueuse et de la peau, soit une double incision faite de la précédente et d'une autre convexe en arrière, dessinant au total un X transversal, soit même une incision vaginale sur le rectocèle (Cazin, Watkins).

La *suture des releveurs*, pour agir efficacement contre la cystocèle, doit être antérieure au vagin, comme l'a, le premier, pensé Delanglade. Mais, l'opération qui nécessite un décollement étendu et profond de la vessie à travers une incision de la paroi vaginale antérieure, n'est pas toujours facile, et, comme l'a montré Routier, les releveurs sont souvent atrophiés dans les cas graves où il serait le plus indiqué de les suturer. Puis, nous ne sommes pas encore très fixés sur les suites éloignées de cette opération qui n'est pratiquée que par quelques chirurgiens. Cependant, la colpectomie antérieure permettra sans doute, en bien des cas, si on les recherche méthodiquement, de découvrir et de rapprocher les releveurs et de donner ainsi plus de solidité au plan sous-vésical.

Opérations utérines. — Les unes sont des résections plus ou moins étendues, les autres utilisent l'utérus comme un plat soulevant la vessie.

A. L'AMPUTATION SOUS-VAGINALE DU COL est indiquée quand il y a hypertrophie ou métrite du col.

L'*amputation sus-cervicale* n'est réellement indispensable que si la cavité utérine dépasse 10 à 12 centimètres, ce qui n'est pas aussi fréquent qu'on l'a dit. Mais il faut convenir que la suppression du museau de tanche, surtout si l'on y joint l'ablation du dôme vaginal, donne d'excellents résultats en faisant disparaître un élément anatomique qui prédispose à la récidive.

L'*hystérectomie totale* ne se fait plus que jointe à la colpectomie. L'*hystéro-colpectomie* par le procédé de Fritsch qui ouvre d'abord le cul-de-sac postérieur et décolle la vessie de haut en bas, en partant du péritoine vésico-utérin est plus facile que par le proeédé de Pozzi, commençant par le cul-de-sac antérieur et séparant la vessie de bas en haut. Desmarets se débarrasse d'abord de l'utérus, puis fend le vagin sur la ligne médiane et après en avoir disséqué et réséqué les lambeaux, suture releveurs et paroi vaginale.

Il faut encore citer quelques opérations rarement pratiquées : la résection de la partie moyenne de l'utérus (Noble), la résection cunéiforme du corps de l'utérus (Cohn) et l'amputation du corps de l'utérus avec interposition du col (Vineberg),

B. L'INTERPOSITION VÉSICO-VAGINALE DE L'UTÉRUS (Wertheim, Schauta, Pichevin, Le Dentu, Abadie) qui consiste, après ouverture antérieure du vagin et dissection de la vessie, à basculer l'utérus en avant et à le fixer entre la vessie suturée à sa paroi postérieure et la paroi vaginale reconstituée, est une opération importante et qui, cependant, n'a qu'un rôle complémentaire dans le traitement du prolapsus. Les statistiques montrent qu'elle n'est pas sans gravité et

qu'elle est suivie de récidives dans un certain nombre de cas. En outre, si les trompes n'ont pas été liées ou réséquées, la grossesse survenant dans un utérus, ainsi déplacé, se compliquera presque fatalement. Aussi convient-il de n'employer cette technique que chez des femmes ayant atteint l'âge de la ménopause dont une cystocèle volumineuse est la principale lésion.

Opérations vaginales. — Dans le prolapsus, le vagin ayant à la fois trop de longueur et de largeur, il est indiqué de le diminuer dans ces deux dimensions. Ainsi, l'empêchera-t-on de se retourner.

La *colpectomie antérieure,* quelle que soit la forme de son tracé, doit être large, mais il faut que la réunion primitive soit assurée et à ce point de vue, il est utile de mobiliser les bords de l'incision vaginale pour affronter des surfaces et non des bords.

La *colpectomie postérieure* de dimensions et de formes également variables est généralement associée à la périnéoplastie.

La *colpectomie totale* ou *subtotale* a été pratiquée par Chaput d'abord (1894) qui amputait le col utérin et suturait le vagin à la muqueuse du col, par Follet qui faisait la même opération, mais sans suture et avec simple tamponnement du vagin, enfin par Müller (de Berne) (1896) dont le procédé se distingue par l'exclusion de l'utérus refoulé dans la profondeur et définitivement séparé de l'extérieur par l'accollement sous-jacent de la vessie et du rectum. Wormser, élève de Müller, se borne à une excision losangique du dôme vaginal dans le prolapsus incomplet. Savariaud a été, en France, le défenseur de ces deux dernières techniques.

Le *cloisonnement du vagin* (Le Fort) vise à accoler aussi vessie et rectum au-dessous de l'utérus, mais en conservant de chaque côté assez de paroi vaginale pour former deux petits conduits allant du col utérin à la vulve. La cloison du procédé de Le Fort était un peu étroite et le procédé a été amélioré par l'élargissement de cette cloison.

Choix d'une opération. — *Chez les vierges et les nullipares,* en dehors des cas aigus, traumatiques dans lesquels le repos au lit après réduction peut suffire, le meilleur traitement paraît être l'hystéropexie isthmique, seule ou combinée à l'oblitération du Douglas et à la colopexie. En cas de récidive, chez les jeunes : pessaire; chez les vieilles filles : opérations de Le Fort ou de Müller.

Dans *le prolapsus des jeunes femmes,* c'est la suture des releveurs avec colporraphie antérieure et postérieure qui est indiquée. Mais, il y aura lieu quelquefois d'y ajouter une fixation directe ou indirecte de l'utérus.

S'il s'agit d'*un prolapsus incomplet chez une femme âgée,* on aura recours contre la cystocèle à la colporraphie antérieure avec suture antérieure des releveurs, exceptionnellement au Schauta modifié par Abadie ; contre la rectocèle à la colpectomie postérieure avec suture des releveurs.

Le *prolapsus complet des femmes à l'âge de la ménopause et n'ayant pas renoncé* sera avantageusement traité par la colpopérinéorraphie associée à une hystéropexie pratiquée en second lieu, mais dans la même séance opératoire ou par la colpectomie subtotale type Chaput-Folet Wormser combinés à l'amputation du col et à la réfection périnéale.

Si le prolapsus complet se présente chez une *vieille femme ayant abdiqué,* on peut choisir entre l'opération de Le Fort élargie et celle de Müller.

Les *prolapsus largement ulcérés* peuvent nécessiter l'hystérocolpectomie. Mais, l'*irréductibilité* n'est justiciable, contrairement à ce qu'on croyait autrefois, que de la colpectomie. Quant aux *tumeurs compliquant le prolapsus,* c'est leur volume qui fera décider de la voie d'ablation et, dans une certaine mesure, de la thérapeutique à appliquer au prolapsus.

Discussion.

M. Willems (de Liége) estime que la pathogénie du prolapsus, presque invariablement attribuée à l'affaissement du plancher périnéal, est en réalité mal connue. Il a été frappé par ce fait que des malades dont le périnée est depuis longtemps déchiré n'ont pas de prolapsus alors que chez d'autres le prolapsus se produit malgré la suture — d'ailleurs souvent mal faite — ou quoique le périnée soit resté intact. En particulier chez certaines nullipares on voit se succéder la cystocèle, l'allongement du col, la rectocèle et l'effondrement du périnée. L'auteur croit que, contrairement aux données classiques, le rôle principal est joué non par le périnée mais par les moyens de suspension de l'utérus. Malheureusement si nous sommes en mesure de restaurer solidement un périnée et de rétrécir un vagin nous n'avons que peu de moyens de réparer les ligaments suspenseurs de manière à pouvoir compter sur eux. Quels sont ces moyens de suspension? A part le ligament rond qui est une vraie corde, les autres ligaments, utéro-sacrés, ligaments larges ne sont guère que de simples replis péritonéaux qui, même si on parvenait à les attacher à un point fixe, se laisseraient attirer à nouveau rapidement. C'est la seule raison des mauvais résultats que donnent les opérations portant sur les moyens de suspension. L'auteur préconise une technique qui s'inspire de ces idées.

Chez les femmes ayant un prolapsus en voie d'évolution mais dont l'utérus ne sort pas du vagin, on fera l'amputation du col et le raccourcissement bilatéral des ligaments ronds sans toucher au périnée à moins qu'il ne soit manifestement insuffisant.

En cas de prolapsus complet, les femmes jeunes seront traitées par l'amputation du col, le raccourcissement des ligaments ronds et la colpo-périnéorraphie, les femmes âgées par la périnéorraphie ou même le cloisonnement du vagin mais non par la ligamentopexie, les ligaments étant dans ce cas sans valeur.

En terminant l'auteur décrit sa technique de ligamentopexie en insistant sur la nécessité de suturer le cordon, après l'avoir attiré, aux parois du canal inguinal, dans toute la longueur de ce canal et par des points séparés.

M. Mayer (de Bruxelles) a opéré 125 prolapsus utérins avec un seul décès par urémie au douzième jour chez une femme de soixante-quatorze ans atteinte d'un prolapsus du quatrième degré avec ulcération du col ; ce décès qui remonte à 1912 aurait probablement pu être évité par une préparation pré-opératoire plus attentive. Dans la plupart des cas, il a pratiqué la colporraphie antérieure avec colpopérinéorraphie postérieure (83 cas) presque toujours précédée d'un curettage utérin ou d'une amputation du col, dans 12 cas il y a ajouté une hystéropexie par le procédé d'Alquié-Alexander pour des rétroversions accentuées; dans 10 cas il a combiné périnéoplastie et ovario-salpingectomie double ou appendicectomie et hystéropexie par le procédé de Pollosson; 12 fois il a fait précéder la réfection périnéale d'une hystérectomie vaginale ou abdominale pour fibrome ou lésions annexielles; 3 fois seulement il a pratiqué l'opération de Le Fort élargie; 5 fois la ventrofixation de Kocher ou la transposition vésico-vaginale de Schauta qui sont des opérations inutilement compliquées.

Parmi les opérées revues, l'auteur n'a constaté que 4 récidives partielles portant toujours sur la paroi antérieure du vagin; et de façon générale il pense que l'on peut adopter sans réserve les conclusions de Savariaud : colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie avec ou sans hystéropexie chez les femmes jeunes; colpectomie partielle ou totale avec restauration périnéale chez les vieilles femmes.

Mais, contrairement aux rapporteurs, il estime que le point essentiel est la *suture des releveurs*; c'est parce que cette suture n'est pas faite en avant que la cystocèle récidive. La myorraphie doit donc être faite avec le plus grand soin au moyen de points séparés de catgut; elle est plus importante que l'étendue de la résection vaginale. On dédoublera la paroi très haut mais en n'excisant que la portion exubérante de la muqueuse. L'ablation d'un segment étendu de la paroi vaginale postérieure n'a en effet d'autre résultat, sous prétexte de raccourcir le vagin, que d'abaisser l'utérus, ce qui va à l'encontre du but poursuivi. En outre, et encore contrairement aux rapporteurs, l'auteur croit essentiel de suturer le périnée au crin de Florence ou à l'aide de fils métalliques; si la suture est faite à la soie ou au catgut la récidive est presque certaine. Une mèche de gaze aseptique assure pendant quarante-huit heures le drainage de l'espace recto-vaginal. Une sonde de Pezzer est placée dans la vessie pendant huit jours.

M. Loicq (de Bruxelles) emploie toujours la rachi-cocaïnisation ou l'anesthésie transsacrée et s'en tient à l'opération

de Bouilly-Lenormant, du moins pour les cas de prolapsus complet. Il n'a eu aucune mortalité opératoire, ni récidives, mais il a observé une fois une fistule recto-vaginale qui a guéri par le traitement approprié et dans deux cas le résultat a été incomplet, la cystocèle chez une malade, la rectocèle chez l'autre ayant reparu. Au total, l'auteur a obtenu 15 résultats parfaits sur 18 opérations.

M. Hartmann (de Paris) considère que l'indication fondamentale commune à tous les prolapsus c'est de *reconstituer un soutien inférieur aux organes pelviens*. Il faut donc refaire un corps périnéal, reporter en avant l'orifice inférieur du vagin et refaire la sangle des releveurs.

Accessoirement il y a un certain nombre d'indications à remplir, celles-ci variables suivant les cas. Comme, d'une manière générale, le vagin a subi une ampliation considérable, il est nécessaire de diminuer ses dimensions, de faire des *colporraphies* et surtout une large colporraphie antérieure. La suture antérieure des releveurs paraît inutile.

Lorsque l'exubérance de la paroi vaginale porte surtout sur la paroi postérieure, après dédoublement du périnée, l'auteur la résèque suivant un tracé en forme de U à sommet profond, à base vulvaire, combinant cette résection à la réfection périnéale.

Le col utérin, allongé et chroniquement enflammé, doit subir une *amputation plastique du col*; si l'utérus est rétrodévié, il y a lieu de faire, une fois les opérations vagino-périnéales terminées, une *hystéropexie isthmique* par voie abdominale. C'est la pratique de Bouilly, Richelot et Doléris. Ceux auxquels elle a causé des déboires ont oublié un point sur lequel a beaucoup insisté Richelot, la nécessité de faire en apparence, au moment de l'opération, trop pour avoir finalement assez.

Quant au *cloisonnement élargi du vagin*, c'est une opération qui convient aux très vieilles femmes présentant un gros prolapsus avec un utérus atrophié. Elle donne alors d'excellents résultats.

En terminant l'auteur rappelle que la *hernie du cul-de-sac de Douglas* est souvent confondue avec les prolapsus ordinaires et réclame un traitement spécial. Il rapporte à ce sujet l'histoire d'une de ses malades déjà opérée à trois reprises et dont la soi-disant cystocèle récidivait toujours. La tuméfaction vaginale postérieure haut placée se réduisait avec gargouillement; le périnée était solide, le corps utérin antéversé avec un col bien fixé. En dédoublant le périnée, on vit un sac séreux appendu au devant du rectum et fusionné avec lui. La partie saillante du sac fut réséquée et la partie du sac laissée en place fut fermée par trois points en bourse. La guérison se maintenait cinq ans après, malgré un accouchement.

M. J.-L. Faure prend la parole pour confirmer les opinions, de MM. Hartmann et Bégouin. Il ne fait jamais d'hystéropexie. Il a fait quelques Schauta mais n'en fera plus : c'est une mauvaise opération. Il pratique l'opération de Le Fort depuis fort longtemps et ne pensait pas que les autres chirurgiens l'eussent jamais abandonnée. Il la considère comme nettement supérieure à la colpectomie avec ou sans hytérectomie.

M. Savariaud est d'un avis différent au sujet des mérites comparés du cloisonnement et de la colpectomie. Avec le cloisonnement, on peut avoir des échecs et des récidives. Avec l'opération de Müller, un hématome, l'infection, la désunion des surfaces cruentées n'empêchent pas finalement la cicatrisation qui crée une colonne solide soudée à la vessie et au rectum prévenant toute récidive.

M. Roussiel (de Bruxelles) est convaincu que l'élément essentiel, dans la thérapeutique du prolapsus, est la colpo-périnéorraphie. Il l'exécute par la méthode du dédoublement avec myorraphie des releveurs et exérèse d'un large lambeau vaginal. Pour fixer l'utérus il a recours à la ligamentopexie par le procédé de Doleris ou à l'hysteropexie isthmique. Souvent il ampute le col. Après la ménopause il fait une colpo-périnéorraphie et fixe l'utérus à la paroi dans toute la hauteur de la face antérieure, après avoir réséqué la séreuse qui revêt cette face.

M. Zawadzki (de Varsovie) ne peut que rarement pratiquer le cloisonnement du vagin que refusent ses malades, israélites pour la plupart, quel que soit leur âge. Il emploie donc les autres méthodes et le Schauta en particulier qui lui donne de bons résultats.

M. Léo (de Trouville) apporte sa statistique d'interventions pour prolapsus utérin. 37 interventions avec résultats éloignés comportent : 19 colpo-périnéorraphies suivant la technique de Bouilly-Richelot, sans suture des releveurs, 6 colpo-périnéorraphies avec suture, en un temps spécial, des releveurs, suture à laquelle l'auteur a renoncé depuis 1919, 4 colpo-périnéorraphies avec hystéropexie isthmique complémentaire, et 8 opérations de Le Fort élargie, dont les premières furent faites par l'auteur en 1910. Aucune opération complémentaire sur le col utérin, aucune interposition utérine, aucune colpectomie totale.

Les résultats ont été constamment bons, sauf dans deux cas de suture isolée des releveurs, suivis d'une très légère insuffisance périnéale.

Les troubles cardiaques purement fonctionnels, mais très accentués (palpitations) ont totalement disparu chez deux opérées, après colpo-périnéorraphie, type Bouilly.

L'opération de Le Fort permet la cure du prolapsus, dans les cas les plus invétérés, avec périnée effondré, et à tout âge, même à quatre-vingts ans.

La principale difficulté, chez les opérées encore jeunes, est de concilier la réparation périnéale, solide, avec le souci de respecter les nécessités obstétricales ultérieures. A ce point de vue la triple opération (hystéropexie, et colpo-périnéorrhaphie) semble être la plus efficace, comme l'a dit le rapporteur, M. Bégouin.

M. de Fourmestraux (de Chartres) regrette que dans leur étude critique du traitement des prolapsus des femmes âgées, les rapporteurs aient donné une part exclusive à l'opération de Le Fort.

Le cloisonnement élargi du vagin est une intervention réglée mais qui nécessite pour être correctement exécutée une anesthésie assez longue c'est-à-dire constitue un danger réel chez les femmes âgées qui présentent un prolapsus incompatible avec une existence normale.

Toutes les fois que l'anesthésie générale ou rachidienne est contre-indiquée, l'auteur pratique le cerclage vaginal par fil métallique laissé à demeure. La technique de cette intervention est simple. Partant d'une des parois latérales du vagin à 3 centimètres de la vulve, un fil d'argent est faufilé avec une aiguille courbe, dans les parois recto et vésico-vaginales, puis fermé en bourse au niveau de son point d'introduction. Pessaire sous-muqueux qui n'a pas l'inconvénient de l'horrible instrument qu'est le pessaire sous une quelconque de ses formes.

Il a pratiqué 16 cerclages sous-muqueux pour prolapsus toujours dans les mêmes conditions, malades très âgées ou malades ayant subi des interventions suivies de récidives.

Dans 10 cas le fil d'argent a été toléré, dans 5 cas il a ulcéré la muqueuse et il a fallu l'enlever.

Une femme de soixante-dix-neuf ans opérée il y a dix ans a été revue il y a quelques mois, fil métallique parfaitement toléré.

Le cerclage du vagin n'est pas un procédé très élégant, c'est la mise en place d'un pessaire sous-muqueux qui semble remplir les mêmes indications que le cerclage métallique périanal qui dans certains prolapsus rectaux donne de bons résultats.

En dehors de toute autre considération c'est une technique qui ne demande que quelques minutes d'anesthésie locale ou de kélène, ce qui a une valeur précise chez des gens âgés et dont l'état général est souvent médiocre.

M. Imbert (de Marseille) a employé tous les modes opératoires (60 cas) sauf cependant la colpectomie. Il distingue trois sortes de prolapsus : 1° les prolapsus légers : cystocèle et rectocèle; 2° les prolapsus marqués : cystocèle, rectocèle et chute légère de l'utérus; 3° les prolapsus complets : l'utérus sort de la vulve. Les opérations périnéales guérissent les prolapsus légers. Dans le second cas, il faut faire la triple opération. Dans le troisième cas, surtout s'il s'agit d'une vieille femme, c'est la colpo-périnéorraphie avec hystérectomie vaginale qui convient. L'hystérectomie vaginale dans le prolapsus ne mérite pas toutes les critiques qu'on en a faites,

M. Schickelé (de Strasbourg) fait remarquer qu'après la

triple opération on observe souvent une disparition complète de la cystocèle et de la rectocèle, alors que le col utérin recommence à descendre. C'est que l'utérus et le vagin se trouvent dans le même axe. L'opération du Schauta est alors indiquée. Elle donne à l'auteur de bons résultats.

M. Dujarier (de Paris) n'envisage que les prolapsus complets des femmes âgées ayant atteint la ménopause et renoncé au coït. Dans ces prolapsus, le vagin est complètement éversé et il n'existe plus de sillon séparant la vulve de la masse prolabée.

Avant de connaître l'opération de Muller, l'auteur considérait ces cas comme bien décevants. Malgré les hystéropexies la fermeture du Douglas et les périnéorrhaphies les plus larges, il n'obtenait que des résultats incomplets et peu satisfaisants.

Le Muller pratiqué depuis 1919 ne lui a donné que des succès dans treize cas dont la bonne moitié a été revue au bout d'un ou deux ans.

Voici les temps de l'opération : Anesthésie rachidienne (6 à 8 centigrammes de novocaïne); incision circulaire de vagin à 2 centimètres environ de la vulve sur laquelle on branche deux incisions médianes arrivant jusqu'au col; recherche du plan de clivage et décollement par traction, plus ou moins aidée du bistouri, des lambeaux ainsi délimités; résection large du col après avoir décollé la vessie; fermeture du col au catgut. Le fil médian fixe l'anse d'un faisceau de crin qui servira au drainage, tant contre le sang que contre les sécrétions utérines. Ce drainage tombera spontanément vers le dixième jour. Enfouissement par étages de la large surface cruentée. Suture de la muqueuse vaginale.

M. Walther ne peut juger la colpectomie, car il n'a jamais fait que la « triple opération », avec hystéropexie, quand il y avait rétroversion et cette méthode lui a donné de très bons résultats.

M. Siredey approuve pleinement les conclusions des rapporteurs. Il ne peut discuter les techniques n'étant pas compétent à ce sujet, mais il a vu les résultats et considère la triple opération comme une des meilleures de la chirurgie gynécologique. Les récidives s'observent chez les sujets mal opérés ou opérés trop tard. M. Siredey condamne le pessaire et insiste sur la nécessité du repos après l'opération et sur l'utilité de la kinésithérapie avant et après l'opération.

M. Jayle (de Paris) pense que le prolapsus utéro-vaginal est essentiellement une maladie de dystrophie des tissus et que, en conséquence, les procédés opératoires doivent plutôt viser à obtenir une amélioration aussi grande que possible, qu'à chercher une guérison complète et définitive qui est bien problématique. La maladie étant bénigne, l'opération doit être toujours bénigne. Chez les femmes âgées, il recommande un examen médical et l'anesthésie limitée à la région génito-périnéo-anale.

Il insiste sur l'importance des détails dans cette intervention, en particulier sur la nécessité d'éviter des délabrements trop grands, et toutes les causes d'hématomes post-opératoires, afin de supprimer les abcès qui restent la pierre d'achoppement dans cette opération.

Il estime que la méthode française doit être prise comme base du traitement dans la très grande majorité des cas. Il faut toujours faire suivre ces opérations d'un traitement médical physiothérapique. Il recommande à ses opérées de se considérer comme faibles dans cette partie de l'organisme et en conséquence, de prendre des précautions de vie dont les plus importantes consistent à couper la journée en deux par un repos régulier en position étendue ou assise après le repas de midi.

M. Le Nouène (du Havre) traite le prolapsus par l'opération de Schauta.

M. Gourdet (de Nantes) emploie l'Alquié-Alexander et la colpopérinéorraphie avec suture des releveurs.

M. Vanverts (de Lille) estime que le traitement opératoire des prolapsus génitaux doit varier suivant la disposition des lésions. Celle-ci doit donc être soigneusement établie avant toute intervention.

La *colporraphie antérieure* et la *colpopérinéorraphie* constituent les parties principales de l'opération dans presque tous les cas.

Au cours de la colporraphie antérieure, on a préconisé la suture des releveurs; mais, celle-ci, d'exécution souvent difficile, ne donne qu'un résultat très passager et il n'est pas prouvé qu'elle soit utile; elle constitue, du reste, une disposition anatomique anormale que les contractions des releveurs font rapidement disparaître. Il n'en est pas de même de la suture de ces muscles en arrière du vagin, au cours de la colpopérinéorraphie ; cette suture reconstitue, en effet, le plan musculaire du périnée.

La résection du col, indispensable en cas d'allongement hypertrophique intravaginal ou sus-vaginal du col, est avantageusement remplacée, en cas d'hypertrophie purement inflammatoire du col, par la *cautérisation au caustique de Filhos.*

L'*hystéropexie* directe ou indirecte ne doit pas être systématiquement combinée aux opérations plastiques sur le vagin et sur le périnée. On la réservera aux prolapsus totaux et on n'y aura recours en cas de prolapsus partiel que si l'utérus est en forte rétroflexion.

A la colpectomie totale, on préférera le *cloisonnement élargi du vagin*, qui a donné à l'auteur deux succès.

L'*oblitération du Douglas*, que Vanverts a combiné aux opérations plastiques colpopérinéales dans un cas où ce cul-de-sac était très profond, lui a donné un résultat favorable.

M. Duvergey (de Bordeaux) a recours, chez les femmes jeunes, à la fois aux réfections périnéales et aux ligamentopexies. Il considère l'hystéropexie abdominale, même isthmique, comme dangereuse; deux cas de grossesses extra-utérines et deux cas d'avortements à répétition ont été signalés à la suite de cette opération.

Il emploie, pour réparer le périnée, une technique qu'il a déjà décrite et qui consiste en une résection rectangulaire de la muqueuse vaginale postérieure, depuis le col jusqu'à la vulve, suivie de sutures musculaires et muqueuses avec resserrement de l'orifice vulvaire. Les résultats éloignés sont remarquables.

Chez les femmes âgées, les reconstitutions étendues du périnée constituent le point essentiel de la cure des prolapsus, et les ligamentopexies peuvent, sans inconvénient, être remplacées par l'hystéropexie abdominale.

Le cloisonnement du vagin peut aussi donner d'excellents résultats.

M. Goullioud (de Lyon) est resté fidèle à la *triple opération* : ventro-fixation, colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie qui lui donnent satisfaction. Voici sa statistique :

Sur 126 opérations pour prolapsus, une mort.

Sur 87 malades revues à longue échéance, parfois après plus de dix ans, 72 résultats sont restés excellents; 6 fois la pose d'un petit pessaire en berceau a été nécessaire pour parfaire les résultats; 9 récidives plus ou moins rapides.

Pour que le succès soit obtenu, il faut une solide fixation de l'utérus par des catguts forts associés à des fils non résorbables. Les pointes de hernie parfois observées seront évitées par la confection d'un surjet péritonéal et d'un surjet aponévrotique soignés.

L'utérus ainsi fixé devient un point d'appui solide pour les organes du bassin ; il dévie la pression abdominale qui porte moins sur la vessie. Celle-ci est soutenue d'autre part, par la sangle de la colporraphie antérieure qui demande pour ne pas céder à être elle-même soutenue par un solide périnée.

Les trois temps de l'opération sont donc nécessaires et quand l'auteur a voulu se dispenser d'exécuter l'un ou l'autre de ces temps, les résultats ont été moins bons.

Les opérées doivent être suivies; à la moindre récidive, on appliquera un petit pessaire en berceau. Il n'y a rien de commun entre ce petit berceau et les gros pessaires qui distendent le vagin et retiennent les sécrétions.

Chez les femmes très âgées on s'adressera à l'opération de Le Fort élargie.

La technique de Schauta-Wertheim, dans les quelques cas où l'auteur l'a employée, lui a paru efficace.

M. Tailhefer (de Béziers) traite le prolapsus total des vieilles femmes par la colpectomie à laquelle il ajoute l'ablation de la muqueuse du col et le drainage de celui-ci.

L'opération est faite à l'anesthésie locale. Grâce au drainage et à la suppression de la muqueuse cervicale par évide-

ment, les inconvénients de la colpectomie de Müller-Savariaud n'existent plus. L'auteur cite l'observation d'une femme de soixante-treize ans, déjà opérée pour un prolapsus total, neuf ans auparavant et dont la récidive après la « triple opération » se produisit au bout de quatre mois. La « colpectomie modifiée » a donné, chez cette malade, une guérison qui se maintient après dix-huit mois.

M. Guyot (de Bordeaux) ne pratique plus l'opération d'Alquié-Alexander, car il a eu un accident : une malade qui ne présentait cliniquement aucun signe d'annexite fit de la péritonite. Mieux vaut raccourcir les ligaments ronds par la méthode de Doléris, la laparotomie permettant de reconnaître sans erreur possible l'état des annexes.

L'hystéropexie abdominale est une bonne opération chez les femmes âgées, mais chez les femmes jeunes, elle demande une exécution minutieuse. Dans la plupart des cas, la « triple opération » est la méthode de choix.

M. Gernez (de Paris) pratique, chez les sujets jeunes, une colpopérinéorraphie, une opération de Le Fort et un raccourcissement des ligaments ronds dans le canal inguinal ; le tout sous anesthésie locale.

M. Cotte (de Lyon) expose les bons résultats qu'il obtient par le procédé de Watkins, Wertheim, Schauta.

M. Patel (de Lyon) emploie presque toujours la rachi-anesthésie basse dans toutes les interventions dirigées contre le prolapsus utérin. Chez les femmes âgées il pratique une périnéorraphie antérieure et postérieure et fixe l'utérus par la méthode de Doléris après incision transversale de la paroi. Chez les femmes jeunes, il préfère la « triple opération ».

M. Thévenard (de Paris) pense que le procédé de choix pour l'immense majorité des cas est « la triple opération ». La suture méthodique des releveurs lui semble un grand perfectionnement apporté à la technique de Bouilly. Dans les cas de prolapsus accentué, il pousse très haut la suture du périnée dans le plan frontal. Il ne résèque pas le vagin comme pour une colpectomie ; il en fait un tampon qu'il fixe entre le périnée et le bas-fond de la vessie, tampon qui joue avantageusement le rôle de l'utérus dans le procédé de Schauta.

M. Lardennois (de Reims) distingue la thérapeutique des prolapsus génitaux de celle des déchirures du périnée : la périnéorraphie fait merveille, dit-il, dans les ruptures récentes du périnée, mais ne suffit pas dans les prolapsus. Pour guérir ceux-ci il est nécessaire de rétrécir le conduit vaginal lui-même sur toute sa hauteur, et pour ce faire la colporraphie antérieure et la colpopérinéorraphie s'imposent. Pour être certain du succès l'auteur conseille d'y ajouter une hystéropexie abdominale. Au début sa technique n'était pas bien fixée. Il a été amené par la pratique et l'expérience à utiliser systématiquement la « triple opération ».

Il enlève de larges lambeaux de muqueuse vaginale et dissèque avec soin sur un centimètre les lèvres de la plaie à rapprocher, de façon à affronter non des bords mais de larges surfaces. De plus, l'auteur voit dans cette technique un moyen facile de rechercher et suturer les releveurs.

Chez les femmes âgées ou fatiguées mieux vaut recourir à la rachi-anesthésie qu'à l'éther ou au chloroforme. Trois fois l'auteur a pratiqué la colpectomie à la façon de Savariaud ; les résultats ont été satisfaisants. Il reproche cependant à cette méthode la suppression de la fonction conjugale. Dans la plupart des cas c'est donc à la « triple opération » qu'il demande la guérison de ces malades, ou bien supprimant l'hystéropexie il pratique une colpopérinéorraphie complétée par la suture antérieure et postérieure des releveurs. Cette méthode dans 8 cas lui a donné 8 succès. Il reconnaît que l'intervention est plus longue et plus pénible que la colpectomie, mais elle garde l'avantage de ne pas supprimer la fonction sexuelle.

M. Henry Reynes (de Marseille) ajoute aux réfections du périnée et aux fixations de l'utérus l'électrisation anté et post-opératoire des muscles releveurs. Il s'est bien trouvé de l'emploi de fils métalliques perdus dans toutes ces interventions. Ces fils sont tordus l'un sur l'autre ; on coupe le tortillon qu'on roule en « crosse d'évêque » avec une pince à mors plats pour éviter toute piqûre ou douleur. Ces sutures ne comprennent que les parties musculeuses ou cellulo-fibreuses. Les muqueuses sont ensuite suturées à la voie ou au catgut par-dessus les sutures métalliques profondes qui sont très bien tolérées et insensibles.

M. Paul Delbet (de Paris) estime que dans la pathogénie du prolapsus les actions mécaniques jouent un rôle secondaire ; le rôle principal appartient à l'infection et à l'inflammation qui dissocie les ligaments et ramollissent l'utérus. D'après lui le premier temps du traitement doit être un temps de désinfection.

Chez les femmes avant la ménopause on pratiquera, soit une hystérectomie vaginale, soit un curettage avec opération de Schröder suivant que le prolapsus sera incomplet ou complet.

Comme opération curative l'auteur emploie la colpopérinéorraphie associée à la fixation utérine. Il juge le procédé de Watkins et Wertheim illogique, la colpectomie barbare, le cloisonnement de Le Fort et le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés inefficaces.

Communications particulières.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Le pansement iodo-éthéré. — M. Delangre (de Tournai) vante la valeur thérapeutiqne du pansement iodo-éthéré et expose son mode d'application.

Sur un nouvel anesthésique local : le nikétol. — M. H.-C. Krafft (de Lausanne) fait connaître un nouvel anesthésique local : le nikétol. Ce produit découvert par A. Chesnois est vaso-constricteur et légèrement bactéricide. Son action est rapide et durable. Il agit aussi bien dans les tissus enflammés que dans les tissus sains, et sa toxicité semble être minime puisqu'on a pu introduire 5 centimètres cubes de la solution à 1 p. 100 dans la saphène externe d'un chien sans remarquer le moindre trouble cardiaque, respiratoire ou nerveux.

Anesthésie des nerfs splanchniques. — M. Roussiel (de Bruxelles) expose sa technique d'anesthésie des nerfs splanchniques et discute les indications de la méthode.

TROISIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

TRAITEMENT DES OBLITÉRATIONS NON CALCULEUSES DES VOIES BILIAIRES PRINCIPALES

Cette question a été l'objet de deux rapports.

M. Villard (de Lyon) étudie les techniques opératoires.

M. P. Mathieu (de Paris) discute les indications et expose les résultats.

Résumé du Rapport de M. Villard.

I. Soins préopératoires et choix de l'anesthésique. — Exception faite du cas où il existe une fistule cutanée biliaire, les oblitérations de la voie biliaire principale s'accompagnent d'un ictère par rétention dont le retentissemcnt sur la cellule hépatique expose aux *hémorragies* et aux *shock*.

Peut-on éviter ces accidents?

La crainte de l'hémorragie a conduit certains chirurgiens à injecter du sérum gélatiné ou à prescrire quelques grammes de chlorure de calcium pendant les jours qui précèdent l'intervention. L'action anticoagulante de ce sel est cliniquement difficile à contrôler ; la plupart des chirurgiens croient à son action ; certains autres comme Hartmann sont sceptiques.

D'une façon générale l'*éther* est l'anesthésique en faveur en dépit de l'irritation bronchique qu'il produit. Il est de bonne pratique de faire précéder l'administration de l'éther de quelques bouffées de chlorure d'éthyle ; de ce fait la salivation et l'irritation des voies respiratoires sont moins marquées.

Le chloroforme presque universellement délaissé dans la chirurgie des voies biliaires expose à la cholémie hémorragique et à l'ictère grave (Gosset, Quénu).

L'anesthésie locale ou régionale préconisée surtout par Pauchet serait peut-être préférable mais son emploi ne s'est pas généralisé.

L'anesthésie des splanchniques et même uniquement du

splanchnique droit bien que d'exécution peu aisée serait souvent satisfaisante; des accidents ont été signalés dus semble-t-il à une poussée massive du liquide anesthésique dans la veine cave inférieure.

La rachi-cocaïnisation serait d'après Pauchet aussi grave que la chloroformisation. Le rapporteur a enregistré un accident mortel dans le seul cas où il l'a employée.

L'anesthésie régionale paravertébrale est de technique difficile et infidèle.

II. **Voies d'accès sur les canaux biliaires.** — Il est nécessaire d'explorer largement la face inférieure du foie. Autant que possible on exécutera la manœuvre classique de *Mayo-Robson* qui consiste à extérioriser l'organe. Pour ce faire, deux conditions doivent être remplies :

a. Le tronc sera placé en hyperextension;

b. Les incisions seront menées de façon telle qu'elles donneront un large accès sur les voies biliaires.

Ces incisions *sacrifient* ou *respectent* les nerfs de la région.

Parmi les premières il faut citer :

L'incision latérale droite de Péan,
L'incision sous-costale de Keen, Musser et Kocher,
L'incision oblique de Hartmann,
L'incision coudée de Kehr,
L'incision de Mayo-Robson,
et l'incision ondulée de Bévan.

Parmi celles qui respectent l'innervation il convient de retenir :

L'incision oblique de Kausch,
L'incision de Kehr (2e manière),
L'incision de Rio-Branco,
L'incision de Gray,
et l'incision transversale basse de Sprengel.

De toutes ces voies d'accès la meilleure sera celle, qui permettant l'éversement du foie donnera le maximum de jour sur les régions sous-hépatique et duodénale et facilitera l'établissement d'un drainage toujours nécessaire.

La tendance actuelle est pour les procédés qui ne lèsent pas les nerfs. Il faut reconnaître pourtant que dans ces conditions les manœuvres opératoires sont difficiles parfois impossibles et les préférences du rapporteur vont aux incisions de Bévan, de Mayo-Robson et de Hartmann. Il a pratiqué plus de 500 fois l'incision de Mayo-Robson sans avoir jamais observé d'éventration. Sans doute la perte de la sensibilité est constante, mais c'est à son avis un léger inconvénient d'autant que la paroi présente toujours une solidité rassurante.

Interventions s'adressant aux oblitérations non lithiasiques de la voie biliaire principale à l'exclusion de l'ablation des tumeurs de l'ampoule de Vater et du pancréas. — Les causes d'oblitération de la voie biliaire principale, la lithiase mise à part peuvent résulter :

1° D'un aplatissement du conduit par des compressions extérieures;

2° De la présence de corps étrangers;

3° D'altération de ses parois par tissu rétractile cicatriciel ou néoplasique.

Les opérations dirigées contre ces causes seront donc : *des décompressions, des cholédocotomies, des plasties, des résections* avec ou sans opérations restauratrices et *des dérivations*.

Opérations de décompression. — Elles ne sont guère réalisées qu'à l'occasion de kystes hydatiques de la face inférieure du foie. Ces faits sont rares, vingt observations seulement ont été publiées.

L'incision et le drainage suffisent à amener la guérison sans qu'il soit généralement nécessaire d'intervenir sur la voie biliaire principale.

Dans un cas Monod a eu recours à des ponctions successives, dans un autre Americo Mosso fit une énucléation.

L'agent de compression peut être aussi un ganglion, un adénome cicatriciel, un anévrisme de l'artère hépatique (Villandre). La technique s'inspire des conditions anatomiques et pathologiques qui varient avec chaque malade.

Cholédocotomie. — Elle peut être *évacuatrice* ou *dilatatrice*. Dans le premier cas, l'opération se résume dans l'ablation d'un corps étranger : un parasite le plus souvent. Dans le second cas, elle tend à supprimer un segment sténosé. Les corps étrangers, les plus fréquemment rencontrés, sont les vésicules hydatiques, les ascaris, les lombrics et les douves. Chez une de ses malades, le rapporteur a pu extraire avec succès dix douves vivantes du cholédoque.

La *cholédocotomie évacuatrice* n'offre, en pareille circonstance, aucune particularité technique spéciale. Cependant, on doit se rappeler que les porteurs de parasites présentent cliniquement les signes de la lithiase; après extraction du parasite il faut explorer complètement le cholédoque, celui-ci contenant souvent des calculs.

La méthode de l'aspiration rendra de grands services et le drainage se fera à l'aide d'un tube de gros calibre qu'on laissera longtemps en place surtout si les hydatides sont en cause, car, leur migration dans les voies intrahépatiques est lente.

Dans la cholédocotomie dilatatrice, le canal biliaire est ouvert sur toute la longueur de sa partie sténosée. Un cathétérisme prudent permet d'explorer la perméabilité de ses extrémités. Un tube de caoutchouc est couché dans la gouttière, ainsi créée, et s'engage dans la lumière du canal en amont et en aval de la zone de sténose. Si les lésions paraissent étendues et gagnent le pancréas, le drain doit être poussé jusqu'à l'ampoule de Vater.

Exceptionnellement, cette intervention pourra se faire par la voie transduodénale (Hartmann, Heule, Jourdan).

Opérations plastiques. — Elles sont destinées à rétablir la perméabilité des voies biliaires rétrécies ou interrompues par une solution de continuité. Ces réfections sont obtenues en empruntant, aux parois du cholédoque, les éléments anatomiques nécessaires ou en utilisant les tissus voisins.

Si le cholédoque doit faire les frais de la réfection, on trace une incision longitudinale au niveau du rétrécissement et l'on suture transversalement. Cette technique est difficile en raison de l'atrophie du bout périphérique et de la rigidité des parois du conduit.

C'est à l'épiploon surtout, puis à l'estomac, au duodénum et à la vésicule qu'on peut emprunter les tissus nécessaires à la réparation. Les lambeaux partiellement disséqués sont rabattus sur la perte de substance. Il est préférable de ne transposer que les plans séreux et musculaires pour éviter les dangers d'infection par la muqueuse et la possibilité d'une fistule gastrique ou duodénale. Enfin, il est recommandé de pratiquer un revêtement épiploïque.

Mais, ces interventions sont rares et constituent de véritables curiosités chirurgicales.

Résection de la voie biliaire principale et opérations restauratrices. — Plus fréquemment, au cours d'une intervention destinée à lever l'obstacle du cholédoque, on a été amené à réséquer une partie plus ou moins étendue des voies biliaires. Il faut alors ou bien essayer la reconstitution du canal lésé, ou bien créer une dérivation par abouchement anormal dans le tube digestif.

Si le rapprochement des deux bouts est possible, la suture circulaire doit être tentée.

Si l'écart est trop considérable, il faut interposer un nouveau canal par greffe, ou donner un moule à la reconstitution spontanée : tube de caoutchouc par exemple.

La suture circulaire est d'exécution difficile, surtout quand il s'agit de néoplasme. Elle peut être faite par surjet, par points séparés ou à la façon d'une suture artérielle.

L'utilisation des greffes n'est pas sortie du domaine expérimental. Sencert a obtenu de bons résultats, chez le chien, en se servant de greffons artériels conservés dans l'alcool.

La prothèse sur tube de caoutchouc, réalisée par Terrier, en 1907, est à la mode actuellement. C'est là, une application à la chirurgie humaine des études expérimentales de Cornil et Carnot sur la réparation des pertes de substance faites aux organes creux. Ces organes fendus en long et maintenus ouverts par des sutures appropriées, on voit l'épiploon s'appliquer sur la brèche tout en respectant sa lumière.

Il se fait une reconstitution complète du conduit, y compris les glandes de la paroi.

Chez le chien, le tube de caoutchouc demeure en place dans le cholédoque environ trente jours, puis il est rejeté

avec les fèces. Son expulsion, dans l'espèce humaine, peut être l'origine de graves accidents, aussi a-t-on tenté son extraction avant son passage dans l'intestin. La fistule qui subsiste dans ces cas peut guérir en un mois.

Quoi qu'il en soit, il est à craindre que les voies biliaires, ainsi restaurées, ne soit éphémères, et mieux vaut, sans doute, recourir aux techniques de dérivation.

Opérations de dérivation biliaire. — Un procédé très simple, mais profondément déplorable quant aux résultats, est l'abouchement des voies biliaires à la peau. La seule dérivation vraiment chirurgicale est une *dérivation interne*.

C'est ainsi qu'on peut anastomoser au tube digestif : la vésicule, le cholédoque, le canal hépatique, voire même le parenchyme du foie.

Quel est le point des voies biliaires qu'on abouchera au tractus digestif? En principe, ce sera la vésicule ; ses rapports avec l'estomac, le duodénum et le côlon la désignent au premier chef ; mais quand cet organe est de volume réduit, quand le cystique n'est pas perméable, quand les localisations inflammatoires sont étendues, il faut renoncer à l'utiliser et chercher à établir la dérivation aux dépens du cholédoque ou de l'hépatique. On réalisera une anastomose aussi haute que possible pour se rapprocher davantage des conditions physiologiques normales.

L'abouchement du côlon est la méthode la plus aisée, mais il est certain que, dans ce cas, l'arrivée de la bile se fait trop bas. D'autres inconvénients sont à signaler, en particulier la septicité du contenu du gros intestin qui fait que chez le chien, les anastomoses cholécystocoliques sont fatalement suivies d'infection ascendante.

L'abouchement avec le grêle satisfait mieux l'esprit, mais on se trouve pratiquement devant de grosses difficultés opératoires en raison de la présence du côlon transverse et de son méso. Pour amener le grêle au contact des voies biliaires, il faut le faire passer en avant du côlon ou l'attirer à travers son méso. Ces transpositions anormales compromettent les résultats fonctionnels et ne donnent définitivement que des succès relatifs. Aussi, la tendance actuelle est-elle en faveur de l'abouchement à l'estomac, surtout, quand l'opérateur utilise la vésicule.

A la lecture des travaux de Claude Bernard qui démontra que la bile in vitro arrête la digestion gastrique, on est porté à croire que les résultats d'une telle anastomose seront « antiphysiologiques ». Il n'en est rien, et les faits expérimentaux et cliniques prouvent l'absence de troubles appréciables.

La variété des techniques proposées pour réaliser les différents types de dérivation démontre combien les opérateurs ont rencontré de difficultés anatomiques et physiologiques. Il n'est pas permis de choisir, d'une façon définitive une méthode à laquelle on demeurera fidèle. Les circonstances opératoires guideront, seules, le chirurgien en lui dictant la meilleure technique dans chaque cas donné.

Opérations radicales s'adressant aux tumeurs de l'ampoule de Vater et de la tête du pancréas, obstruant le cholédoque. — L'intervention chirurgicale vise un double but : supprimer la tumeur, rétablir le cours de la bile.

L'exérèse du néoplasme peut être une opération simple, s'il s'agit d'une tumeur de l'ampoule de Vater ou de papillome ; mais elle peut être aussi très complexe et nécessiter, dans certains cas, l'ablation d'une partie du duodénum, voire même d'une partie du duodénum et du pancréas. Certains chirurgiens sont allés jusqu'à pratiquer l'ablation totale de la glande pancréatique et, fait paradoxal, parfois avec succès. Souvent des opérations complémentaires sont nécessaires, obligeant à intervenir en deux temps : telle la recherche et l'ablation méthodique des adénopathies.

Cet important rapport se termine par l'exposé détaillé de quelques opérations expérimentales et théoriques.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

Les problèmes actuels de diététique, par CARNOT, JOSUÉ, Marcel LABBÉ, LEREBOULLET, PAGNIEZ, RATHERY. (Cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris.) 1 vol., 184 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1923)

L'ammoniaque et l'application du décret du 14 septembre 1916. — M. COUTIÈRES, au nom d'une commission dont il est rapporteur, en réponse à une demande du ministre, qui avait pour objet de proposer de soustraire l'ammoniaque aux dispositions de la loi de septembre 1916, fait connaître, qu'après étude de la question, la Commission estime qu'il n'y a pas lieu de satisfaire à cette demande.

Traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — Le professeur Thomas JONNESCO (de Bucharest), membre associé de l'Académie, communique les résultats éloignés de l'opération qu'il a pratiquée le premier et déjà fait connaître à l'Académie : la résection du sympathique cervico-thoracique. Sur quatre malades, dont le cœur était en assez bon état pour leur assurer une survie assez longue qui permette de juger les résultats éloignés de l'opération, trois sont définitivement guéris : depuis sept ans, deux ans et demi, et un an et demi ; le quatrième a succombé au bout de huit mois, mais dans ce dernier cas l'opération, pour des causes inévitables, a été incomplète. Deux autres malades avec des troubles graves du cœur (asystolie) guéris de l'opération, ont succombé très vite au progrès de leur maladie de cœur. Aussi M. Jonnesco conclut qu'il ne faut opérer que les angineux dont le cœur en assez bon état permet à l'opération de produire son effet sur les accès d'angine, qu'elle fait disparaître, et avec eux la menace constante de mort subite.

M. TUFFIER rappelle avoir pratiqué la même opération chez un malade atteint d'angine de poitrine, qui en avait obtenu un très bon résultat. Il est mort ultérieurement d'une maladie toute différente.

Les greffes osseuses et le rôle du greffon. — M. L. IMBERT (de Marseille) rappelle avoir, dans des communications antérieures, montré que le greffon se comporte différemment, selon qu'on l'implante dans les parties molles où qu'on le place en contact avec un foyer de résection. Dans le premier cas, il se résorbe, dans le second il s'épaissit.

Dans une nouvelle série d'expériences, l'auteur s'est proposé d'étudier comment un foyer de résection utilise un transplant osseux. Ces expériences ont porté sur des chiens. M. Imbert pratique une résection simple d'un membre. Il ne se fait pas de réparation. Lorsqu'on y ajoute un greffon, une réparation complète est obtenue après trois mois. Le rôle rempli dans ce cas par le greffon est donc indéniable.

Cette réparation se fait autour des extrémités du greffon. Ce même greffon, implanté dans des parties molles se résorberait.

Ainsi se trouve démontrée cette action réciproque, cette influence dynamique exercée à distance que l'auteur a signalée depuis longtemps.

Valeur des radiations émises par l'ampoule de Coolidge, à travers les divers moyens de protection. — M. Iser SALOMON a étudié, au laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, la valeur des radiations émises par l'ampoule de Coolidge, à travers les divers moyens de protection — capsule métallique, cuve de plomb, mur de briques barytées, mur de briques garni de feuilles de plomb — imaginés pour mettre à l'abri de leurs effets fâcheux l'opérateur et les voisins. Ses conclusions sont que les rayons traversent tous ces barrages, mais dans une proportion tellement infime que, dans les conditions ordinaires où l'opérateur et les habitants logés de l'autre côté du mur se trouvent placés, aucun accident, aucun effet nocif sur les téguments ni sur les viscères ne sont à redouter.

M. BÉCLÈRE fait ressortir toute l'importance de la communication de M. Salomon qui confirme d'ailleurs les conclusions qu'à émises sur le même sujet M. Broca. Pour bien faire comprendre ce qui se passe, M. Béclère se sert de cette ingénieuse comparaison : les tremblements de terre, dit-il, ne

s'exercent que sur une surface relativement restreinte alors que les appareils enregistreurs sont influencés à des distances extrêmement considérables. Il en est de même des plaques radiographiques qui peuvent être influencées par les rayons de Rœntgen à certaines distances, alors que ces rayons ne peuvent plus avoir aucune action sur le corps humain.

M. Broca appuie également les conclusions de M. Salomon et partage la même opinion que lui et que M. Béclère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1923)

Pseudo-xanthome élastique (à propos du procès-verbal). — MM. Caussade et Surmont signalent, à propos de leur précédente communication, une observation de M. Milian omise par les auteurs et qui porte le nombre des cas semblables à onze.

Procédé d'ablation du pancréas. Influence de l'insuline sur les animaux dépancréatés. — M. Thiroloix décrit un procédé d'ablation du pancréas ne nécessitant pas de ligatures et ne déterminant chez les animaux opérés aucune mortalité.

L'auteur a étudié sur trois chiens l'action de l'insuline après leur avoir extirpé le pancréas, et de ses recherches M. Thiroloix conclut que l'insuline est surtout indiquée dans les cas de diabète avec pancréas sain, tandis que dans le diabète pancréatique l'amélioration obtenue paraît être seulement momentanée.

Il poursuit, en outre, des recherches sur une méthode de titrage de l'insuline dont l'action ne doit pas être étudiée sur le lapin.

M. Labbé partage l'opinion de M. Thiroloix, l'action de l'insuline doit être étudiée sur le chien et non sur un lapin.

Virus encéphalitique et parkinsonisme. — MM. J.-A. Sicard, J. Paraf et Laplane ont pu déceler par inoculations en série au lapin le virus encéphalitique dans les centres nerveux d'une malade atteinte de parkinsonisme quatre ans après le début des accidents encéphalitiques. Il s'agissait bien chez cette femme d'une infection prolongée évolutive et non d'une séquelle cicatricielle.

Séméiologie de la ligne blanche cutanée. Ses rapports avec le tonus sympathique et le tonus circulatoire. — MM. Sézary et Dessaint, considérant que la ligne blanche cutanée est un réflexe physiologique, ont étudié la valeur séméiologique des variations de ce phénomène.

Ils ont d'abord recherché chez 101 sujets si son intensité avait un rapport avec le tonus sympathique et en particulier avec les modalités du réflexe oculo-cardiaque. Leurs résultats ont été négatifs. Il y a une indépendance incontestable entre ces deux réflexes. L'intensité de la ligne blanche semble donc dépendre surtout de l'excitabilité et de la contractilité des parois vasculaires et non du tonus végétatif.

D'autre part, les auteurs ont constaté que la ligne blanche cutanée ne peut jamais être provoquée chez les asystoliques. Mais le réflexe reparaît chez ces malades lorsqu'ils s'améliorent et peut redevenir normal si la lésion valvulaire est bien compensée. Ce phénomène qui semble dû à la fois à la stase périphérique et au défaut de contractilité des petits vaisseaux, donne de bonnes indications sur le tonus circulatoire et pourra être utilisé dans les recherches cliniques.

Il n'est pas impossible que le spasme des petits vaisseaux périphériques — dans la colique de plomb par exemple — puisse aussi provoquer l'abolition du réflexe. Mais celui-ci persiste chez les hypertendus florides, à myocarde hypertrophié et vigoureux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1923)

Recherches sur l'immunité locale cutanée vis-à-vis du streptocoque chez le lapin. — M. Rivalier (présenté par M. Babonneix) expose le résultat de ses recherches faites dans le laboratoire du professeur Teissier, à l'hôpital Claude Bernard, sur l'immunité cutanée expérimentale vis-à-vis du streptocoque chez le lapin, et il en tire les conclusions suivantes :

1° Il est impossible de démontrer l'immunité locale d'un territoire cutané préalablement infecté car la peau du lapin n'est susceptible de réagir vis-à-vis du streptocoque que si elle est fraîchement épilée ;

2° L'immunisation locale de l'ensemble du tégument ne peut être réalisée ni par des épilations cutanées en série, ni par l'immunisation générale à l'aide de germes tués.

M. Rivalier a pu, d'autre part, réaliser une immunité cutanée rigoureusement locale en injectant dans le derme un filtrat de vieille culture streptococcique mais n'a obtenu aucune immunité de la peau par l'injection intraveineuse du même filtrat.

De l'évolution du testicule de chimpanzé greffé à l'homme. — MM. Retterer et Voronoff. Un fragment de testicule de jeune chimpanzé greffé sur un homme de soixante ans montre au bout de quinze mois la structure suivante : le centre est occupé par des tubes séminipares pleins ou cordons réunis par du tissu conjonctif. La zone moyenne est du tissu conjonctif réticulé à mailles vides; la couche externe est une coque fibreuse épaisse de 2 à 3 millimètres et contenant des follicules clos. La couche moyenne ou zone réticulée est due à la transformation des cellules épithéliales des cordons en tissu réticulé dont une partie du cytoplasma se fluidifie. En certains points la fluidification ne se produit pas ou est en retard ; c'est en ces points que persistent le tissu réticulé plein ou follicules clos. A sa face externe, le tissu réticulé de la zone moyenne et des follicules clos se transforme en tissu fibreux.

Enregistrement du bruit musculaire par le galvanomètre à corde et l'amplificateur à basse fréquence (phonomyogramme). Données relatives à la contraction et à la contracture. Contraction cinétique et contraction statique (ou posturale). — Enregistrement du bruit de la contraction musculaire en adjoignant au galvanomètre à corde l'amplificateur à basse fréquence d'usage courant en téléphonie sans fil. — MM. Foix, Thévenard et Dupasquier. Conclusions : 1° le muscle en relâchement complet ne paraît donner aucun son; 2° le bruit musculaire engendre une courbe comportant 45 à 50 vibrations par seconde dont l'amplitude est grossièrement proportionnelle à l'énergie de la contraction; 3° les réflexes tendineux donnent une série d'oscillations de même vitesse se prolongeant sur un dixième de seconde environ; 4° la contracture engendre une courbe de même ordre important avec 40 à 50 vibrations, mais d'amplitude beaucoup plus faible; 5° les contractions statiques liées au jeu du système postural donnent une courbe comportant également 45 à 50 vibrations par seconde mais d'amplitude restreinte analogue à celle de la contracture; 6° le rythme fourni par l'enregistrement du son est sensiblement identique à celui des courants d'action développé par la contraction (oscillations de Pifer, 50 par seconde). Ceci suggère l'idée qu'il s'agit de deux manifestations d'un phénomène identique; 7° il est probable que l'aspect spécial des courbes d'enregistrement de la contraction statique est à rapprocher de la nature en grande partie réflexe de cette contraction et du peu de fatigue qu'elle engendre.

REVUE DES THÈSES

Hypnotiques uréiques et analgésie obstétricale (1), par M. le docteur P. Cerné.

M. le docteur P. Cerné vient de publier un travail excessivement intéressant sur les recherches qu'il a faites dans le service de M. le docteur Funck Brentano, à l'hôpital Boucicaut, en vue d'obtenir l'analgésie obstétricale. Il s'est servi du diéthyl-dipropényl-barbiturate de diéthylamine. Il rap-

(1) *Th. de Paris*, 1923.

pelle les thèses sur le somnifène soutenues par MM. les docteurs Kindler et Boisnière, en 1921, et plus spécialement l'expérimentation en chirurgie faite par M. le docteur D. Bardet (*Bull. gén. de thérap.*, avril 1921). Ces auteurs ont employé le somnifène, soit sous forme de gouttes (voie buccale), soit sous forme d'injections intramusculaires ou même endoveineuses (Bardet). M. le docteur Cerné préfère l'injection intramusculaire profonde, en plein quadriceps et il fait trois à quatre ampoules, soit 3 à 4 centimètres cubes; au bout d'une heure environ, l'analgésie est suffisante; les contractions sont nettement conservées et aussi régulières qu'auparavant, augmentant même d'importance avec la progression du travail, ces contractions sont indolores ou presque et à peine perçues par la femme; les efforts expulsifs sont satisfaisants; le dégagement de la tête à la vulve se fait sans douleur et certaines parturientes ont été tout étonnées d'apprendre que l'accouchement de l'enfant était terminé, la délivrance n'est pas modifiée, le placenta étant extrait par traction simple dans les délais normaux de vingt à vingt-cinq minutes; enfin, aucune tendance à l'hémorragie, l'utérus restant toujours tonique ; après, généralement, sommeil calme et réparateur d'une durée de quelques heures, d'où les femmes sortent très lucides, avec une amnésie presque totale de l'événement.

Quels sont les effets sur l'enfant? Jamais, dit M. le docteur Cerné, d'enfant né étonné avec apnée ou oligopnée. Une seule mort a été enregistrée chez un enfant ayant crié dès sa naissance et mort quelques jours après d'hémorragie méningée. A noter que dans ce cas l'accouchement avait été particulièrement rapide. Dans tous ces accouchements, aucune application de forceps n'a été nécessaire. Le cas échéant, aurait-elle été facile? Sans doute, et ne nécessitant peut-être pas d'anesthésie générale ; en effet, dans les cas où il y a eu lieu de pratiquer une petite intervention : suture du périnée, curage immédiat pour délivrance incomplète, délivrance artificielle dans un cas d'enchâtonnement du placenta, ces manœuvres se sont toujours montrées très faciles, sans défense de la parturiente.

Il semble que ce travail important puisse être le point de départ d'applications nouvelles de cet hypnotique uréique dont on connaît les multiples indications en thérapeutique nerveuse, même chez les vieillards et les enfants. Tout récemment même, M. le docteur Hoffmann (*Prat. méd. franç.*, 1923, p. 190) a conseillé le somnifène chez les tout petits enfants par qui, d'après son expérience, il est très bien toléré, à doses convenables. Les conclusions de ce dernier auteur sont pleinement confirmées par le travail que nous venons d'analyser.

T. J.

LIVRES NOUVEAUX

Julie Bouchaud des Hérettes à Gand pendant les Cent-Jours (1), par le docteur L. Babonneix.

Julie Bouchaud des Hérettes, l'Elvire de Lamartine, appartient quelque peu à la médecine. N'a-t-elle pas toujours été une malade? Son « observation » n'a-t-elle pas été prise par le premier de la première promotion de l'internat? M. L. Babonneix a donc été bien inspiré en évoquant son ombre charmante et en cherchant à dissiper, à l'aide de documents authentiques et inédits, le mystère qui plane sur la vie de cette « créature céleste » dont on ne sait que les amours...

Dans la jolie plaquette qu'il vient de publier, il nous montre son héroïne partant de Paris pour Gand, pendant les Cent-Jours. A Gand, sa grâce et sa jeunesse font sensation. Elle ne tarde pas à y nouer de nombreuses intrigues. Elle s'éprend de Lally-Tollendal comme, jadis, elle s'était éprise de Fontanes, grand maître de l'Université. Celui-ci n'était-il pas « séduisant par la gloire qui l'entourait et par la figure? » La citation est de Lamartine. N'est-ce pas avec elle que celui-là « se délassait, le soir, des sueurs et des paroles qu'il avait versées au Conseil? » La citation est de Chateaubriand... D'ailleurs elle ne lui consacre pas tous ses instants. Il lui en reste encore pour un certain nombre d'autres « personnages éminens »...

Voyage à Cythère? Ebats d'une « embrasée » dont l'observation relève de la psycho-analyse? Oui et non. Julie était « très volage ». Il faut bien le croire, puisque c'est une de ses meilleures amies qui l'affirme. Mais elle avait aussi, au plus haut point, l'esprit de famille. Et elle savait, à l'occasion, mêler l'utile à l'agréable.

Elle n'était pas à Gand de six semaines que le ministre de la Guerre donnait des notes particulièrement élogieuses à un jeune officier et lui promettait une place dans la maison de sa Majesté. Comment s'appelait ce ministre? Lally-Tollendal. Quel était ce jeune officier? Le propre neveu de Julie...

Entre temps, elle acceptait, pour le Roy, des missions politiques. N'avait-elle point rapporté de Paris des « pièces intéressantes »? « Quel prélude aux Préludes! Elvire, courrier secret! Julie chargée de la valise diplomatique! La douce et dolente créole muée en conspiratrice! Voilà qui nous change de cette « pure et touchante beauté », de cette figure de rêve que célèbrent les *Méditations* »!

M. L. Babonneix nous conte, non sans humour, ces aventures sur lesquelles personne n'avait encore attiré l'attention et nous dévoile une Elvire inconnue, sachant, avec une habileté consommée, mettre ses amours au service des siens.

L. GAYARD.

(1) In-8 de 16 pages. — Paris 1923, Maloine.

Pratique médicale (1), par le docteur Paul Fumouze, ancien externe des hôpitaux.

Le but de cet ouvrage est de réunir en peu de pages des renseignements multiples. Il s'adresse surtout aux praticiens qui sont obligés de faire à la fois de la médecine et de la petite chirurgie, et aux étudiants à qui un aperçu pratique sur la thérapeutique médicale et chirurgicale peut être utile pour les guider dans leur stage hospitalier. Edité luxueusement avec de fort belles figures et d'heureuses dispositions typographiques, ce volume est appelé à rendre de très réels services.

L. G.

Pourquoi et Comment la cure solaire (2), par G. Léo et C. Rœderer.

Un nouveau et excellent petit livre de la Collection orthopédique C. Rœderer.

Une première partie est consacrée à la cure solaire : l'héliothérapie sur toute la surface du corps. Une seconde partie au pansement solaire : l'héliothérapie sur les plaies, les brûlures, les moignons, etc.

Dans la première, les auteurs s'appliquent à montrer l'utilité d'une discipline et d'une méthode qui seules permettent de considérer l'héliothérapie comme une véritable thérapeutique. Ils insistent sur les conditions du traitement à la ville, à la campagne, à la mer, selon les données atmosphériques : soleil, vent, température, saisons, et donnent de très pratiques conseils sur l'organisation technique de la cure : tableau de progression, matériel, arrangement des logettes, etc.

Ils passent en revue les principales indications : rachitisme, convalescences, diathèses, tuberculoses locales et les effets généraux habituels.

Dans la seconde partie, ils insistent sur l'évolution clinique, biologique, bactériologique et cytologique d'une plaie traitée par le pansement solaire et s'efforcent de fixer le processus de réparation.

Ouvrage clair, de lecture facile, bien construit, dont il existe deux éditions : une première réduite à la technique, à l'usage des familles; la seconde complète comprenant les indications et les discussions biologiques à l'usage des praticiens.

L. G.

(1) Prix : 30 francs. — Paris, Maloine.
(2) « Petite Collection orthopédique C. Rœderer », 50 pages. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Caussade, Gandy, Garnier, Martin, Rieffel, Auvray, Rudaux, qui acceptent; Michel, Lesné, Desmarest, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 18 octobre 1923. — Question donnée : « Artère poplitée. »
MM. Négroni, 10; Moullard, 14; Katz, 13; Lagasquie, 12; Séjournet, 15; Kapandji, 12; Laborde (Pierre), 13; Lançon, 17; Maire-Améro, 11; Lapiné, 18 1/2; Martin (Fleury) et Lardat, 12; Rone, 10; Le Loupp, 14; Tournadre, 15; Lelièvre, 13; Mlles Lebois, 10; Maigron, 8.

Séance du 19 octobre. — Question donnée : « Configuration externe et rapports de l'estomac. »
Mlle Le Hoir, 10; M. Kaufmann, 17; Mlle Letailleur, 15; MM. Raganeau, 14; Le Buanec, 16; Lequint, 12; Lacaille, 8; Kuntzli, 4; Paul (Georges), 11; Le Maniet, 10; Poublan, 13; Rabetrano, 15; Peraire, 3; Manesse, 4; Maricot, 17; Mlle Magrah, 15; M. Masquin, 14.

Pathologie. — Séance du 19 octobre 1923. — Question donnée : « Signes et diagnostic du cancer du rein. »
Mlle Gillard, 9; MM. de Ginestet, 16 1/2; Enriquez, 14; Gibert, 16; Duclos, 12 1/2; Gozlan, 9; Mlle Ducreux, 12 1/2; MM. El Baz, 12; Girard, 13; Mlle Forthomme, 12 1/2, MM. Fancher, 9; Fau, 12; Dhaussy, 14; Cousin, 11; Forgeois, 12; Fleury, 14; Duvernoy, 9; Fort, 15.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 19 octobre. — MM. Cuvigny, 20; Godart, 29; Mérot, 23; Lemarié et Bernard, 28; Baranger, 26.
Epreuve de dissection. — Séance du 20 octobre. — MM. Godart et Lemarié, 28; Baranger, 27; Bernard, 28.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours d'internat, ouvert le 22 septembre, s'est terminé par les nominations suivantes :
Internes titulaires : M. de Girardier, Mlle Schœn, MM. Thiers, Chaix, Lesbroc, Mounier, Brochier, Dechaume Michel, Clavel, Condamin, Parthiot, Heitz, Latreille, Croizat, Grandmaison, Corréard, Lainé, Malartre.
Internes provisoires : MM. Piney, Paufique, Jouve, Sabathier, Simon, Mlle Durand. MM. Mollard. Lacroix, Harispe, Puig, Chavent, Roland, Rougy, Montel, Robin, Tillier, Mestrallet, Amouroux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Section d'oto-rhino-laryngologie.* — Jury : MM. Sebileau et Gosset (Paris), Mouret (Montpellier), Jacques et Michel (Nancy).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE CLINICATS. — *Clinicat médical. Clinicat médical thérapeutique. Clinicat propédeutique.* — Jury : MM. Gilbert, président; Chauffard, Widal, Achard, Ribierre, Sergent.
Clinicat chirurgical. Clinicat thérapeutique chirurgical. — Jury : MM. Delbet, président; Hartmann, Lejars, Gosset, Duval.
Clinicat obstétrical et gynécologique. — Jury : MM. Couvelaire, président; Brindeau, Jeannin, J.-L. Faure, Lardennois.
Clinicat médical infantile. Clinicat de la première enfance. Clinicat des maladies infectieuses. — Jury : MM. Marfan, président; Teissier, Nobécourt, Lereboullet, Abrami.
Clinicat des maladies mentales. — Jury : MM. P. Marie, président; Jeanselme, Claude, Léri, Gougerot.
Clinicat oto-rhino-laryngologique. Clinicat chirurgical infantile. — Jury : MM. Lejàrs, président; Broca (Auguste), Sebileau, Cunéo, Lecène.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :
MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Ermenge (de Paris).
Au grade de chevalier. — M. le docteur Grenier (de Paris).

MARINE. — ECOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE. — Le *Journal officiel* du 20 octobre, p. 10057, contient l'instruction relative à l'admission en 1924 dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'Ecole principale du Service de santé de la marine, et le programme des connaissances exigées.

UNE GRÈVE DE MÉDECINS. — En Angleterre, les médecins d'assurances menacent de se mettre en grève !... Deux cents délégués des treize mille médecins qui donnent leurs soins à quatorze millions d'assurés vont se réunir à Londres pour décider s'ils doivent suspendre leurs services c'est-à-dire se mettre en grève.

Les médecins reçoivent actuellement un traitement annuel forfaitaire de 9 shillings 6 pence (soit 12 fr. au cours d'avant guerre) par personne assurée de leur circonscription.

Le ministre de l'Hygiène que l'on nomme ministre de la Santé de l'autre côté de la Manche, a proposé une rétribution de 8 shillings 6 pence qui a été repoussée comme insuffisante par les médecins et comme excessive par les compagnies d'assurances qui supportent la plus grande partie des frais de la loi des assurances sociales.

Le ministre a refusé d'être l'arbitre du conflit et les médecins se déclarent prêts à recourir à la grève pour faire aboutir leurs revendications. (*New York Herald.*)

J.-M. LE GOFF.

HOTEL-DIEU. — M. Leven : Consultation. Leçon sur les maladies d'estomac, à 9 h. 1/2, salle Sainte-Monique, tous les vendredis.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le professeur Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — Un cours de médecine opératoire générale pour 30 élèves, par M. le Dr Braine, prosecteur, commencera le mercredi 7 novembre 1923, à 2 h., et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 100 fr. — Gratuit pour internes et externes.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MALADIES PROFESSIONNELLES

DÉLAI DE DÉCLARATION. MALADIE AIGUË OU CHRONIQUE

L'article 5 de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles décide que toute maladie professionnelle dont la victime demande réparation doit être, par ses soins, déclarée dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail, au maire de la commune qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé. Le paragraphe 4 du même article dispose que du jour de la déclaration court le délai de prescription prévu par la loi du 9 avril 1898 ; il en résulte que toute déclaration faite après l'expiration du délai de quinze jours à partir de la cessation du travail est irrecevable, à moins que l'ouvrier ne prouve qu'il a été dans l'impossibilité matérielle ou empêché par la force majeure de se conformer à la loi.

Quelle influence peut avoir le fait, par l'ouvrier, de se méprendre sur l'origine et la nature de la maladie? On sait que la maladie professionnelle doit se présenter, aux termes mêmes de la loi dans certaines conditions, sous un certain aspect; si l'ouvrier ne s'est pas rendu compte de la maladie dont il a pu être atteint, y a-t-il cas fortuit ou impossibilité matérielle de faire la déclaration dans les délais utiles?

On se rend compte, par cette question, combien est important le rôle du médecin qui, dès le début, va examiner le malade. C'est de ses constatations, consignées dans le certificat qu'il délivrera, que dépendra l'existence ou non de la maladie professionnelle. Un jugement du tribunal civil de Rouen, en date du 18 janvier 1923 (*Rec. des assurances*, 1923, p. 275), a eu à statuer sur la question ; en voici la partie intéressante :

« Attendu que, dans l'espèce, L... prétend qu'il ignorait la nature de la maladie dont il souffrait, maladie dont le véritable caractère ne lui aurait été révélé que plus tard par un certificat médical du 30 mars 1922 ; qu'il aurait fait la déclaration dans les quinze jours de ce certificat, soit le 7 avril 1922 ; qu'on ne saurait évidemment faire grief à un ouvrier, atteint d'une maladie professionnelle qu'il ignore, de n'avoir pas, dans les quinze jours de la cessation du travail, déclaré cette maladie; qu'à la vérité, lorsque L... a abandonné le travail, *il ne souffrait pas d'une des maladies aiguës ou chroniques qui, seules, donnent droit à indemnité aux termes de la loi du 25 octobre 1919*, mais seulement d'hypertension artérielle ; que c'est seulement quelques semaines plus tard que le médecin traitant, le docteur H..., s'est avisé de déclarer dans un certificat en date du 3 mars qu'il y avait tout lieu de penser que les troubles dont se plaignait L..., troubles provoqués par de l'hypertension artérielle, étaient imputables à l'intoxication chronique par le plomb :

Que c'est là, déclare le médecin de la Compagnie d'assurances, une hypothèse parfaitement plausible, mais seulement ni démontrée, ni démontrable :

Qu'en résumé, si L... n'a pas fait la déclaration dans les quinze jours de la cessation du travail, ce n'est pas qu'il ait été empêché de la faire par force majeure ou impossibilité matérielle, mais parce que la maladie, qui l'a obligé à cesser le travail, n'était pas une des maladies aiguës ou chroniques prévues aux tableaux annexés à la loi de 1919 et qu'au moment où il a fait sa déclaration, la question de savoir si cette maladie était imputable à l'intoxication par le plomb restait, comme elle reste encore, à l'état d'hypothèse ; qu'une mesure d'instruction, l'expertise sollicitée par L... en vue de faire demander aux docteurs H... et L... s'il n'a pas été atteint du 7 mars au 26 avril 1922 d'une intoxication par le plomb serait aussi inopérante que les deux certificats délivrés par ces deux médecins. »

Cette décision montre que l'absence de déclaration est préjudiciable à l'ouvrier ; car, ayant laissé passé le délai de quinze jours, il doit prouver le cas fortuit ou l'impossibilité matérielle. Il se trouve dans une situation bien moins favorable que celle créée par la loi du 9 avril 1898. Cela s'explique : l'article 5 de la loi du 25 octobre 1919, en mettant à la charge de la victime la déclaration de maladie professionnelle, déroge aux règles de la déclaration en matière d'accident, parce que, tandis que l'accident est toujours apparent par lui-même et ne peut être ignoré par l'employeur, il en est autrement de la maladie dont les symptômes et les faits ne sont généralement aperçus que par la victime.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTE DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE HYDROPIGÈNE

Repos prolongé au lit.

Régime hydro-lacté pendant quinze jours, puis lacto-végétarien et déchloruré.

Prescrire un mois de suite la *Théosalvose scillitique*, à la dose de deux cachets de 0g50 par jour, puis continuer la médication cinq jours sur dix.

Deux fois par semaine, laxatif léger (sulfate de soude, une cuillerée à café à jeun, ou décoction de bourdaine, 3 à 4 grammes au coucher).

Ferrugineux, Vanadarsine.

IIIe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

[*Bruxelles, les 4, 5, 6 et 7 octobre 1923*] (1)

Le 4 octobre à 10 heures du matin a débuté le IIIe Congrès des pédiâtres de langue française : la séance solennelle d'ouverture s'est tenue dans les magnifiques locaux de la Fondation Universitaire mis à la disposition du Comité organisateur.

La réunion était honorée de la présence de S. M. la Reine Elisabeth, toujours attentive aux manifestations scientifiques du pays. M. Henri Pelghe, secrétaire général de l'Œuvre nationale de l'Enfance représentait officiellement cet organisme si important en Belgique ainsi que M. le professeur Maldague, vice-président de l'Œuvre.

Au bureau avaient pris place M. Pechère, président, assisté de MM. Lorthioir, vice-président, et Delcourt, secrétaire général.

L'assemblée fort nombreuse réunissait 43 pédiâtres français, 6 suisses, 2 espagnols, 10 hollandais, un délégué officiel de Pologne et 40 belges. Faut-il ajouter que chaque pays était représenté par ses pédiâtres les plus qualifiés et d'ailleurs universellement connus, les professeurs : d'Espine toujours vert malgré son grand âge, Nobécourt, Mouriquand, Leenhardt, Eschaguer, Lereboullet, Louis Guinon, Hallé, Lesné, Armand-Delille, Massart, Gautier, Lecoq, Gillot, Genévrier, Pescher, Veau, Haverschmit, etc.

Après une courte allocution adressée à S. M. la Reine pour la remercier de l'honneur qu'Elle avait bien voulu réserver aux congressistes en assistant à leur première réunion, le président adresse de très chaleureux et très cordiaux souhaits de bienvenue aux amis Français, Hollandais, Suisses, Espagnols et Italiens; il cède ensuite la présidence de la séance à M. L. Guinon (de Paris), ancien président de l'Association internationale de Pédiatrie.

Enfin, au nom des membres Français et Suisses de l'Association, ainsi que de ses invités des nations amies, le professeur Nobécourt (de Paris), adresse leurs respectueux hommage à la Reine et dit ensuite toute leur joie et leur remerciements aux amis Belges pour leur accueil si cordial.

I

LES PNEUMOCOCCIES PROLONGÉES CHEZ L'ENFANT

Rapport de M. Ch. Gardère (de Lyon).

La pneumonie lobaire infantile considérée en dehors de toute complication, présente dans la plupart des cas, une évolution cyclique régulière. Néanmoins la pneumonie lobaire à pneumocoques peut avoir chez l'enfant une évolution prolongée, c'est-à-dire avec défervescence survenant le onzième jour. Parmi ces dernières, il y a lieu de distinguer :

1. *Des pneumonies à foyer unique;*
2. *Des pneumonies à foyers multiples;*
3. *Des pneumonies typhoïdes.*

La forme de beaucoup la plus fréquente est la pneumonie à foyer unique dont la symptomatologie est celle d'une pneumonie normale, sauf que la défervescence est tardive; un type de cette forme est la pneumonie dite serpigineuse dont le caractère principal est le déplacement progressif des signes d'auscultation provenant surtout de la congestion qui se produit autour de la zone hépatisée.

Les pneumonies à foyers multiples encore appelées pneumonies doubles ou successives, à rechutes précoces, sont le plus souvent des pneumonies à un seul foyer d'hépatisation auquel s'ajoutent des foyers de congestion pulmonaire apparaissant à distance; la radioscopie montre d'ailleurs qu'il est rare d'observer la coexistence de deux foyers d'hépatisation.

Les pneumonies typhoïdes sont des pneumonies avec apparition tardive du foyer d'hépatisation et qui doivent être considérées comme relevant de la localisation secondaire, au niveau du poumon, d'une septicémie pneumococcique bénigne.

Les remarques générales suivantes s'appliquent aux trois types de pneumonies prolongées :

1. La congestion pulmonaire joue un rôle important dans la pneumonie infantile, soit qu'elle existe autour du foyer d'hépatisation, soit qu'elle produise des foyers à distance.

2. Les tracés thermiques (d'ailleurs variables) montrent tantôt une évolution du cycle fébrile en deux étapes avec fausse défervescence vers le neuvième jour (cas le plus fréquent), tantôt une évolution du cycle d'une forme atténuée.

3. Après la défervescence les signes physiques disparaissent rapidement et il n'y a aucune tendance à la persistance du souffle ou des râles.

4. La pneumonie prolongée ne passe pas à l'état chronique : la guérison se fait rapidement et sans aucune complication (jamais de pleurésie purulente).

Le véritable intérêt de ces formes de pneumococcies prolongées réside dans les difficultés du diagnostic différentiel : il faut éviter de les confondre avec une pleurésie métapneumonique, une congestion pure, une broncho-pneumonie, une pneumonie tuberculeuse.

Ce dernier point doit retenir notre attention surtout à propos de la pneumonie tuberculeuse car l'analogie entre les deux affections est très grande : il faut donc rechercher tous les stigmates de la tuberculose chez un enfant présentant une pneumonie atypique. Quand il s'agit d'une forme typhoïde, le diagnostic est à faire par l'hémoculture.

Enfin, dans les formes dites silencieuses, la radioscopie permettra en général de faire un diagnostic.

En résumé, si on rapproche les pneumonies prolongées des diverses variétés de pneumococcies prolongées, on peut admettre qu'il s'agit de manifestations d'une infection pneumococcique bénigne en présence desquelles l'organisme s'immunise plus lentement.

Le pronostic de la pneumonie prolongée est favorable et le traitement ne comporte par suite aucune indication spéciale.

Discussion.

— M. le professeur d'Espine (de Genève) croit nécessaire de délimiter plus étroitement la dénomination de pneumonie prolongée en désignant sous ce nom uniquement les pneumonies unilobaires non compliquées, à défervescence tardive. Cette forme, dont il relate une observation typique, a été rencontrée surtout chez des enfants de moins de trente mois. La forme rudimentaire est le type le plus souvent observé et les premiers signes ont été fournis par la *percussion* qui doit être pratiquée avec beaucoup de minutie pour éviter les causes d'erreurs dues à la tension musculaire ou aux cris du bébé.

Un autre type de pneumonie rudimentaire observé est la pneumonie abortive, cause des convulsions fébriles, dites essentielles, de la première enfance.

— M. le professeur Mouriquand (de Lyon) insiste sur la *valeur séméiologique du triangle d'hépatisation pneumococcique.*

L'intérêt de l'étude de la pneumococcie infantile réside avant tout dans ces deux faits qu'elle est une maladie « maniable » permettant le transport facile de l'enfant sous l'écran, sans danger pour lui (alors qu'il en est rarement ainsi dans la pneumonie de l'adulte, plus grave); qu'elle évolue souvent en deux stades : un stade « cliniquement » septicémique suivi plus ou moins tôt d'un stade de localisation pulmonaire.

M. Mouriquand rappelle qu'il a décrit avec M. Weill en 1910, le triangle d'hépatisation pneumococcique comme un bon signe, presque caractéristique de la pneumonie infantile (surtout du sommet).

En 1913, ils avaient nié l'existence radiologique de la pneumonie centrale, ne l'ayant jamais rencontrée. M. Mouriquand vient faire aujourd'hui, après dix nouvelles années d'étude, la critique de cette affirmation. Il a en effet rencontré deux fois la pneumonie centrale typique.

Dans un cas, il s'agissait d'un jeune soldat de vingt ans, dans l'autre d'un enfant de treize ans, dont on trouvera l'observation dans la thèse de son élève Vittot. D'autre part,

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux et Revues qui n'appartiennent pas à l'Association.

un certain nombre d'auteurs, notamment Roubier et Coste, ont décrit, chez l'adulte, la pneumonie centrale à évolution centrifuge.

Nombre d'auteurs, en Amérique, en France, au Japon, ont décrit des foyers centraux de pneumonie grippale. Mais, il faut faire, ici, cette réserve que la pneumonie grippale ne peut être, au moins chez l'enfant, assimilée à la pneumonie ordinaire à évolution bien définie.

La pneumonie centrale apparaît donc comme une rareté. Dans ces conditions, si le triangle pulmonaire est d'emblée périphérique, s'il appuie, dès son installation, sa base à l'aisselle, comment expliquer qu'il ne se manifeste à l'oreille que tardivement comme s'il évoluait, ainsi que l'admettaient les anciens auteurs, du centre vers la périphérie. Il est certain que, malgré toutes les précautions stéthoscopiques, nombre de triangles à base axillaire échappent à l'examen.

Il n'est pas facile d'expliquer ces faits. Il n'est guère possible d'admettre que l'immobilisation relative du thorax du côté malade en soit la cause, car on observe le souffle dans des cas où cette immobilisation relative existe. Certains auteurs ont pensé que le triangle restait muet, parce qu'il n'entrait au début, tout au moins au contact d'aucune grosse bronche. Ce contact ultérieur permettrait la transmission, par le foyer hépatisé du souffle bronchique. Mais M. Mouriquand se rattache avec M. Weill à la théorie, la seule assise sur des faits précis, qui admet que le souffle ne se développe pas habituellement dans le foyer franchement hépatisé lui-même, mais dans les ombres adjacentes qui l'entourent. Dans nombre de cas, le triangle est pur, souvent alors muet, le souffle apparaît quand des signes radiologiques évidents de congestion et de spénisation se sont surajoutés à l'image primitive. La congestion non visible aux rayons est capable, à elle seule, de donner le souffle pneumonique; alors que les signes stéthoscopiques sont absents au début, une percussion attentive, en révélant une légère submatité axillaire ou postérieure, permettra de diagnostiquer le foyer d'hépatisation. Ainsi est souligné une fois de plus la valeur de la percussion si bien mise en lumière par le Professeur d'Espine. Quelle est exactement la valeur séméologique du triangle? Il n'est pas absolument pathognomonique de la pneumonie, ainsi que les premières recherches de MM. Weill et Mouriquand avaient pu le leur faire croire. Ils ne l'ont jamais rencontré dans la broncho-pneumonie où MM. Lemaire et Lestocquoy l'ont vu trois fois. Ils pensent, pour l'avoir observé dans trois cas personnels, que certaines formes de pneumonies tuberculeuses classiques ou curables (de Tuffier) peuvent donner des triangles d'hépatisation typique.

Il n'en reste pas moins vrai que, dans la grande majorité des cas, le triangle d'hépatisation reste le meilleur signe radiologique de la pneumonie infantile, vraie, classique, et que le début central de celle-ci semble exceptionnel.

— M. Reh (de Genève) insiste sur l'importance des *manifestations extrapulmonaires de la pneumococcie chez l'enfant.*

On peut rencontrer les infections pneumococciques extrapulmonaires dans trois cas :

1. Lors d'une pneumonie ou d'une maladie infectieuse.

2. Sous forme de localisation inflammatoire primitive évoluant pour leur propre compte : angines, adénoïtes, laryngites, conjonctivites. Le diagnostic n'est possible ici que par un examen bactériologique.

3. Sous forme de pneumococcémies pures d'allures typhique ou méningée, de durée souvent longue et sans localisations cliniquement ou radiographiquement décelables.

Ces formes peuvent, soit résulter d'une pneumonie dont elles déterminent les complications, soit naître d'une lésion inflammatoire primitive, soit enfin survenir d'emblée, mais ne produire de localisation que plus ou moins tardivement, ou ne se manifester que par de la fièvre et un état général de gravité variable.

Elles peuvent réaliser le type de « la pneumonie sans pneumonie », type clinique décrit par Brouardel et Renaud : M. Reh cite en terminant une observation remarquable de ce type morbide absolument curieux et paradoxal.

— M. Genévrier (de Paris) rappelle à propos des pneumonies muettes, combien il est fréquent d'observer une non-superposition des signes d'auscultation au siège réel de la pneumonie, ce siège étant au contraire affirmé par la percussion et la radioscopie. La perception d'un tel foyer d'auscultation peut se faire au-dessus ou au-dessous du foyer anatomique et aussi du côté opposé. Trousseau avait déjà signalé ce fait. Il ne faut pas perdre de vue ces possibilités avant de porter le diagnostic de pneumonie double ou de pneumonie à foyers multiples.

Quant à la pathogénie de la transmission à distance des bruits d'auscultation, on peut la discuter : M. Genévrier pense qu'il faut l'attribuer à la transmission du bruit d'origine laryngo-trachéale, grâce à des tissus conducteurs du son comme peuvent l'être les blocs congestifs juxtaposés aux blocs pneumoniques, les ganglions généralement tuméfiés et enfin les corps vertébraux.

D'autre part, M. Genévrier demande à M. Gardère si la valeur qu'il attribue, dans son rapport, à la cutiréaction dans le diagnostic des pneumonies prolongées, peut être considérée comme absolue. Personnellement, il a observé que, dans ces cas, la cutiréaction était inconstante; quelques sujets conservent au cours des pneumonies franches des cutis positives qu'ils avaient, préalablement, à cette infection; chez d'autres, au contraire, la réaction disparaît ; enfin, dans le cas de pneumonies tuberculeuses, la cuti est parfois assez longue à apparaître. Dans ces conditions, il semble qu'on ne puisse pas accorder à la cutiréaction une valeur précise pour le diagnostic de la nature des pneumonies prolongées.

— M. Gardère (de Lyon) signale que les variations dans la cutiréaction chez les tuberculeux, au cours de la pneumonie, ne sont pas uniformes. M. Ribadeau-Dumas a montré qu'elle pouvait disparaître, et range les pneumococcies survenant chez les tuberculeux parmi les causes d'anergie. D'autre part, il existe, dans les observations de Jacquard, deux cas de pneumococcies chez les tuberculeux légers ou la cutiréaction est restée positive.

La disparition n'est donc pas constante.

— M. Pierre Lereboullet (de Paris), s'associant aux conclusions de M. Gardère, fait ressortir toutefois la difficulté qu'il y a à séparer les pneumonies prolongées des pneumococcies prolongées dans lesquelles ce n'est pas le foyer d'hépatisation, mais l'infection pneumococcique avec ou sans localisations pulmonaires ou extrapulmonaires qui entretient l'état fébrile. Il insiste sur la valeur de l'intermittence fébrile dans les cas où il y a prolongation de la maladie. Il cite à cet égard un cas où la pneumonie, après avoir évolué avec son caractère cyclique habituel fut suivie pendant plus de vingt jours d'accès fébriles intermittents, quotidiens, sans aucune localisation pleurale, mais avec foyers multiples et successifs d'infection lobulaire. Dans un autre cas, c'est la pneumonie elle-même qui, pendant deux semaines, entraîna la production d'accès fébriles intermittents. Dans un troisième, après une période initiale de rhino-bronchite, s'installa, pendant vingt jours, une fièvre à accès quotidiens associés à des manifestations pulmonaires qui avaient à tort fait penser à la tuberculose. Il insiste à cet égard sur l'importance qu'ont au point de vue du diagnostic avec la tuberculose, les pneumonies et les pneumococcies prolongées communément curables et il rappelle en terminant l'utilité qu'il peut y avoir dans de tels faits à recourir à la sérothérapie antipneumococcique et parfois à la vaccinothérapie.

— M. Lesné (de Paris) déclare qu'il faut s'entendre d'abord sur le terme pneumonie prolongée : ce mot doit s'appliquer uniquement aux pneumonies à défervescence survenant après le douzième jour et sans aucune complication. Ainsi définie, l'affection se rencontre rarement : 2 cas sur 330 dans sa statistique personnelle.

Ce qui s'observe beaucoup plus souvent sont les cas suivants :

1. Une pneumonie à défervescence retardée puis compliquée; ici, le diagnostic est difficile d'avec la bronco-pneumonie pseudo-lobaire et surtout d'avec la broncho-pneumonie tuberculeuse.

2. Une pneumonie accompagnée d'une septicémie prolongée touchant particulièrement les viscères (péricardites, néphrites, etc.). Il cite une observation où l'on a mis trois mois à découvrir la cause initiale.

En résumé, les pneumonies franches, prolongées chez l'enfant sont très rares et lorsque le cycle de la pneumonie n'est pas normal dans sa durée, il faut toujours penser à une

localisation secondaire du pneumocoque, soit intra, soit extrapulmonaire.

— M. L. Guinon (de Paris) félicite M. Gardère de son remarquable exposé. Il a eu plaisir à entendre M. Mouriquand parler de la radiologie de la pneumonie à laquelle l'Ecole de Lyon a donné des bases si solides, et le loue fort d'avoir apporté quelques corrections à la précision peut-être un peu excessive de ses premières études avec M. E. Weill. Les réflexions de M. Lesné sur l'interprétation de certaines fièvres pneumoniques prolongées lui semblent tout à fait justifiées : le prolongement des formes normales des maladies dites cycliques répond certainement à des mécanismes divers mais qui doivent être les mêmes pour toutes ces maladies (pneumococcies, oreillons, rougeole); les localisations atypiques connues ou cachées y tiennent une grande place, et pour ce qui est de la pneumonie on ne pensera jamais trop aux localisations auriculaires dont le diagnostic reste souvent difficile même pour les spécialistes les plus instruits quand il s'agit de formes atténuées.

Communications.

Cure des tuberculoses fermées en sanatorium. — M. Delcourt (de Bruxelles), pour répondre à de nombreuses questions posées par ses collègues au cours de leur visite au sanatorium du Prince Charles, fait un rapide historique de cet établissement primitivement destiné à servir d'asile pour vieillards, puis devenu préventorium et enfin sanatorium. L'établissement renferme 83 lits réservés aux garçons de six à quinze ans atteints de tuberculose pulmonaire non contagieuse. Le régime établi pour la maison comporte du demi-repos, des travaux de jardinage, des jeux de violence modérée, une alimentation non surchargée (2.400 calories par jour) et avant tout une large part réservée à l'héliothérapie pratiquée d'une façon systématique : de mai à octobre les malades vivent là presque nus, au soleil et au grand air.

Un type de curiste est présenté à titre démonstratif et sa légère obésité est aussitôt diversement interprétée d'autant plus que, séjournant depuis bientôt deux ans au sanatorium, le jeune malade présente toujours les mêmes signes d'auscultation qu'à son entrée, malgré une augmentation de poids considérable et un état général parfait.

— M. Hallé (de Paris) expose à ce propos le résultat de son expérience personnelle et celle de ses amis MM. Zuber et Armand-Delille qui, depuis plus de vingt ans, se sont occupés de savoir ce que devenaient les signes physiques d'auscultation du sommet ou des ganglions, chez les enfants que la Ville de Paris dirige sur les sanatoriums marins, en particulier celui d'Hendaye.

Le résultat de la cure est presque toujours excellent, les enfants après quatre ou cinq mois reviennent transformés au point que les parents ne les reconnaissent pas quelquefois au retour. Mais les signes physiques n'ont guère ou pas du tout changés. Après quelques mois, l'état général décline à nouveau et une seconde cure est souvent nécessaire. On ne doit donc pas compter sur les modifications physiques de l'auscultation ou les changements radioscopiques pour juger de l'amélioration des malades.

— M. Delcourt (de Bruxelles) est d'ailleurs d'avis que le repos seul amène un embonpoint factice qu'il faut absolument corriger par de l'exercice modéré et bien compris.

— M. le professeur d'Espine (de Genève) a examiné pendant trente ans les enfants suisses à envoyer à l'asile Dœllfuss (Rivierra); plus de 54 p. 100 revenaient guéris mais tous gardaient leurs signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Tous sont cependant devenus des citoyens solides et ont procréé des enfants parfaitement robustes.

— M. Pescher (de Paris) insiste sur la nécessité de mesurer l'amplitude thoracique de l'enfant pendant la cure et de l'entraîner progressivement par la spiroscopie.

— M. Armand-Delille (de Paris) fait l'éloge de l'organisation réalisée par M. Delcourt au sanatorium, et il insiste en particulier sur les excellents résultats que donne l'héliothérapie combinée à l'exercice dans la cure des tuberculoses ganglio-pulmonaires.

A l'hôpital Debrousse, il pratique également l'héliothérapie systématique dès le mois d'avril pour tous les enfants porteurs d'une tuberculose fermée; et il obtient ainsi, même à Paris, des augmentations de poids et un développement thoracique et musculaire que l'on ne croyait possible que dans des stations spéciales d'aérothérapie.

— M. Maffei (de Bruxelles) a observé au cours des cures marines chez les enfants des phénomènes de stabilisation de poids après trois à six mois de séjour; il semble qu'il y ait là une sorte d'acclimatation. Dès ce moment il y a grand avantage à changer le malade de localité pour modifier à nouveau favorablement sa courbe pondérale ainsi que son état général.

— M. le professeur Nobécourt (de Paris) tient à faire remarquer que les mêmes observations s'appliquent strictement aux enfants bien portants.

— M. Armand-Delille (de Paris) estime le temps nécessaire pour transformer physiquement mais d'une manière durable un citadin, à dix-huit mois minimum et parfois jusqu'à trois ans.

— M. Genévrier (de Paris) pense que le seul contact du tégument avec l'air froid (course de trois minutes, le torse nu pendant l'hiver) provoque un tonus vasculaire extrêmement utile; en même temps l'enfant doit recevoir une éducation respiratoire et l'ensemble amène après un certain temps un véritable changement de physionomie. C'est ainsi que l'on pourrait réaliser dans les squares de nos villes une cure d'air (écoles en plein air) déjà très satisfaisante.

La carence solaire dans la première enfance. — M. Woringer (de Strasbourg). Au cours de ses recherches faites sur des nourrissons souffrant de manifestations de spasmophilie, l'auteur a été frappé par l'influence considérable qu'exerce la lumière sur cet état morbide.

Les rayons solaires ou ultraviolets font cesser définitivement les convulsions dans l'espace de quelques jours, et l'hypocalcémie qui accompagne toujours la spasmophilie et qui conditionne l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est ramenée à une calcémie normale et reste définitivement à ce niveau sans aucun autre traitement que l'hélio et l'actinothérapie.

Ces faits ont suggéré à l'auteur l'idée que la lumière solaire est un facteur indispensable pour le développement normal de l'enfant jeune et que lorsqu'elle lui fait défaut pendant longtemps il se développe chez lui un état morbide qu'il a appelé la « carence solaire ».

1. *Carence solaire et spasmophilie.* — Des arguments sérieux plaident en faveur d'une origine de la spasmophilie par manque de lumière. Les voici :

a. L'apparition périodique, saisonnière de la maladie qui est une maladie d'hiver et de printemps (mois froids et sans lumière);

b. Sa répartition géographique qui prouve qu'elle est surtout répandue dans les pays pauvres en soleil et ne semble presque pas exister dans les pays chauds;

c. La répartition des cas de spasmophilie dans les centres où la maladie est endémique montre qu'elle se rencontre presque exclusivement dans les classes pauvres de la population habitant des rues étroites et des logements insalubres;

d. L'action curative et préventive de la lumière sur la spasmophilie qui est l'argument capital de la thèse émise plus haut.

2. *Carence solaire et rachitisme.* — La spasmophilie et le rachitisme sont unis par des liens très étroits, l'association des deux affections a été constatée de tout temps. Fait remarquable, l'influence des causes indiquées pour la spasmophilie se retrouve strictement pour le rachitisme; certes d'autres causes telles que l'alimentation, les troubles digestifs, les infections et intoxications peuvent intervenir, mais à titre vraiment secondaire et n'agissant qu'après la carence solaire.

3. *D'autres manifestations pathologiques de l'enfance peuvent encore être attribuées à la carence solaire.* Ce sont :

a. Les infections des voies respiratoires, si fréquentes chez les rachitiques;

b. Les otites moyennes évoluant avec une gravité exceptionnelle chez les spasmophiles et guérissant très vite par l'actinothérapie.

Ces faits permettent de penser que la carence solaire s'ac-

compagne d'une réceptivité particulière et d'une diminution de résistance vis-à-vis des infections microbiennes surtout pneumococciques.

Les conclusions pratiques de cet ensemble de faits se résument dans la nécessité d'exposer régulièrement le nourrisson aux rayons solaires dès les premières semaines de sa vie pour pouvoir se développer normalement. Le principe s'impose mais sa réalisation n'est pas toujours facile : pour les classes pauvres il faudra recommander aux mamans de faire sortir les bébés loin des rues, dans des espaces bien ensoleillés; pour les familles dont le logement est clair et reçoit du soleil il faut exposer directement le bébé au soleil et non pas derrière une fenêtre dont le verre absorbe une grande partie de rayons ultraviolets spécialement utiles.

Enfin, lorsque l'hiver le soleil fait défaut il faudra avoir recours à la lampe de quartz à vapeur de mercure qui devrait exister dans tous les centres de puériculture.

En un mot à côté de l'œuvre du bon lait, l'œuvre du bon soleil doit être répandue partout comme étant tout aussi importante pour la santé du nourrisson.

— M. Lesné (de Paris) remarque que l'on voit fort peu d'enfants atteints de spasmophilie ou de tétanie à Paris, sans qu'il en sache la raison. Aussi, n'a-t-il aucune opinion personnelle sur le rôle de la carence solaire dans la pathogénie de ces affections. Quant au rachitisme, il relève d'une étiologie complexe et la privation de soleil ne suffit pas à le réaliser : il y a en effet des rachitiques dans le Midi de la France et les enfants de la campagne qui vivent constamment dehors ne sont pas toujours indemnes.

Le rachitisme est rare chez les enfants élevés au sein et cette affection apparaît presque exclusivement chez des nourrissons qui ont présenté des troubles digestifs ou auxquels également on a donné trop tôt du pain et des farines de conserve.

Mais cette restriction posée, M. Lesné admet que la carence solaire est une cause adjuvante, dans le déterminisme du rachitisme, et que l'influence de la lumière solaire joue en tous cas un rôle important dans la guérison de cette affection.

Il a d'ailleurs avec MM. Vagliano et Christo, montré que le rachitisme expérimental du rat blanc ne pouvait être réalisé si les animaux étaient maintenus à la lumière solaire.

D'autre part, en collaboration avec MM. de Gennes et Guillaumin, il a démontré l'heureuse influence des radiations ultraviolettes sur les manifestations cliniques du rachitisme chez l'enfant. Ces radiations font de plus disparaître deux symptômes biologiques constants dans le rachitisme : l'hypocalcémie et l'hypophosphatémie. Seuls deux enfants de race noire ont fait exception à cette règle, comme si le pigment cutané jouait un rôle protecteur contre les radiations ultraviolettes. La peau pigmentée de ces sujets exige pour que l'action de la lumière exerce tous ses effets une irradiation beaucoup plus intense et plus prolongée. Cette constatation est en concordance avec le fait bien connu de l'extrême fréquence de rachitisme chez les enfants de race noire élevés sous nos climats.

— M. Guinon (de Paris) reconnaît que les médecins parisiens sont en retard sur la question de la spasmophilie : on ne la trouve pas à Paris bien que les conditions de vie soient les mêmes qu'à Strasbourg par exemple où on l'observe.

— M. Moliginski (de Lodz) ne peut comprendre la raison de ces différences.

— M. Armand-Delille (de Paris) demande, vu l'importance de cette question, sa mise au programme du prochain Congrès.

— M. Delcourt (de Bruxelles) fait observer que le rachitisme léger existe aussi bien chez le riche que chez le pauvre : sa pathogénie est encore en pleine obscurité. Il se demande quand on peut affirmer sa guérison et si la cure solaire peut se faire sous des abris vitrés ou non.

— M. Haverschmidt (d'Utrecht) estime que si la lumière a une action nette sur le rachitisme, cette action n'est pas prépondérante; il reste à ce sujet beaucoup d'inconnues.

— M. Woringer (de Strasbourg) réplique que le verre à vitre ne laisse pas passer les rayons ultraviolets du spectre. Tous les rachitiques guérissent par la lumière mais il y a aussi une question de dose qui intervient.

Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique en vue du placement des enfants dans les œuvres de plein air. — MM. Genévrier et Bonnin (de Paris). Dans une récente communication à l'Académie de médecine, MM. Léon Bernard et Vitry, sont revenus sur la question des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses.

Après avoir établi que le diagnostic d'adénopathie est souvent porté à faux (par examen radiologique mal interprété), ces auteurs rappellent que bien des adénopathies réellement existantes ne sont pas de nature tuberculeuse; un certain nombre d'infections pouvant provoquer un retentissement ganglionnaire (rougeole, coqueluche, grippe, infections pulmonaires, broncho-pulmonaires ou bronchiques, syphilis). Enfin, ils concluent en affirmant que seule la cuti-réaction permet d'authentifier la nature tuberculeuse de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant, pratique indispensable pour éviter d'une part l'envoi au préventorium des enfants qui ne sont pas tuberculeux et d'autre part, la mise à l'écart d'enfants auxquels le préventorium est indispensable.

Ce dernier point seul sera combattu par MM. Genévrier et Bonnin.

C'est d'abord au point de vue clinique que doit être porté le diagnostic; on donnera une grande valeur à l'état général de l'enfant et à l'existence d'antécédents pathologiques (rougeole, coqueluche, adénoïdite surtout jouant un rôle mécanique en rétrécissant les voies respiratoires supérieures en même temps qu'un rôle infectant par le muco-pus, à proximité ou à distance, la syphilis qui évolue d'une manière indépendante même lorsqu'elle est surajoutée à la tuberculose).

Les antécédents familiaux (contagion) ont une égale importance.

Les auteurs, passant sous silence les signes classiques de l'adénopathie, signalent seulement deux symptômes, inconstants d'ailleurs, mais de valeur indiscutable quand ils sont constatés :

1° La transmission des bruits du cœur à droite jusqu'à la région axillaire parfois.

2° La percussion transmise : la main d'un aide qui maintient le petit malade pendant la percussion du côté opposé perçoit du côté malade une sensation tactile provenant du choc direct. La perception de ce signe indique une masse ganglionnaire volumineuse.

D'après les réalités cliniques on peut ramener les formes de l'adénopathie à trois types cliniques principaux :

1. Les *adénopathies percutables ;*
2. Les *adénopathies auscultables ;*
3. Les *adénopathies décelables aux rayons X*,

avec une série de formes intermédiaires ou combinées.

Pour affirmer la nature tuberculeuse de l'adénopathie, la réaction à la tuberculine est indispensable; sans cette épreuve complémentaire, le diagnostic est impossible. Mais encore la constatation d'une cuti positive ne permet pas d'affirmer que c'est dans le ganglion que siège le foyer tuberculeux ainsi révélé.

Partant de ces données, MM. Genévrier et Bonnin ont reconnu que dans plusieurs préventoriums, la proportion d'adénopathies trachéo-bronchiques non tuberculeuses est d'environ 30 p. 100. Précisément 72 p. 100 du total de ces enfants vivent au contact de tuberculeux contagieux et tous étaient classés comme étant cliniquement tuberculeux. La conclusion pratique est qu'il y a lieu de distinguer les enfants porteurs de ces adénopathies en tuberculeux biologiquement et tuberculeux cliniquement.

Les auteurs persistent donc à croire que le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique doit être d'abord clinique; la cuti-réaction prouverait qu'une partie des cas ainsi diagnostiquée n'est pas de nature tuberculeuse, mais on ne peut pas exclure ces malades des établissements de plein air car ils sont le plus souvent atteints dans leur état général et, de ce chef, en état de réceptivité vis-à-vis du bacille de Koch et prêts à faire des tuberculoses de primo-infection dont l'évolution sera d'autant plus rapide que le terrain sera moins défendu (méningites, broncho-pneumonies).

D'autre part, beaucoup d'enfants porteurs d'adénopathies trachéo-bronchiques reconnues tuberculeuses ont un très bon état général, sont bien organisés dans leur défense et sont en état d'allergie complète.

Enfin, une autre catégorie d'enfants pour lesquels le préventorium est indiqué sont ceux qui ayant eu une cuti-réaction positive, ont après une maladie infectieuse une cuti-réaction devenue négative : ils sont en état d'anergie passagère et courent les plus grands risques de contamination.

En agissant ainsi on fera en somme de la très utile préservation contre la tuberculose.

— M. le professeur NOBÉCOURT (de Paris) a été particulièrement intéressé par la communication de M. Genévrier, car elle contient des opinions qu'il défend depuis longtemps. Les faits dont il s'agit sont de deux ordres :

1. Le diagnostic des adénites trachéo-bronchiques;
2. L'étiologie de ces adénites.

M. Nobécourt ne revient pas sur le diagnostic des adénites trachéo-bronchiques. Certes, il est souvent difficile, mais il peut et doit être porté, quand on sait reconnaître les signes de percussion et d'auscultation et ceux que montre la radiologie.

Pour l'étiologie, le point important est de reconnaître s'il existe ou non de la tuberculose et si celle-ci est inactive ou en poussées évolutives. Les antécédents de famille et de milieu, l'histoire pathologique de l'enfant, son examen complet, l'évolution renseignent à cet égard. Les réactions cutanées de la tuberculose fournissent des données importantes. Négatives à plusieurs reprises quand il n'existe aucun facteur d'anergie, elles permettent d'éliminer la tuberculose. Positives, elles permettent d'affirmer qu'il existe un tubercule quelque part et très vraisemblablement dans les ganglions trachéo-bronchiques mais ne permettent nullement de dire que la tuberculose est en évolution; les plus belles réactions peuvent s'observer chez des enfants qui sont en parfait état de santé. Il faut toujours rechercher le rôle que peut jouer chez un enfant, dans la production des adénites trachéo-bronchiques, les infections des voies respiratoires supérieures entretenues par l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx et notamment les végétations adénoïdes. Ces infections en sont une cause fréquente et il suffit de traiter les premières pour voir disparaître les secondes. Une cuti-réaction positive à la tuberculose n'exclut pas leur intervention, car les intrications des infections banales et de la tuberculose sont communes. Bien des enfants qui ont un tubercule dans un ganglion trachéo-bronchique, tubercule inerte, présentent des cuti-réactions positives. Ils ont de la fièvre, un état général médiocre; ils toussent, on constate des signes d'adénite trachéo-bronchique mais en même temps ils ont de la rhino-pharyngite. Il ne faut pas d'emblée exclure la tuberculose évolutive ni l'affirmer; il faut traiter l'inflammation des muqueuses et attendre. Souvent on a plus ou moins tôt la preuve qu'il ne s'agit pas de tuberculose évolutive. M. Genévrier se demande si les enfants qui ont des adénites non tuberculeuses ne sont pas plus exposés que d'autres à être infectés par le bacille de Koch. Le fait est possible, mais il ne faudrait pas trop généraliser cette opinion, c'est une question de milieu et de contagion. M. Nobécourt, comme M. Genévrier est d'avis de soumettre ces malades à une bonne hygiène dans un préventorium si on veut; mais il faut avant tout soigner leur pharynx.

Quant à l'adénite trachéo-bronchite syphilitique, quelques observations paraissent bien établir sa réalité; mais avant de conclure à la nature syphilitique de l'adénite, il faut éliminer l'intervention des infections banales qui sont communes chez les enfants attachés d'hérédo-syphilis.

— M. D'ESPINE (de Genève) croit d'ailleurs qu'il faut répéter les cuti-réactions chez les tout petits. Il a d'autre part observé l'adénopathie trachéo-bronchique non tuberculeuse après la coqueluche et la rougeole mais généralement d'une manière transitoire.

La contagion familiale de la tuberculose chez l'enfant et les résultats de la préservation par l'œuvre Grancher. — M. P.-F. ARMAND-DELILLE (de Paris), dans une statistique présentée au Congrès de la tuberculose à Rome, en 1912, a montré que, si on laisse les enfants en contact de leurs parents tuberculeux, ils sont, avant la mort de ceux-ci, contaminés avec manifestation clinique dans la proportion de 60 p. 100 et meurent dans la proportion de 40 p. 100; — une statistique plus récente du professeur Calmette a même donné 67 p. 100 de contamination.

En utilisant les enquêtes sociales faites par son service d'enfants tuberculeux de l'hôpital Debrousse, et portant sur 368 enfants dont 161 cas de tuberculose pulmonaire ouverte, l'auteur a vu que pour les enfants présentant de la tuberculose ouverte, on trouve sur 100 cas : 75 p. 100 de cas où il y a eu contact avéré avec des parents contagieux, dont 60 p. 100 présentant une expectoration bacillifère au moment de l'enquête. Les 25 p. 100 de cas où l'enquête ne peut donner de renseignements se décomposent ainsi : 7 p. 100 d'enfants vivant dans des taudis avec promiscuité d'un entourage où le contrôle est impossible, 7 p. 100 où il y a un refus d'enquête, 8 p. 100 d'enfants élevés au loin en nourrice, 3 p. 100 seulement où les parents et l'entourage paraissent sains. Pour les formes de tuberculose fermée (péritonéales, adénites, adénopathies trachéo-bronchique), il y a 70 p. 100 de contact avec des parents contagieux.

L'auteur conclut à la nécessité d'une enquête familiale attentive chaque fois qu'on se trouve en présence d'un cas de tuberculose infantile ; cette enquête permet de déceler les porteurs de germes, de traiter les autres enfants déjà contaminés par l'envoi au sanatorium ou préventorium et de préserver les enfants sains par les moyens de l'œuvre Grancher. Il termine en rappelant que, sur 2.700 enfants parisiens confiés depuis quinze ans, à l'œuvre Grancher, il y a en tout 7 cas de tuberculose dont 2 mortels par méningite, ce qui réduit la contagion à 0,3 p. 100 au lieu de 60 p. 100, et la mortalité à 0,1 p. 100 au lieu de 40 p. 100 et démontre l'efficacité de la préservation.

Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose infantile. — M. P.-F. ARMAND-DELILLE (de Paris), depuis deux ans, a eu l'occasion de suivre, dans son service d'enfants tuberculeux de l'hôpital Debrousse, 55 cas de pneumothorax artificiel, dont 8 pratiqués avant son arrivée par M. Babonneix, et 47 pratiqués par lui. On sait la rapidité et l'évolution presque fatale de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant, or, chez les petits malades traités par le pneumothorax, il n'a eu jusqu'à présent que deux décès, alors que 30 de ces enfants seraient vraisemblablement déjà morts. Les petits malades sont âgés de trois à quinze ans, mais ce sont surtout des enfants de dix à quatorze ans. Les indications sont comme chez l'adulte, la stricte unilatéralité des lésions parenchymateuses (car l'adénopathie est toujours bilatérale). L'unilatéralité se rencontre dans 9 p. 100 des cas, mais à cause des adhérences le pneumothorax ne peut être poursuivi que dans 7 p. 100 des cas. La technique suivie est celle de Küss pour l'adulte en commençant par des injections de 250 à 300 centimètres cubes. Celles-ci doivent être, au cours du traitement, répétées tous les quinze jours, l'enfant résorbant plus rapidement le gaz que l'adulte. Il y a peu d'incidents et la formation de liquide est plus rare que chez l'adulte, les adhérences sont aussi moins fréquentes. Les résultats immédiats sont la cessation de l'expectoration et de la fièvre, la transformation de l'état général avec augmentation de poids qui peut atteindre 12 kilogrammes en un an et l'apparition normale de la puberté chez la fille. Les enfants ainsi traités supportent l'action bienfaisante de l'héliothérapie. L'auteur a déjà enregistré plusieurs cas de guérison apparente, après cessation des insufflations et retour du poumon à sa position normale. Il conclut en disant que, vu les résultats le pneumothorax thérapeutique doit être entrepris chez l'enfant atteint de tuberculose pulmonaire chaque fois que la chose est possible.

—MM. le professeur NOBÉCOURT et Jean PARAF (de Paris) pensent que les indications du pneumothorax artificiel sont rares chez l'enfant, plus rares que chez l'adulte. Sur 44 enfants observés depuis deux ans à la clinique des Enfants-Malades et atteints de tuberculose évolutive, ils en ont décelé 5 seulement justiciables de cette thérapeutique. Sur ces 5 enfants, la famille de l'un refusa l'intervention, 4 furent donc seulement traités. Deux cas satisfaisants sont en traitement.

— M. Pierre LEREBOULLET (de Paris), à l'appui de ce que vient de dire M. Armand-Delille des bienfaits du pneumothorax artificial chez l'enfant, cite un cas qui permet

de juger de ces résultats éloignés. Il concerne une jeune fille de quinze ans, à laquelle en 1916, le pneumothorax fut pratiqué pour une broncho-pneumonie tuberculeuse au sommet gauche : il fut entretenu jusqu'en 1919 et il est actuellement interrompu depuis quatre ans. La guérison s'est maintenue et une rougeole récente, malgré son intensité, n'a amené aucun réveil appréciable de l'infection tuberculeuse.

— M. Delcourt (de Bruxelles) présente un cas de pneumothorax pratiqué sur un de ses petits malades du sanatorium et dont l'évolution a été favorable.

— M. Genévrier (de Paris) signale le danger de l'épanchement tuberculeux qui survient très souvent, chez l'enfant, après un pneumothorax.

— M. Armand-Delille (de Paris) a observé que des pratiques d'hydrothérapie bien conduites ramènent vite un état d'équilibre normal dans ces cas.

II

LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION DES ENFANTS IRRÉGULIERS

Rapport de M. Decroly (de Bruxelles).

Principes généraux. — Les deux facteurs essentiels dans l'éducation des irréguliers sont l'hérédité et le milieu.

Les formes d'irrégularité sont multiples, mais grâce à la division du travail, les modes d'adaptation sont aussi nombreuses. Cependant, le milieu social actuel est très peu favorable pour l'adaptation de l'irrégulier à la vie.

Le milieu familial normal ou un milieu analogue est indispensable pour cette adaptation.

Il faut proportionner le but à atteindre aux capacités physiques et mentales des sujets. Il faut donc les connaître et pour cela les examiner, les observer, les classer.

Considérations spéciales. — Le traitement comporte une face médicale s'adressant surtout au côté physique et une face éducative s'adressant plutôt au côté mental et social.

La première comprend le régime alimentaire et l'hygiène générale, puis les divers procédés thérapeutiques destinés à fortifier l'organisme, à combattre certains troubles et anomalies (médication opothérapique, traitement orthopédique, etc.).

La seconde peut être subdivisée pour des raisons didactiques en : *a*. Education sensorielle. *b*. Education motrice. *c*. Education affective. *d* Education intellectuelle. *e*. Education du langage. *f*. Préparation et orientation professionnelles.

A. Education sensorielle. — La sensation pure n'existe pas ou seulement pendant les premières heures de la vie et peut-être chez les idiots très profonds. La perception elle-même n'est pas simple ; en fait, elle est toujours complexe et sa forme est déterminée par des facteurs divers. L'éducation sensorielle est donc une utopie et les tentatives faites pour la réaliser manquent leur but et sont inefficaces sinon stériles. Pour être vivifiée, elle doit être autant que possible liée à l'éducation affective, intellectuelle et motrice. La fonction de perception n'est formatrice que dans la mesure où les sens servent de guide et de contrôle aux fonctions mentales plus élevées et à l'activité elle-même.

Les exercices des sens isolés n'ont de valeur que s'ils développent l'attention, le vocabulaire, les habitudes d'agir, la conscience, donc autre chose que les sens.

Ces exercices ne doivent pas arracher l'enfant au monde ambiant ; il faut qu'il soit lié autant que faire se peut à des notions vivantes pratiques ayant une valeur humaine.

B. Education motrice. — L'éducation motrice ne doit pas non plus être faite isolément surtout chez les enfants jeunes et peu intelligents.

Il y a trois procédés principaux d'éducation motrice.

1. Le procédé où l'on fait faire le mouvement en stimulant les centres et la sensibilité motrice (procédés passifs).

2. Le procédé où l'on tire parti des mouvements réflexes et instinctifs en se servant des mouvements liés à la satisfaction des besoins (préhension d'aliments, éloignement d'objets gênants) ou en usant de l'imitation, de l'émulation, du désir d'une récompense, en recourant aux jeux moteurs, à certains travaux manuels qui intéressent l'enfant.

3. Le procédé déductif analytique qui décompose les mouvements et les fait exécuter pour eux-mêmes (gymnastique).

4. Un procédé combiné du (2) et du (3) en associant le rythme musical à la gymnastique (gymnastique rythmique et eurythmique) et en se servant aussi de l'émulation (jeux de gymnastique, etc.).

Le second procédé est le plus important; il consiste à découvrir ou à éveiller des besoins, faire utiliser des mouvements appropriés à la satisfaction de ces besoins et augmenter peu à peu les difficultés. Parmi les moyens qui se montrent également très efficaces il y a les jeux qui exigent l'usage des différents membres et parties du corps, ceux qui imitent les occupations des grands.

Parallèlement on entraîne aux occupations utilitaires de la vie courante, puis on transporte à la mise en ordre, au jardinage. Pour les petits mouvements, on recourt à des jeux éducatifs nécessitant la préhension pour passer ensuite à la confection d'objets en matières variées sans ou avec outillage approprié. Le plus grand obstacle peut venir de ce que l'enfant ait passé la période où il aime le mouvement ou qu'il n'ait jamais eu cette tendance; en ce cas l'éducation est presque impuissante.

C. Education affective. — C'est l'éducation des instincts et des sentiments, du caractère et de la sociabilité; elle est la plus importante pour certains groupes d'irréguliers (les délinquants).

Dans cette éducation le milieu humain surtout et l'organisation des occupations sont deux facteurs importants, plus importants que les sermons et l'apprentissage de formules de morale. L'action des éducateurs, celle de l'atmosphère familiale favorisent l'initiation graduelle à l'indépendance et à la vie sociale. Il faut naturellement tenir compte de l'âge, du sexe, des anomalies de l'intelligence, de l'état des sens et des mouvements.

L'éducateur doit en tout cas faire respecter sa dignité s'il veut conserver son prestige et exercer une action efficace sur le caractère du sujet. Certains irréguliers ont un sens aigu des limites qu'ils ne peuvent transgresser et les éducateurs doivent leur en imposer pour éviter des écarts dangereux et des habitudes néfastes. Par des procédés appropriés on peut combattre la tendance au mensonge, au vol, à la paresse, aux habitudes vicieuses diverses. Au fur et à mesure que les bonnes habitudes seront fixées et que l'intelligence s'ouvrira, on usera de persuasion, d'appel aux sentiments supérieurs. Il faut cependant dans la plupart des cas ne pas compter sur cet appui et s'efforcer surtout de réaliser un milieu simple, ordonné, laborieux, sans à-coup, sans tentations ni mauvais exemples, si l'on veut éviter les chutes et les crises.

D. Education intellectuelle. — Elle comporte plus spécialement le développement des fonctions de compréhension et d'adaptation, d'acquisitions de connaissances, de technique scolaire. Elle est particulièrement difficile chez les sujets atteints de débilité et surtout d'imbécillité, impossible chez les idiots vrais.

Voici quelques principes de l'éducation intellectuelle laissant de côté tout ce qui regarde l'organisation même du travail scolaire, le choix, la préparation des maîtres et ne considérant que le programme et les méthodes.

a. Il faut s'efforcer de lier l'acquisition de techniques (lectures, écriture, calcul) avec les buts pour lesquels l'humanité les a développées ;

b. Les notions à fournir doivent être rattachées entre elles par le lien naturel représenté par le rapport de l'être vivant avec son milieu et des facteurs de ce milieu entre eux;

c. L'activité intellectuelle doit être facilitée et assurée par le procédé de la redécouverte, l'expérience personnelle et l'expression objective ou méthodes actives;

d. L'individualisation, l'intérêt pour les notions à faire acquérir, leur conservation seront assurées par le procédé de jeux éducatifs gradués qui prend appui sur l'intérêt pour le jeu et permet aisément des répétitions nombreuses à propos des mêmes notions.

E. Education du langage. — Constituant un chapitre important, cette éducation doit être rattachée bien entendu aux

autres, car l'expression ne peut être détachée de l'éducation des perceptions ni surtout de celle de l'intelligence. Cependant, il y a des anomalies autonomes du langage et il est souvent nécessaire avec les anormaux de faire des exercices de langage indépendants : respiration, articulation, phonation, traitement des bégaiements, etc. Il faut tenir compte des trois facteurs principaux : l'audition, la compréhension et les coordinations motrices. Il faut, en outre : considérer le stade d'évolution du langage; ne pas oublier que la compréhension précède l'expression; faire acquérir le langage par la voie la plus perméable (visuelle, auditive ou tactile motrice); utiliser les jeux pour les exercices analytiques d'articulation, de phonation, de respiration chez les jeunes enfants; attendre la puberté et la transformation intellectuelle qui l'accompagne pour attaquer les troubles graves et profonds qui exigent la volonté consciente pour s'améliorer.

F. EDUCATION ET ORIENTATION PROFESSIONNELLE. — Elles présentent plusieurs difficultés résultant :

1. De l'enfant lui-même dont les aptitudes sont restreintes;
2. Du milieu familial qui peut n'être pas approprié à la préparation professionnelle qui convient à l'enfant;
3. Du milieu social et surtout des conditions du marché du travail;
4. Des opportunités locales d'apprentissage et de préparation professionnelle.

D'où la nécessité de la connaissance des aptitudes nécessaires aux diverses professions, de la connaissance de l'enfant par l'observation et l'examen physique mental, affectif et pédagogique.

Institutions et assistance de l'enfance anormale. — La plupart des enfants anormaux jeunes peuvent être élevés dans leur famille aussi longtemps qu'ils ne demandent que des soins matériels, physiques, hygiéniques. La famille doit cependant être conseillée pour ne pas faire du tort à l'enfant et aggraver son cas par des maladresses, de l'incurie, de la faiblesse ou des moyens violents. Dès que l'enfant arrive à l'âge de l'école, il importe de s'assurer si le régime scolaire peut lui être profitable et surtout s'il peut y être admis. Dans certains cas, en outre, le milieu familial est incapable de remplir son rôle éducatif, ou l'enfant est trop difficile pour que son éducation puisse être poursuivie à la maison sans nuire aux frères et sœurs normaux. De là la nécessité d'organiser plusieurs types d'institutions et de moyens de venir en aide à ces enfants, en même temps que de soulager les classes normales et les parents de la gêne, de la charge ou du danger qu'ils peuvent constituer.

Les divers modes d'assistance dépendent de l'âge, de la nature des anomalies, des perspectives d'avenir et de la possibilité ou non de collaborer des enfants.

Discussion.

M. le professeur NOBÉCOURT (de Paris) demande à M. Decroly quel est l'avenir des enfants soignés à l'Institut de Rixensart.

— M. DECROLY (de Bruxelles) répond que l'expérience est trop récente pour répondre d'une manière catégorique : le recul manque, mais d'expérience personnelle il peut affirmer les résultats suivants :

1° Ces enfants sont devenus plus capables de vivre dans la famille de la vie familiale.

2° Plusieurs d'entre eux peuvent être (ce qui est déjà mieux) orientés vers une profession lucrative.

— M. GENÉVRIER (de Paris) demande à M. Decroly si le classement admis est bien le suivant :

1. Les arriérés pédagogiques.
2. Les arriérés mentaux simples (dont le déficit mental est plus ou moins complet).
3. Les arriérés instables dangereux par leur instabilité même, car en temps normal, ils sont très intelligents.

— M. DECROLY (de Bruxelles) est tout à fait d'accord pour ce classement qui est celui de Paul Boncour, mais a le défaut d'être un peu schématique et tranché.

— M. le professeur D'ESPINE (de Genève) demande ce que l'on fait à l'Institut du sentiment religieux?

— M. DECROLY (de Bruxelles) répond qu'il est tenu compte des tendances et désirs familiaux en amenant surtout l'enfant au goût du travail qui est encore la meilleure des morales.

(A suivre.)

Dr RAOUL DUTHOIT,
Adjoint de clinique médicale infantile
à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1923)

Le traitement chirurgical des ulcères perforés du duodénum. — M. HARTMANN apporte à la discussion pendante sur ce sujet un travail très documenté, basé sur un grand nombre d'observations, surtout sur des observations qu'il a recueillies auprès des chirurgiens de garde, appelés pour des interventions urgentes.

Avant tout, M. Hartmann tient à répondre à M. Duval qui lui a reproché d'avoir porté le diagnostic de péritonite infectieuse sans examen bactériologique. Il est aisé, en clinique, de distinguer l'inflammation de l'infection péritonéale. Celle-ci présente un complexus symptomatique assez caractéristique pour fixer le diagnostic.

Aux statistiques étrangères invoquées par M. Duval, M. Hartmann oppose des statistiques empruntées, non seulement à ses observations personnelles, mais aux observations de ses collègues des hôpitaux. Il a ainsi réuni 203 opérations d'urgence pour ulcères perforés du duodénum ou juxtapyloriques. Sur ces cas, il y a 60 ulcères de la région pylorique et 42 de la petite courbure de l'estomac. De ces statistiques, il résulte que l'ulcère perforé s'observe beaucoup plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. L'âge des malades varie de trente à trente-neuf ans.

M. Hartmann analyse ces diverses opérations et émet quelques considérations sur l'anatomie pathologique des ulcères chroniques aboutissant à la perforation. Il insiste spécialement sur l'importance de l'opération précoce, montrant, par des chiffres précis, que la mortalité postopératoire croît avec la durée qui s'est écoulée entre la perforation et l'intervention; cette mortalité, relativement minime dans les cas où l'opération est pratiquée avant la douzième heure, s'accroît notablement quand le chirurgien ne peut intervenir qu'après la vingtième heure.

Arrivant à la nature de l'intervention, M. Hartmann rappelle que M. Duval, dans sa communication, semblait donner la préférence à la gastro-pylorectomie. M. Hartmann n'est pas de cet avis et, d'ailleurs, avec la majorité des chirurgiens qui ont pris part à la discussion, il estime que l'opération de choix est le simple enfouissement avec gastro-entérostomie.

Rachianesthésie par le mélange de stovaïne et de caféine. — M. JONNESCO, qui est resté toujours fidèle à la rachianesthésie, après avoir passé par la cocaïne, la novocaïne et la stovaïne seule, aux doses variant de 0g02 à 0g10; car c'est, selon lui, une erreur que de recourir aux mêmes doses, s'est fixé maintenant sur un mélange de stovaïne et de caféine, ainsi composé : 0g2 à 0g10 de stovaïne avec 0g20 à 0g25 de caféine.

Il apporte une statistique de 500 opérés, ainsi anesthésiés, sans un seul cas de mort et sans accidents notables.

M. DUJARIER, à l'exemple de son maître Tuffier, dans le service duquel il a commencé à se servir de la novocaïne, lui est resté fidèle. Il en a obtenu de bons résultats.

Toutefois, il a eu deux cas de mort, mais celle-ci n'est à redouter que chez les cancéreux ou dans des cas d'occlusion intestinale.

L'aviation sanitaire. — M. Robert PICQUÉ nous fait une description très intéressante de l'aviation sanitaire au Maroc. Grâce à l'avion, on peut maintenant transporter les blessés à une assez grande distance du front, dans des hôpitaux où ils trouveront les soins dont ils ont besoin. En cas d'urgence, d'hémorragie, de syncopes, ils peuvent être secourus dans l'avion même qui les transporte et où se trouvent un chirur-

gien, un infirmier et des instruments et pièces de pansement stérilisées, de l'oxygène, etc. La cabine de l'avion est chauffée par le moteur. C'est ainsi que des blessés peuvent être secourus d'une façon immédiate et être transportés, en très peu de temps, dans de grands hôpitaux.

M. TUFFIER reconnaît tout l'intérêt du transport des blessés en avion pour aller trouver le chirurgien qui les traitera. Mais il semble moins enthousiaste pour le transport du chirurgien auprès d'un blessé. Il ajoute que l'un des grands avantages de l'avion pour le blessé, c'est qu'il ne ressent aucune secousse et ne s'aperçoit, pour ainsi dire pas, de son transport.

Lésions du duodénum. — M. DUVAL présente une série de fort belles radiographies relatives aux diverses affections du duodénum autres que les ulcères.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1923)

Traitement opératoire de la paralysie totale du membre inférieur. — M. OMBREDANNE présente une enfant de dix ans atteinte d'une paralysie totale du membre inférieur gauche, suite de poliomyélite. Elle présentait un membre ballant avec luxation de la rotule en dehors.

Le traitement a comporté plusieurs temps :

1° Réduction de la luxation de la rotule et fixation en passant à travers l'os le tendon sectionné du demi-tendineux. Depuis dix mois, la correction s'est maintenue.

2° Formation par des plâtres successifs d'un genu recurvatum qui est nécessaire pour que l'axe du poids du corps passe en avant du genou, et rende le genou stable par la pesanteur tendant à l'étendre et non le fermer.

3° Pour déclancher automatiquement cette hyperextension du genou, lorsque le pied pose à terre, on faisait le bloquage des articulations du pied en équin. L'auteur a, dans ce cas, employé le procédé de Putti qui laisse libre l'extension, et consiste à limiter la flexion dorsale du pied au moyen de la greffe dans la poulie astragalienne d'une cale osseuse du tibia opposé.

L'enfant marche sans appui et si le résultat esthétique laisse à désirer, le résultat fonctionnel est bon.

Pâleur paroxystique. Persistance du canal artériel. — MM. Jules RENAULT, Pierre PAUL-LÉVY et André CAIN rapportent l'histoire d'un nourrisson mort à deux mois, après avoir présenté des crises de pâleurs accompagnées de dyspnée et de triage. Il n'y eut jamais de cyanose. A l'autopsie, on trouva des lésions d'atélectasie pulmonaire et un cœur considérablement augmenté de volume aux dépens du ventricule gauche. L'unique malformation consistait dans la persistance d'un canal artériel de grande dimension, perméable dans toute son étendue.

Les auteurs discutent la pathogénie du syndrome, pâleur poroxystique.

Discussion. — M. DUHEM. M. Lévy nous dit qu'il a trouvé, dans le cas qu'il vient de présenter, le ventricule gauche hypertrophié et que cela l'étonne. J'estime, au contraire, que l'hypertrophie du ventricule gauche est la règle dans les malformations congénitales du cœur, soit le cœur en sabot par hypertrophie du ventricule gauche, soit le gros cœur par hypertrophie des deux ventricules.

M. TIXIER signale que dans un cas dans lequel l'autopsie montra la persistance du canal artériel, on trouva un souffle très particulier en « bruit de locomotive » (Belin). L'examen de la pression artérielle montrait qu'il y avait une « fuite », une différence entre le maxima et le minima considérable.

M. NOBÉCOURT, chez un nourrisson atteint de cyanose, avec souffle systolique, présence d'un cœur en sabot à la radioscopie, porta le diagnostic le plus probable : communication interventriculaire par persistance du trou de Botal. Or, l'autopsie montra la persistance du canal artériel.

M. APERT, dans deux cas de malformations du cœur, note la pâleur de toute la moitié supérieure du corps avec cyanose de la moitié inférieure.

M. GILLET rappelle le travail antérieur qu'il a publié sur la question (*Gaz. des hôpit.*, 10 sept. 1910). Les observations rapportées prouvent que les symptômes de la persistance du canal artériel sont encore fort confus, et que sauf la constatation du seul signe certain, celui de François Franck, le souffle entendu « en plein dos » à gauche du rachis, souffle systolique à renforcement respiratoire.

En dehors de l'existence de ce signe les persistances du canal artériel ne peuvent être que des trouvailles d'autopsies.

Un cas d'encéphalite étiquetée léthargique vraisemblablement syphilitique — M. Georges SCHREIBER. Au point de vue étiologique, l'existence de l'encéphalite léthargique ou épidermique, due à un virus spécifique, paraît nettement établie ; mais au point de vue symptomatologique et clinique, cette maladie est souvent malaisée à différencier des autres formes d'encéphalite aiguë. Témoin le fait rapporté par l'auteur.

Un garçon de deux ans et demi présente subitement en 1917, les symptômes d'une encéphalite aiguë (fièvre, somnolence, paralysie oculaire) suivie d'une hémiplégie spasmodique gauche. Cette dernière rétrocède, en partie, laissant toutefois, comme séquelle, une paralysie spasmodique avec athétose du membre supérieur gauche.

Le cas fut primitivement considéré comme une encéphalite épidémique. La syphilis, à ce moment, paraissait hors de cause, mais cinq ans plus tard, en 1922, le père est reconnu atteint d'une paralysie générale avec réaction Wassermann fortement positive. Ce fait nouveau permet d'attribuer à l'hérédosyphilis les lésions nerveuses de l'enfant d'autant plus que les parents ont eu, avant lui, un fils mort-né et après lui une fillette actuellement âgée de vingt mois, nettement atrophique. Malgré une réaction Wassermann négative chez les enfants, la syphilis, paraît bien devoir être incriminée.

Cet exemple montre qu'en présence d'une encéphalite, il ne faut pas se hâter de la considérer comme « épidémique », même en temps d'épidémie. Il convient, dans tous les cas, de songer à la syphilis et d'instituer le traitement spécifique, s'il y a le moindre doute.

Discussion. — M. COMBY remarque que, dans ce cas, on n'a pas eu la preuve de l'origine syphilitique par l'action du traitement spécifique. La syphilis du père ne suffit pas à prouver l'origine syphilitique de l'affection. Toutes les encéphalites infectieuses sont susceptibles d'être suivies d'une hémiplégie spasmodique avec athétose. M. Comby en cite un exemple. Pour lui, ces cas sont fréquents et l'action de la syphilis minime.

M. DEBRÉ remarque que la forme hémiplégie spasmodique avec athétose est exceptionnelle, après l'encéphalite dite léthargique.

M. MARFAN rappelle qu'il existe des encéphalites aiguës hémorragiques d'origine syphilitique non douteuse. M. Péhu dans un cas a trouvé le tréponème dans le foyer.

M. TIXIER rapporte deux cas analogues avec lésions hémorragiques et désordres considérables du cerveau, mort rapide. L'action du traitement étant nulle dans ces cas. On trouva du tréponème au niveau des lésions.

M. APERT a vu, en pleine épidémie d'encéphalite léthargique, un cas d'hémiplégie flasque identique d'aspect à celle des vieillards.

L'autopsie montre un cerveau macroscopiquement intact. M. Pierre Marie trouva dans la pyramide une infiltration périvasculaire analogue à celle de l'encéphalite léthargique.

MM. MARFAN et AVIRAGNET concluent que, dans ce cas, on a eu tort de ne pas faire le traitement spécifique. Même si l'hémiplégie n'était pas d'origine syphilitique, l'enfant n'en était pas moins fils de syphilitique et exposé, dans l'avenir, à faire des lésions d'hérédosyphilis tardive.

Vomissements habituels et hérédosyphilis. — M. B. WEILL-HALLÉ. Il s'agit de deux observations de nourrissons présentant le tableau décrit par M. Marfan, sous le nom de vomissements habituels.

La première observation a trait à un nourrisson, troisième enfant dont le frère précédent avait succombé au cours d'accidents analogues. Le traitement spécifique a supprimé les vomissements guérit le craniotabes et fait régresser la rate hypertrophiée. Le poids, stationnaire jusque-là en dépit des divers régimes et traitements s'est rapidement accru. En outre, dans ce cas, la mère examinée ultérieurement, présentait une réaction de Bordet-Wassermann positive.

La deuxième observation troublante au point de vue de l'efficacité de la thérapeutique spécifique, n'a pu permettre de déceler l'origine des vomissements. Au contraire, l'examen du sang des parents a été négatif.

Discussion. — M. Marfan regrette que l'examen radioscopique n'ait pas été pratiqué. Dans les cas de vomissements habituels, le plus souvent, l'évacuation de l'estomac se fait aussi vite et même plus vite que normalement. Ceci résulte des multiples examens radioscopiques de M. Marfan, un récent travail de M. Péhu (de Lyon) fait la même constatation. Ceci distingue donc nettement de la sténose pylorique par hypertrophie du sphincter les cas de vomissements habituels. Aussi ne doit-on pas appeler cette maladie syndrome pylorique comme l'ont fait certains auteurs.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE DU CÆCUM

DÉFINITION. — On désigne ainsi la localisation du bacille de Koch sur le cæcum. Alors que, au niveau de l'intestin grêle, le processus scléreux engendre un rétrécissement, et partant, une sténose rapidement serrée, au niveau du cæcum, il se produit d'abord (comme, d'ailleurs, sur le reste du gros intestin, mais plus rarement) un épaississement souvent considérable des tuniques intestinales. C'est le type hypertrophique de la tuberculose intestinale chronique, type caractérisé essentiellement par la constitution d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Ce n'est qu'assez tardivement, au cours de l'évolution, qu'apparaîtront des signes de sténose par oblitération de la lumière intestinale.

La tuberculose hypertrophique du cæcum rentre dans le groupe des formes chirurgicales de la tuberculose de l'intestin, parce que souvent primitive et localisée, elle évolue sur un bon état général, et se trouve de ce fait justiciable d'une intervention chirurgicale.

Entrevue par Lasègue, Duguet, étudiée par Terrier, la tuberculoss hypertrophique du cæcum a été surtout bien étudiée par Dieulafoy, par Hartmann et Pilliet. C'est la typhlite tuberculeuse et chronique, la tuberculose iléo-cæcale (Hartmann et Pilliet), le tuberculome iléo-cæcal (Dieulafoy), la tumeur cæcale tuberculeuse (Belgrand).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il ne faut pas confondre la tuberculose hypertrophique du cæcum avec les cicatrices d'ulcération tuberculeuse ou avec les inflammations sous-muqueuses des ulcères tuberculeux. Il s'agit ici d'une tuberculose qui, sans ulcération préalable, se caractérise par une hyperplasie considérable, par une réaction fibreuse intense. C'est le tuberculome hypertrophique de Dieulafoy. Il siège soit sur le cæcum seul, soit à la fois sur la terminaison de l'iléon et la partie initiale du cæcum (tuberculose iléo-cæcale).

Macroscopiquement, le cæcum est déformé, épaissi et induré; le tissu scléro-adipeux, forme autour de lui une gangue graisseuse plus ou moins considérable. Des ganglions sont perdus dans la masse et bien souvent on a peine à retrouver et à isoler l'appendice. La tumeur adhère parfois aux plans profonds par des adhérences ou par des infiltrations caséeuses ou caséo-purulentes. Lorsqu'on ouvre le cæcum en longueur, on est frappé par l'hypertrophie de ses parois. Tantôt il s'agit d'une hypertrophie partielle et excentrique; tantôt il s'agit d'une hypertrophie totale et circulaire. Le canal présente à peine quelques centimètres de diamètre, limité par un tissu inégal, tomenteux, exulcéré ou recouvert par endroits de débris muqueux ou pseudo-membraneux.

Le tissu sous-muqueux, fibreux, nacré, présente parfois une épaisseur de plusieurs centimètres. Quant à la couche musculaire, elle reste égale et se confond insensiblement avec la couche sclérolipomateuse sous-péritonéale.

Au-dessus de la tumeur, l'intestin présente une rétrodilatation et parfois une certaine hypertrophie musculaire.

Microscopiquement, on voit surtout un épaississement considérable de la sous-muqueuse, la disparition des glandes en tube, l'infiltration embryonnaire des follicules. Les autres couches sont épaissies.

Assez rarement, on trouve des tubercules sous-séreux. Les bacilles de Koch sont très rarement constatés et peu virulents. Il s'agit d'après Besançon d'une tuberculose atténuée, dans laquelle les infections secondaires joueraient peut-être un rôle, d'après Hartmann.

Signaler aussi une forme beaucoup plus rare : *La tuberculose atrophique squirrheuse* (Chaput, Leriche).

SYMPTOMES. — I. **Début.** — La tuberculose hypertrophique du cœcum revêt le plus souvent une allure lente et chronique.

Elle débute, mais pas toujours, sourdement chez un sujet qui présentait depuis plus ou moins longtemps des signes de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire.

L'occlusion ou l'obstruction intestinale peut être le premier symptôme (Galliard), mais habituellement elle est précédée de douleurs vagues, de crises alternantes de constipation et de diarrhée, de coliques véritables, et parfois même de l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque droite.

II. **Période d'état.** — Le tuberculome du cæcum évolue le plus souvent en trois périodes (Belgrand) :

Première période : Crises douloureuses avec rémission; troubles de l'évacuation intestinale.

Deuxième période : Tumeur cæcale.

Troisième période : Signes d'occlusion et de sténose, suppuration et fistules.

1° *A la période de début*, ce qui domine ce sont les troubles intestinaux avec crises douloureuses et constipation.

Les *douleurs* sont, en général, constantes; elles se produisent par crises. Le malade ressent des tiraillements, des crampes, des contractions expulsives à point de départ dans la fosse iliaque droite ou dans la région péri-ombilicale. Ces douleurs sont augmentées par l'ingestion des aliments, ou par la palpation; elles durent quelques minutes, mais peuvent se reproduire ainsi pendant un temps variable, jusqu'à plusieurs heures. Elles s'accompagnent de contracture de la paroi dans la fosse iliaque droite et le flanc droit et laissent tout le flanc droit endolori.

Pendant la crise, la *constipation* est la règle, accompagnée généralement de ballonnement du ventre à droite; la crise douloureuse est le plus souvent suivie de l'émission de selles liquides, d'une *véritable débâcle* diarrhéique, quelquefois avec fausses membranes sanguinolentes. Parfois, ce sont des coliques sèches avec constipation opiniâtre. D'ailleurs, la constipation précède et suit la crise douloureuse.

Il est un fait remarquable à constater, c'est l'intégrité de l'état général à cette période de la maladie; cette intégrité persiste ainsi plusieurs mois, jusqu'au jour où la palpation de la fosse iliaque droite permet de découvrir la présence d'une tumeur. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ve RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

[*Paris, 12 octobre 1923* (1)]

C'est devant une assistance toujours plus nombreuse que s'est ouvert le Congrès de la jeune mais déjà vivace Société française d'orthopédie. Le président, M. Kirmisson, qui a été l'âme de la création de la Société, voyant son enfant bien viable annonce son désir de renoncer à remplir les fonctions de président pour les années suivantes. On vote par acclamations sa nomination de président d'honneur.

Il est procédé à des élections qui donnent les résultats suivants :

Président : M. le professeur Broca.

Vice-président : M. le professeur agrégé Ombrédanne. Membres français nouveaux : MM. Mathieu (de Paris), Massart (de Paris), Simon (de Strasbourg), Bouquier (de Berck), Capelle (de Font-Romeu). Membres associés étrangers : MM. les professeurs Lozano (de Saragosse), Schultz (de Prague), Jorgé (de Buenos-Aires), E. Delcroix (d'Ostende).

I

LE PIED CREUX

Rapporteur : M. Laroyenne (de Lyon).

Résumé du rapport.

Le pied creux est constitué par l'équinisme du pied antérieur seul ou combiné au redressement du calcanéum (pied creux talus). Outre ces deux variétés fondamentales on trouve de nombreuses sous-variétés dues à des déformations associées. Le rapporteur insiste sur deux d'entre elles : 1° l'abaissement de l'avant-pied s'associe souvent au redressement des orteils en griffe, c'est la « griffe pied creux » de Duchenne (de Boulogne), dans la paralysie des intérosseux et du court fléchisseur du gros orteil. Le rapporteur se demande si, dans certains pieds creux la formation d'orteils en marteau n'est pas la conséquence directe de l'abaissement de l'avant-pied au lieu d'en être la cause; 2° le métatarsus varus s'associe parfois au pied creux.

Ces déformations primitives ou secondaires se fixent à la longue par des rétractions ligamentaires, musculo-tendineuses et osseuses.

Etiologiquement, on peut distinguer : 1° le pied creux par rétraction de l'aponévrose plantaire soit à la suite de lésions toxi-infectieuses, soit à la suite d'immobilisation prolongée; 2° les pieds creux par rupture de l'équilibre musculaire comprenant : α. le pied creux talus consécutif aux ténotomies du tendon d'Achille avec cicatrisation trop éloignée des deux bouts; β. le pied creux talus par paralysie du triceps rural dans la poliomyélite; γ. le pied creux par abaissement de tous les métatarsiens dans la paralysie des interosseux ou du premier métatarsien seul dans la paralysie du court fléchisseur plantaire, du gros orteil; δ. les innombrables pieds creux des maladies nerveuses : névrites périphériques, névrite interstitielle hypertrophique, maladie de Freidreich, des atrophies musculaires progressives, des myopathies. Enfin la coexistence fréquente d'un spina bifida occulta de la région lombo-sacrée et du pied creux a été signalée par de nombreux auteurs. Quelle que soit l'explication fournie (arrêt de développement de l'extrémité de la moelle, adhérences extra-dure-mériennes, tumeurs congénitales) « on ne peut admettre un simple parallélisme entre les deux affections »; ε. il reste, à côté de toutes ces variétés, des pieds creux de cause indéterminée, dits essentiels. La connaissance du spina bifida occulta et d'affections nerveuses rares en a beaucoup diminué le nombre. Leur début apparent se fait dans la deuxième enfance; souvent double et plus marqué d'un côté, il est parfois familial. C'est une déformation progressive, peu gênante au début, elle finit par fournir un mauvais appui au sol d'où gêne considérable de la marche, et même des douleurs surtout s'il s'y joint des troubles trophiques.

Le traitement dépend de la forme observée.

Dans le pied creux talus paralytique « la déformation du pied n'entre que pour une faible part dans la gêne qu'il produit, dont sont responsables surtout la paralysie et la laxité articulaire. Aussi les opérations visant à ne restaurer que la forme (ostéotomies du calcanéum, etc.) doivent céder le pas à celles (arthrodèses, ténodèses) qui assurent la stabilité du pied. Le rapporteur considère comme procédé de choix l'ostéotomie cunéiforme astragalo calcanéenne qui corrige le talus et ankylose la sous-astragalienne.

Le traitement du pied creux essentiel consistera dans les cas légers en sections des parties molles retractées, et dans les cas graves en tarsectomie cunéiforme des articulations de Lisfranc ou de Chopart.

La *discussion* à laquelle ont pris part MM. Frœlich (de Nancy), Delchef (de Bruxelles), Nové-Josserand (de Lyon), Lance (de Paris), Rendu (de Lyon), Ducroquet (de Paris), a porté sur deux points principaux, la symptomatologie des pieds creux par abaissement de l'avant-pied et le traitement des diverses variétés de pieds creux.

M. Ducroquet a exposé la physiologie pathologique du pied creux postérieur poliomyélitique décrit déjà antérieurement par lui dans un magistral article de la *Presse médicale* (23 juillet 1910). Il montre ensuite qu'il existe des faux pieds creux par déviation latérale du pied, qui se corrigent par redressement de cette déviation, enfin il explique la pathogénie du varus secondaire dans le pied creux par abaissement de la tête du premier métatarsien.

Le pied creux essentiel est l'objet de deux descriptions très complètes par MM. Lance et Rendu, basées la première sur l'examen de 22 malades, la deuxième sur 33 observations. Ces deux descriptions sont absolument concordantes et on y trouve les mêmes particularités : fréquence plus grande chez le garçon, début apparent à deux époques différentes de la vie, soit la petite enfance. soit plus souvent l'adolescence, caractère familial dans quelques cas, bilatéralité dans plus de la moitié des cas mais avec cette particularité que le plus souvent les pieds se prennent l'un après l'autre et que la déformation est plus marquée d'un côté que de l'autre. Les auteurs notent aussi la progressivité de l'affection sur laquelle insiste M. Nové-Josserand qui appelle le pied creux essentiel « pied creux progressif » faisant de ce caractère la marque essentielle de la maladie. M. Lance insiste sur l'atrophie presque constante du membre porteur de pied creux essentiel, atrophie portant surtout sur la jambe; elle existe dans les cas unilatéraux, et est nette dans les cas bilatéraux du côté où le pied creux est plus marqué. Les deux auteurs signalent la présence dans quelques cas de signes cliniques de spina bifida occulta lombo-sacré (trou à la palpation, douleurs des membres inférieurs, troubles de la miction). Dans tous les cas la radiographie a montré l'existence de spina bifida occulta des dernières lombaires ou premières sacrées ou d'autres anomalies de la région (sacralisations, lombarisations). Ils concluent que le pied creux dit essentiel est lié à une malformation médullaire se traduisant par la présence d'anomalies du rachis lombo-sacré.

Les méthodes opératoires préconisées varient selon les variétés de pied creux.

Pour le pied talus, M. Nové-Josserand conseille l'arthrodèse sous-astragalienne qui stabilise le pied, et, s'il le faut, une résection cunéiforme postérieure du calcanéum et de l'astragale.

M. Frœlich enlève ce coin osseux en avant de la tibio-tarsienne et sectionne l'aponévrose plantaire; dans les cas où le pied talus est ballant, par suite de paralysies multiples, il préconise la triple arthrodèse (sous-astragalienne, médio-tarsienne et tibio-tarsienne).

M. Delchef remarque que, au lieu de chercher à redresser le calcanéum, on le remet en place par la mise en équin du pied. Il le fixe dans cette position par une ténodèse ou par

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux Journaux et Revues qui n'appartiennent pas à l'Association.

transplantation à travers le calcanéum du long extenseur propre et du long péronier.

M. Ducroquet, partant de ce fait que ce qui gêne le malade n'est pas la déformation en pied creux, mais l'insécurité de la marche par paralysie du triceps sural, y remédie par l'arthrodèse tibio-tarsienne, et en cas de varus surajouté il y joint la double arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne.

Pour le pied creux antérieur, poliomyélite, M. Ducroquet a préconisé (*Presse méd.*, 1910) la transplantation de l'extenseur du gros orteil sur le métatarsien, opération logique mais qui expose à des récidives (Ombrédanne, Lance). Aussi la tendance est-elle de recourir de plus en plus à des opérations osseuses : résection cunéiforme du tarse avec arthrodèse sous-astragalienne s'il y a du varus (Lance), résection cunéiforme entre le premier métatarsien et le premier cunéiforme ou ostéotomie du premier métatarsien (Ducroquet).

De même pour les pieds creux spasmodiques les ténotomies ne suffisent pas ; il faut faire des arthrodèses pour fixer le redressement (Nové-Josserand, Lance).

Il en est de même dans le pied creux essentiel, progressif. Si M. Frœlich se contente de la ténotomie des extenseurs, de la résection de l'aponévrose plantaire puis redressement plâtré, MM. Nové-Josserand, Lance, Rendu ont eu des déboires avec les opérations s'adressant aux parties molles : la section de l'aponévrose plantaire et même des muscles plantaires à ciel ouvert, suivie de transplantation de l'extenseur de l'orteil si elle donne une amélioration passagère, n'empêche pas le plus souvent la déformation de récidiver et progresser. Il faut faire plus. Pour redresser, M. Nové-Josserand préconise la désinsertion des muscles et aponévroses plantaires sur le calcanéum, opération qu'il pratique depuis 1913; pour maintenir le redressement il faut faire une opération osseuse : arthrodèse médio-tarsienne qui peut se transformer, s'il le faut, en résection cunéiforme.

Donc, malgré la divergence apparente des traitements proposés dans le pied creux, de l'ensemble des communications se dégage cette opinion que, ici comme partout, les transplantations tendineuses à résultat aléatoire perdent du terrain, et les orthopédistes leur substituent les opérations osseuses (arthrodèses, ostéotomies, résections cunéiformes) dont le résultat est certain.

II

LES KYSTES DES OS (KYSTES HYDATIQUES EXCEPTÉS)

Rapporteur : M. C. Rœderer (de Paris).

Résumé du rapport.

La question des kystes des os est très obscure et le très consciencieux et documenté travail du rapporteur nous expose les faits nombreux publiés et essaye de les cataloguer. Il élimine tout d'abord du cadre de son travail les kystes parasitaires, ceux des mâchoires, les apparences kystiques observées dans certaines affections osseuses (tumeurs dégénérées, empoisonnement phosphoré, gommes tuberculeuses et syphilitiques, actinomycose, ostéomyélite atténuée, maladie de Barlow). Il élimine aussi deux affections dystrophiques spéciales dites maladie de Recklinghausen et ostéodystrophie juvénile de Mickulicz dans lesquelles on peut voir des kystes multiples des os se développer.

Il ne retient pour son étude que les kystes essentiels, bénins, solitaires des os ou ostéite fibro-kystique localisée des os longs, affection qu'il caractérise ainsi : « Formation d'une cavité kystique unique, développée en général dans un os long et sur une épiphyse, chez un sujet jeune, sans qu'une maladie générale ou une affection connue de l'organisme puisse en expliquer directement la pathogénie, sans signe surajouté dans le tissu voisin et dont l'évolution est favorable, sans métastase et sans récidive. »

Ce que l'on sait de l'étiologie de cette affection peut se résumer en quelques mots : affection spéciale à l'adolescence et siégeant de préférence sur les os longs (fémur, tibia, humérus) à la région dia-épiphysaire.

Cliniquement, elle s'offre sous des aspects différents selon le moment où l'enfant est amené au médecin : 1° il peut se présenter avec la symptomatologie d'une tumeur osseuse indolore, sans modifications des téguments à son niveau, sans modification de la croissance et de la direction de l'os; avec une symptomatologie aussi fruste on comprend que le kyste puisse souvent passer inaperçu; 2° c'est ce qui explique que le malade peut se présenter d'emblée avec la symptomatologie d'une fracture spontanée ou à la suite d'un trauma insignifiant, fracture dont les symptômes peuvent être réduits au minimum, la douleur minime ou nulle, pas d'ecchymose, crépitation inexistante, impotence presque nulle, ce qui explique la fracture aussi peut-être méconnue; 3° le malade se présente alors avec la symptomatologie d'une fracture méconnue vicieusement consolidée, l'inflexion ne se traduit que par une coudure, inflexion, un raccourcissement du membre au niveau d'une tumeur dure et indolore.

Ceci montre que, dans bien des cas, le diagnostic est une découverte radiographique. Sauf quelques cas spéciaux, le pronostic est favorable; le kyste évolue très lentement en restant localisé et troublant peu le fonctionnement du membre jusqu'au moment d'une fracture spontanée. Celle-ci est suivie parfois de consolidation très rapide, plus souvent d'un processus lent de néoformation osseuse comblant la cavité, plus rarement d'une pseudarthrose ou de fractures récidivantes.

Le diagnostic sera à poser dans des circonstances variables. Dans le cas de fracture spontanée chez un enfant, après élimination des causes habituelles de fragilité osseuse (ostéopsathyrose, rachitisme, etc.) il restera les tumeurs néoplasiques dont le diagnostic est souvent difficile.

Dans le cas de tumeur osseuse, la symptomatologie très réduite ne permettra guère la confusion qu'avec le chondrome, les tumeurs à myéloplaxes, l'ostéosarcome central, les kystes hydatiques.

Mais, dans ces cas, le diagnostic reposera surtout sur l'examen radiologique et une biopsie.

Le kyste essentiel a en effet, en général, un aspect radiologique nettement différencié. Avant toute fracture, l'os présente un renflement, avec soufflure du canal médullaire, tache claire entourée d'une ligne très régulière et opaque; on note la conservation du cartilage épiphysaire et l'os voisin est normal.

Les lésions histologiques essentielles tirées de l'examen de la pièce ou d'une biopsie peuvent se résumer ainsi : le kyste ne présente pas de membrane propre, c'est donc une cavité kystique plus qu'un kyste vrai, la paroi montre un tissu osseux en voie de résorption et sans aucune tendance à la régénération, elle peut contenir du tissu chondroïde et des myéloplaxes, la moelle osseuse subit une transformation fibreuse. Le contenu est du liquide filant ou du tissu fibreux toujours aseptiques.

Quelle est la nature de ces kystes ? Ni la présence de tissu chondroïde, ni celle des myéloplaxes ne peut, d'après les conceptions actuelles, les faire regarder comme des tumeurs malignes, ce que corrobore leur évolution clinique.

Pendant longtemps les kystes des os longs ont été regardés, sous l'influence des auteurs allemands, comme faisant partie du cadre de la maladie de Recklinghausen. Ce serait une modalité de l'affection spéciale aux jeunes. Il y aurait une dégénérescence fibreuse précédant les formations kystiques et on trouverait des formes intermédiaires comme la maladie de Mickulicz.

En France, nous avons tendance à séparer complètement les deux affections : la maladie de Recklinghausen, maladie généralisée à la presque totalité du squelette, évoluant chez des vieillards, aboutissant à des déformations et des fractures multiples des os, affection incurable s'oppose au kyste unique de l'adolescent qui est nettement curable.

Certains (Lecène et Lenormant, Bérard et Alamartine) voient dans le kyste des os une dystrophie osseuse dépendant des glandes vasculaires sanguines (dysthyroïdie surtout); d'autres croient à l'origine traumatique, il s'agirait d'hématomes intraosseux jouant le rôle de corps étrangers et déterminant la résorption de l'os (Mauclaire), mais cette théorie s'accorde peu avec les faits; enfin, d'autres encore (Nové-Josserand) croient l'affection d'origine inflammatoire, et certains cas de syphilis héréditaire (Tillier, A. Mouchet) présentent un aspect fort rapproché des kystes osseux.

Actuellement aucune conclusion ne peut être faite sur la pathogénie du kyste des os.

Etant donné le caractère bénin de l'affection, le traitement doit être résolument conservateur; le curettage après résection partielle peut suffire, le plombage paraît inutile. Si l'on craint une fracture ou en face de fracture récidivante, on peut faire suivre l'évidement d'une greffe ostéopériostique intrakystique.

La *discussion* à laquelle ont pris part MM. Frœlich (de Nancy), Nové-Josserand (de Lyon), Machard (de Genève), Martin du Pan (de Genève), Ducroquet (de Paris), Gaudier (de Lille), Mouchet (de Paris), Broca (de Paris) a porté sur trois points :

1° Production d'observations; 2° observations sur la pathogénie; 3° résultats du traitement.

Les observations produites se divisent en deux groupes. MM. Machard, Martin du Pan et Ducroquet ont apporté chacun une observation considérée, comme maladie de Recklinghausen. Si, chez les deux premiers où il s'agissait d'adultes portant des kystes multiples des os des membres et du tronc avec fractures spontanées multiples et réitérées (fractures du col du fémur, trois fois d'un côté, deux fois de l'autre dans le cas de Martin du Pan), le cas de Ducroquet est plus troublant, car il s'agissait d'un enfant de trois ans, avec kystes multiples symétriques du tibia et fracture spontanée d'un côté.

Dans les autres cas, il s'agissait de kystes uniques.

M. Frœlicb apporte un cas typique avec fracture du col du fémur guéri par intervention. Il l'oppose à un deuxième cas où l'extrémité supérieure du tibia, volumineuse, présentait à la radiographie un aspect vacuolaire et un trait de fracture : l'intervention montra qu'il n'y avait pas de kyste, mais une bouillie osseuse molle à ce niveau. Pour M. Frœlich, c'est le type du cal soufflé.

M. Gaudier, dans un cas de kyste de l'humérus fracturé, trois fois est intervenu, il n'a pas trouvé de liquide, mais une membrane grisâtre avec minces travées osseuses. Il croit qu'il s'agit aussi d'un cal soufflé.

M. Nové-Josserand, qui a observé cinq cas de kystes osseux, fait remarquer que dans deux cas, bien que l'aspect radiographique montrât un kyste typique, l'opération n'a pas trouvé de kyste, mais dans un cas une substance dure, fibreuse, avec des blocs cartilagineux, dans l'autre un tissu aréolaire mince avec une moelle d'aspect fongueux. La présence d'un kyste véritable n'est donc pas un élément essentiel de la malade. De même, jusqu'ici on pensait qu'un autre élément essentiel était que si les kystes progressent ou restent stationnaires, ils ne régressent pas spontanément. Or, dans deux cas, M. Nové-Josserand a assisté à cette évolution régressive et, dans la thèse de Mlle Testoud, on trouve trois observations étrangères analogues.

M. Mouchet, qui a observé sept kystes des os, pense que dans deux cas l'hérédosyphilis pouvait être mise en cause.

MM. Mouchet, Rœderer, Broca se sont élevés contre le diagnostic de cal soufflé posé par MM. Frœlich et Gaudier dans leurs observations. Pour prouver que la fracture était bien primitive et la soufflure de l'os secondaire, il aurait fallu avoir une radiograpie avant l'intumescence de l'os. Or, cette pièce manque, et on peut aussi bien interpréter ces cas, comme des kystes méconnus avec fracture spontanée, une trabéculation s'installant dans la cavité du kyste après la fracture. Cette interprétation est d'autant plus vraisemblable pour M. Broca que « les cals soufflés n'existent pas ».

Au sujet de la pathogénie du kyste des os, tous les auteurs ont avoué notre ignorance.

Pour MM. Frœlich, Broca, l'ostéite kystique n'existe pas, ce n'est pas une entité morbide, c'est un mot d'attente destiné à cacher notre ignorance, et M. Broca, avec sa verve mordante coutumière, attaque la conception du kyste solitaire, manifestation de troubles endocriniens. Le caractère capital des troubles endocriniens, dit-il, c'est leur généralisation. La production d'un trouble local, d'un seul kyste ne peut pas s'expliquer par un trouble endocrinien, la raison se refuse à admettre cette conception.

L'unanimité est aussi absolue sur le traitement à suivre et à ce sujet les conclusions du rapporteur acceptées sans réserves.

Il faut conclure, comme l'a fait modestement le rapporteur pour son travail, que cette discussion n'a apporté aucun élément nouveau à la question toujours obscure du kyste des os. C'est un problème qui reste à l'étude.

III

L'ÉLÉVATION CONGÉNITALE DE L'OMOPLATE

M. Delchef (de Bruxelles).

Résumé de rapport.

Dans un court historique, le rapporteur rappelle que c'est bien à tort que les « centraux » baptisent cette affection « maladie de Sprengel » puisque Willett et Walsham, en 1880, puis 1883, Mac Burney, Sands ont fort bien décrit l'affection bien avant Sprengel (1891).

Les travaux les plus importants sont ceux de Rager (de Copenhague, 1901), le père de la théorie de l'ectopie du scapulum, et en France, ceux de Kirmisson et ses élèves, en particulier, la thèse de Tridon (1904). Il termine en citant toutes les publications récentes sur le sujet.

L'omoplate déplacée est très rarement altérée dans sa forme. Si elle l'est, c'est toujours dans le sens de la réduction. Sa forme, exceptionnellement normale, se rapproche de la forme embryonnaire : l'os est réduit plus dans sa hauteur que sa largeur, il est arrondi.

Normalement, l'omoplate s'étend du premier au VIIIe espace intercostal. En s'élevant, il subit une déviation de son orientation normale, consistant en une exagération de la bascule : son angle supérieur se porte en avant, l'inférieur en dedans, l'externe en bas.

Exceptionnellement, le rachis est normal : on observe le plus souvent, une inflexion homo ou contralatérale et de fréquentes anomalies du rachis (spina bifida, vertèbres cunéiformes, fusions vertébrales).

Les côtes sont parfois altérées dans leur nombre ou leurs rapports (déficiences, fusions).

La clavicule est normale, plus courte ou plus longue; ses courbures sont plus accentuées. Elle s'adapte à de nouvelles conditions, ses deux points d'attache étant le plus souvent rapprochés.

On trouve parfois des pièces osseuses surnuméraires réunissant le bord supérieur du scapulum à une vertèbre cervicale, le plus souvent la VIIe. Ces pièces osseuses sont de forme, dimensions, structure très variables.

La surélévation s'accompagne de déficiences musculaires variables mais atteignant surtout le trapèze et le grand pectoral; il peut y avoir coexistence avec du torticolis et rétraction fibreuse du trapèze, de l'angulaire, du rhomboïde.

La coexistence avec d'autres malformations à distance (pieds bots, luxations congénitales, ectopie testiculaire, etc.) est fréquente.

Bien que la déformation existe à la naissance, l'enfant est rarement amené au médecin dans la petite enfance.

L'examen du malade révèle les modifications décrites dans la situation, l'orientation, la forme de l'omoplate, c'est surtout en regardant l'enfant par-devant qu'on est frappé de la saillie sus-claviculaire de l'angle supérieur de l'os.

Le scapulum est fixé dans sa position haute : on peut l'élever encore, mais non l'abaisser.

Il y a réduction plus ou moins grande de l'élévation verticale du bras, cause principale de la gêne fonctionnelle de l'affection : diminution de l'étendue et de la force du mouvement, avec fatigue consécutive.

« Le diagnostic de l'élévation congénitale n'est pas difficile. Il suffira d'y penser. »

Le pronostic n'est pas grave. Il n'est pas sûr que l'affection soit progressive.

La maladie semble très rare (150 à 200 cas dans la littérature) mais il se peut que bien des cas passent inaperçus.

Les garçons sont deux fois plus touchés que les filles, le côté gauche plus que le droit, on a signalé des cas familiaux.

« L'élévation congénitale de l'omoplate doit être considérée comme l'expression d'un trouble de la segmentation embryonnaire aboutissant à des malformations, variant en nombre et en intensité, du squelette axial ainsi que des muscles de la région scapulaire. L'élévation est le fait de l'arrêt provoqué par ce trouble dans la migration normale

du scapulum de la région cervicale à la région dorsale. Considérée ainsi, l'affection n'est plus une entité morbide, mais bien un symptôme dépassant cliniquement d'autres symptômes qui constituent avec lui le témoignage de ce trouble de l'embryogénèse.

Les pièces osseuses surnuméraires, décrites dans nombre de cas, ne sont donc pas la cause de la malformation. Elles n'en sont qu'une complication accidentelle. Sur la nature même de la pièce osseuse, les précisions nous manquent encore. Peut-être faut-il y voir l'organe de soutien d'une segmentation muscnlaire anormale.

L'étiologie reste obscure comme celle de beaucoup de malformations congénitales.

Le traitement physiothérapique et orthopédique n'a de valeur qu'à titre préventif d'une scoliose secondaire.

Les cas graves, et surtout ceux avec limitation des mouvements relèvent de la chirurgie.

Les techniques les plus simples nous paraissant les meilleures, nous pensons qu'il suffira d'enlever la pièce osseuse, de réséquer la partie saillante de l'omoplate, de sectionner les muscles s'opposant à l'abaissement et de fixer le scapulum dans sa nouvelle position. La ligature en pivot d'Ombrédanne nous paraît rationnelle. La section préalable de la clavicule sera, à notre avis, une méthode d'exception. »

Discussion. — MM. Maffei (de Bruxelles), Frœlich (de Nancy), Mouchet (de Paris), Rocher (de Bordeaux), Desfosses (de Paris), Ducroquet (de Paris), Lance (de Paris). La discussion porte surtout sur certains points du rapport. Si MM. Mouchet, Rocher, Desfosses n'en ont observé chacun que 2 cas, M. Ducroquet en a vu une dizaine, M. Frœlich des cas assez nombreux dont 3 ont été opérés, MM. Maffei et Lance croient cette fréquence assez grande quand on recherche l'affection, M. Maffei en a vu 4 cas dont 2 en six mois. M. Lance croît qu'outre les cas très marqués dont il a 4 observations, il y a des cas plus légers qui passent facilement inaperçus n'entraînant aucune gêne. En fait sur 300 dos pathologiques examinés en deux ans, il a trouvé 20 cas d'aplasie de la ceinture scapulaire dont 12 avec surélévation de l'omoplate.

La surélévation coexiste souvent avec des malformations multiples du rachis et des côtes. C'est ce que Ducrocquet a vu deux fois sur 10 cas (malformations multiples et familiales), Desfosses une fois (absence partielle de pectoral, pièce osseuse surajoutée), Mouchet deux fois (fusions costales et spina bifida. et cas complexe avec réduction numérique); M. Frœlich note 2 cas avec lésions vertébrales multiples sur 3 observations, M. Maffei a trouvé ces malformations. Dans ses 4 cas, il fait de la surélévation une dépendance des lésions vertébrales. M. Lance n'a trouvé, sur 16 cas qu'une seule fois des lésions vertébrales et costales multiples.

MM. Maffei et Lance notent que l'omoplate est en général peu déformée. L'os paraît surtout déformé à cause de sa bascule, mais la radiographie montre que l'os est souvent moins déformé que ne le laissait supposer l'examen (Huc cité par Lance).

Le diagnostic n'est pas toujours aussi facile que l'a dit le rapporteur.

M. Lance rappelle les cas de surélévation acquise par contractures permanentes (arthrites cervicales, névropathes), et M. Rocher en cite un cas traumatique simulant absolument une surélévation.

M. Lance montre que, à côté des aplasies avec surélévation, il y a nombreux cas d'aplasies scapulaires même avec aplasies musculaires importantes, sans surélévation. L'omoplate plus petite est en place, les épaules au même niveau. Il cite huit cas de cette malformation dont le rapporteur n'a pas parlé.

M. Ducroquet apporte une notion nouvelle à la physiologie pathologique de l'affection. Il a noté chez ces malades, de manière constante, une paralysie du sous-épineux, d'où l'impossibilité de tenir le bras élevé en rotation, indifférent, l'avant-bras retombe en rotation interne, d'où grosse difficulté pour manger, se coiffer.

La pathogénie de l'affection est loin d'être élucidée. M. Maffei n'en fait pas une entité morbide; la surélévation est la conséquence d'anomalies des corps vertébraux survenant à un âge très ancien du développement.

M. Lance bat en brèche la théorie de l'ectopie ou arrêt de la descente de l'omoplate. Cette migration de l'omoplate de haut en bas chez l'embryon est loin d'être prouvée embryologiquement comme en font foi les travaux les plus récents sur ce sujet. Il expose une théorie nouvelle (Huc) qui veut que la position haute de l'omoplate résulte toujours d'une disproportion entre les dimensions de la pince omo-claviculaire et celles du sommet du thorax, soit qu'il y ait le plus souvent aplasie régionale portant sur toute la ceinture scapulaire, omoplate et clavicule, soit qu'il y ait augmentation du volume thoracique (anomalies costales, scolioses congénitales, etc.).

Tous les auteurs ont été d'avis que c'est seulement dans les cas s'accompagnant d'une gêne considérable que la surélévation doit être opérée.

M. Frœlich qui a opéré trois fois s'est contenté de faire la section du trapèze et de l'angulaire, la résection du bord supérieur de l'omoplate, aucune fixation. M. Desfosses a enlevé une large pièce osseuse réunissant l'omoplate à la colonne vertébrale, opération suivie de l'application d'une minerve.

M. Mouchet rappelle les beaux succès obtenus par M. Ombrédanne par sa méthode de fixation costale après abaissement. C'est la méthode que M. Rocher a employée dans un cas; malheureusement, peu après l'opération, l'enfant a fait une angine grave, il y a eu suppuration et on a été obligé d'enlever les fils. Il y a eu une grosse amélioration esthétique, mais il persiste de la limitation des mouvements. M. Lance rappelle que, outre l'abaissement et la fixation, M. Ombrédanne a été amené à pratiquer, selon les idées de Huc, dans les cas où la clavicule est plus courte, l'allongement de celle-ci par ostéotomie oblique. Ce rétablissement de la longueur normale de la clavicule est indispensable pour pouvoir abaisser l'omoplate facilement, sans compressions vasculaires et nerveuses, et pour obtenir la récupération de l'intégrité des mouvements de l'épaule.

Au total, discussion intéressante qui montre que tout n'a pas été dit sur la surélévation congénitale de l'omoplate; bien des points restent encore obscurs et attendent de nouveaux travaux.

— Le VIe Congrès de la Société d'orthopédie est fixé au vendredi 11 octobre 1924.

Les questions mises à l'étude sont :

Le spina bifida occulta. — Rapporteur : M. Mutel (de Nancy).

Le traitement des épaules paralytiques. — Rapporteur : M. Hallopeau (de Paris).

La métatarsalgie (maladie de Morton). — Rapporteur : M. Maffei (de Bruxelles).

M. LANCE.

IIIe CONGRÈS DES PÉDIATRES
DE LANGUE FRANÇAISE

[*Bruxelles, les 4, 5, 6 et 7 octobre 1923*] (1)

III

L'INVAGINATION INTESTINALE CHEZ L'ENFANT DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Rapport de M. Massart (de Paris).

L'invagination sera étudiée successivement chez le nourrisson, puis chez l'enfant en raison du diagnostic et du traitement particulier à réserver à chacune de ces formes.

A. **L'invagination chez le nourrisson.** — Elle est encore très souvent méconnue sous la forme aiguë. Toutes les statistiques le prouvent; la plupart des chirurgiens s'en plai-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 85, 1361.

gnent et si tant d'enfants succombent, c'est que le mal est diagnostiqué trop tard. C'est donc la nécessité d'un diagnostic précoce qui va dominer toute cette étude, d'un diagnostic posé par le médecin qui voit le premier l'enfant.

Quels sont donc les moyens de diagnostic précoce de l'invagination intestinale ?

1. Le *mélæna* qui existe *toujours* chez le nourrisson atteint d'invagination intestinale, au point que Broca a pu dire que : « Un enfant de moins d'un an qui fait du sang et a des signes d'occlusion doit être laparotomisé immédiatement », ce que Aubré donne à exprimer en équation en disant : « Signes d'occlusion + sang par l'anus = invagination intestinale. »

Le mélæna varie suivant les formes de l'invagination ; le plus souvent l'écoulement est modéré et constitué par des mucosités sanguinolentes ; il peut être très abondant et faire croire à l'ulcère duodénal, mais cette affection est rare chez le nourrisson ; il peut être enfin mêlé aux matières fécales, d'odeur fétide et s'écouler lentement, accompagné parfois d'élimination de portions de tissus gangrenés provenant du boudin invaginé.

Le mélæna indique donc bien nettement que le nourrisson a une hémorragie intestinale, point capital. Il sera d'ailleurs aisé de ne pas confondre le mélæna avec :

a. L'hémorragie intestinale du nouveau-né, car l'invagination est exceptionnelle chez celui-ci.

b. Le choléra infantile qui donne des selles rosées (avec hématoïdine en cristaux), mais pas de sang dans les selles.

c. Le purpura d'Hénoch qui est rare au-dessous d'un an et peut cependant être concomitant à l'invagination. Il présente toutefois des taches cutanées (pétéchies) et des selles renfermant de la bile tandis que celles-ci manquent dans le cas d'invagination intestinale.

d L'hémophilie : ici, la première manifestation est toujours articulaire et précède l'hémorragie.

e. Certaines gastro-entérites accompagnées de selles séro-sanguinolentes, mais qui débutent toujours par une fièvre élevée.

f. Les parasites intestinaux amenant des lésions de la muqueuse, mais provoquant des hémorragies toujours minimes.

Enfin, le mélæna est chez le nourrisson un signe précoce de l'invagination, ce qui en fait en même temps un élément diagnostique de premier ordre.

2. La *douleur*, dont l'importance est grande par sa brusque apparition, son caractère suraigu ou sa brusque disparition qui, malheureusement calme trop vite les inquiétudes du début.

3. Les *vomissements* accompagnant, en général, cette douleur subite et intense et qui, ajoutés aux deux premiers signes doivent imposer d'urgence une intervention chirurgicale.

4. La *tumeur en boudin* venant plus tard et constituant un signe superflu pour établir un diagnostic ferme.

Si le rapporteur a tant insisté sur l'importance des signes du début, c'est que le traitement de l'invagination aiguë exige une opération rapide et simple, qui doit être faite lorsque l'état général est encore bon, c'est-à-dire, pendant les vingt premières heures ; au delà de cette limite, l'état empire rapidement et les statistiques montrent toutes des résultats désastreux.

Pour conclure, il faut donc pratiquer une opération précoce, rapide et simple en réduisant au minimum les manœuvres opératoires et en évitant une anesthésie prolongée.

La technique opératoire sera fort simple : la tumeur siégeant le plus souvent à droite, il est préférable d'inciser à droite ; la désinvagination toujours facile pendant les vingt premières heures est pratiquée à l'extérieur de la cavité abdominale et le cæcum est fixé au péritoine pariétal. La suture de la paroi doit être soigné avec maintien des fils en place pendant vingt à vingt-cinq jours pour éviter l'éviscération par la toux. Cette technique donnera les meilleurs résultats pendant les premières heures.

Passé la vingtième heure, le traitement doit être tout différent en raison de la gravité de l'état général du malade. La conduite à tenir dépendra d'une part de la possibilité de désinvagination, d'autre part, de l'état de l'intestin invaginé.

Il faut éviter tout traumatisme supplémentaire, suturer les déchirures sans perforation, mais à tout prix éviter la résection intestinale qui donne 100 p. 100 de décès.

En résumé, chez le nourrisson, l'invagination intestinale aiguë doit être traitée dans les vingt premières heures. Quelle que soit l'habileté du chirurgien, si minime soit le choc opératoire, l'intervention, passé la vingtième heure, est pleine d'aléas ; ce qu'il importe de faire avant tout, c'est le diagnostic précoce de la maladie, les succès opératoires étant en raison directe de la précocité de l'opération. Les deux tableaux, que le rapporteur a mis en annexe de son étude, en sont une saisissante démonstration.

B. **L'invagination chez l'enfant.** — Elle est beaucoup plus rare chez l'enfant, sauf peut-être un léger regain vers l'âge de huit à dix ans. Son évolution comporte : *a.* une forme aiguë ; *b.* une forme chronique.

a. Dans la *forme aiguë*, les signes cardinaux sont beaucoup moins nets et font souvent penser à l'appendicite ; l'apparition de la tumeur en boudin permet habituellement de trancher la question, car cette tumeur ne ressemble en rien au plastron appendiculaire. Au reste, l'intervention s'impose dans les deux cas et doit toujours comporter l'appendicectomie.

b. La *forme chronique* se caractérise chez l'enfant par un début avec signes nets d'invagination, puis état parfait, puis à nouveau signes d'invagination moins nets que la première fois et finalement une nouvelle reprise imposant l'intervention.

Cliniquement, on distingue deux formes : l'une rappelant la péritonite tuberculeuse par l'évolution lente, les alternatives de constipation et de diarrhées, ainsi que la cachexie ; l'autre ressemblant à l'appendicite chronique.

L'évolution de ces cas est essentiellement bizarre et polymorphe ; elle ne peut être précisée d'une manière générale et probablement un examen aux rayons X serait d'un sérieux secours dans ces cas.

La technique de l'intervention est une question de chirurgie pure et ne trouve pas sa place ici.

Le rapporteur insiste encore en terminant son rapport sur la forme clinique qui, par sa rapidité d'évolution, sa gravité et sa fréquence doit intéresser surtout les pédiatres, à savoir : l'invagination aiguë des nourrissons dont les statistiques opératoires ne peuvent être améliorées que grâce à un diagnostic précoce qui permettra l'intervention avant la vingtième heure.

Discussion.

— M. Albert Mouchet (de Paris) croit qu'on devrait pratiquer systématiquement le toucher rectal, capable de ramener du sang sur le doigt avant que ce sang soit expulsé par l'anus. Il note un bon nombre d'invaginations aiguës des nourrissons s'accompagnent d'une fièvre assez intense qui pourrait faire croire à une autre affection.

On ne saurait trop répéter que le succès opératoire est lié à la précocité de l'intervention, mais il y a des invaginations qui sont toxiques d'emblée.

L'incision médiane est préférable dans tous les cas ; il faut tout faire pour éviter la résection qui est extrêmement grave. La désinvagination est plus souvent possible qu'on ne croit, si on met à la pratiquer toute la volonté, la patience et la douceur qui conviennent.

M. Mouchet pratique l'ablation systématique de l'appendice dont l'altération est peut-être à l'origine de certaines invaginations intestinales.

Il préfère la suture de la paroi abdominale en plusieurs plans, mais l'essentiel pour éviter la fâcheuse éviscération post-opératoire est de laisser les fils longtemps et de sangler fortement l'abdomen de l'enfant avec une bande de leucoplaste.

— M. Woringer (de Strasbourg). Le diagnostic de l'invagination aiguë chez le nourrisson est relativement facile lorsque le tableau clinique est complet, c'est-à-dire lorsque se trouvent réunis les quatre symptômes : la douleur, les vomissements, les selles sanglantes et la tumeur abdominale palpable. Il peut cependant présenter de grandes difficultés dans certains cas atypiques quand un ou plusieurs de ces signes font défaut et que d'autres, au contraire, dominent

tellement le tableau clinique que l'allure de la maladie se trouve complètement modifiée.

M. Woringer a eu l'occasion d'observer un cas d'invagination dans lequel l'hémorragie intestinale abondante et répétée avec anémie consécutive avait été le principal signe et avait fait errer le diagnostic pendant longtemps; un autre cas, avec un état d'intoxication générale tellement prononcé sans symptômes locaux qui lui fit poser le diagnostic de choléra infantile.

Ces deux cas montrent quelques-unes des difficultés que peut rencontrer ce diagnostic chez le nourrisson.

Sans doute, dans les deux cas les vomissements incoercibles et la douleur à eux seuls auraient pu suffire à faire songer à l'invagination. Mais quel est le médecin qui, chaque fois qu'il voit un nourrisson qui crie et vomit songe à l'invagination, maladie assez rare en somme, vis-à-vis des nombreux autres troubles qui peuvent provoquer ces mêmes symptômes.

Pour conclure, il faut y penser toujours pour éviter tout retard dans l'intervention si efficace d'une thérapeutique en somme très simple.

— M. Veau (de Paris) félicite M. Massart de son rapport consciencieux, complet et très bien ordonné. Il insiste sur la gravité effrayante de l'invagination intestinale du nourrisson qui ne s'est pas beaucoup modifiée malgré les progrès de la chirurgie intestinale. Pour sa part il a opéré 12 invaginations, et a eu 8 morts et 4 guérisons. L'invagination reste une affection effroyablement grave et cependant pour la guérir le dernier des chirurgiens suffira s'il est précédé d'un médecin instruit, conscient de sa responsabilité et décidé à l'affronter.

Le diagnostic d'invagination chez le nourrisson est presque toujours très facile parce que l'invagination est une crise catastrophique. Le nourrisson sait manifester d'une façon dramatique qu'il a des coliques ne ressemblant en rien aux coliques ordinaires. Les parents sont affolés, le médecin est toujours appelé d'urgence. Mais il ne faut pas seulement que le médecin soit assez instruit, assez attentif pour faire le diagnostic, il faut encore qu'il soit pénétré de cette vérité fondamentale : *l'opération est plus urgente que pour une hémorragie*, c'est une question d'heures.

De la chirurgie seule, il ne faut attendre aucun progrès dans le traitement de l'invagination du nourrisson. Le pronostic effroyable de cette affection ne sera modifié que par le médecin traitant, le jour où il aura compris que la vie de l'enfant dépend uniquement de la précocité de son diagnostic qui commande une intervention immédiate.

Communications.

Un cas d'invagination intestinale subaiguë chez un bébé de six mois. — M. le professeur Nobécourt. Quand l'invagination intestinale revêt une évolution subaiguë, elle est facilement méconnue.

Souvent en effet, le bébé semble atteint d'une affection gastro-intestinale banale; il a de temps en temps des vomissements et de la diarrhée; il maigrit; il ne paraît pas souffrir du ventre.

Cependant le traitement institué n'amène pas d'amélioration et, d'autre part, certains phénomènes peuvent attirer l'attention. Le début peut avoir été brusque et marqué par des selles sanglantes. Il peut se produire des paroxysmes pendant lesquels les vomissements s'exagèrent. Enfin, la palpation de l'abdomen peut déceler, à un moment donné, la tumeur caractéristique.

Telle est en peu de mots, l'histoire d'un bébé soigné à la *Clinique médicale des enfants* et dont Nobécourt relate l'observation :

Un bébé de six mois, habituellement bien portant, allaité au sein a, sans cause appréciable, une hémorragie intestinale. Il présente ensuite de la diarrhée banale, quelques vomissements, de l'amaigrissement. Au bout d'un mois environ, il est pris de vomissements bilieux, répétés, accompagnés de diarrhée. On sent la tumeur abdominale, on opère et on trouve une volumineuse invagination du cæcum, du côlon ascendant et de l'intestin grêle. Cette invagination ne s'était traduite au début que par une hémorragie intestinale passagère, puis elle était restée occulte pendant près d'un mois, jusqu'au moment où une reprise des accidents avait permis de porter le diagnostic.

L'intervention chirurgicale a sauvé la vie de cet enfant. En toute circonstance, il faut dès que le diagnostic est porté, intervenir le plus rapidement possible.

La granulie au point de vue radioscopique. — M. Duhem (de Paris) présente une série de superbes clichés radiographiques permettant, grâce à une technique parfaite, de diagnostiquer la granulie avant tout signe stéthoscopique. MM. les professeurs Mouriquand (de Lyon) et Nobécourt (de Paris) confirment l'intérêt considérable de l'examen radiographique pour établir un diagnostic clinique précis.

Un cas d'œdème généralisé chez un nouveau-né avec cyanose et troubles des fonctions hématopoiétiques. — M. le professenr Gautier (de Genève) rappelle qu'au moment de la naissance ou peu après le nouveau-né peut présenter au niveau de la peau des phénomènes d'œdème ou de sclérème.

L'œdème apparaît rapidement, survient surtout chez le prématuré, s'étend progressivement, s'accompagne d'une cyanose plus ou moins marquée de la face et des extrémités. L'étiologie est mal connue, l'anatomo-pathologie en étant très variable; mais le pronostic est en somme favorable à condition de pouvoir rétablir rapidement la circulation par le réchauffement.

Le cas observé par M. Gautier semble répondre au type habituel de la maladie, mais la mort rapide a permis une nécropsie dont le protocole indique :

1° Une néphrite épithéliale légère surtout à gauche avec dépôts calcaires autour des artères interlobaires du rein gauche;

2° Des foyers hématopoiétiques dans le foie, la rate, les ganglions lymphatiques, le poumon et le pancréas;

3° Une bactériémie par staphylocoques (sang prélevé à l'autopsie).

La cause des accidents ne peut être rapportée à la néphrite, trop légère pour M. Gautier; la bactériémie est due à une cause extérieure ; la syphilis n'a pu être recherchée.

En résumé, l'étiologie reste obscure; il s'agit peut-être tout simplement d'un état leucémique.

Du diabète infantile et de son traitement actuel. — MM. B. Weill-Hallé et H. Chabanier rapportent une nouvelle observation de diabète grave de l'enfant traitée par l'insuline. Le produit utilisé a été préparé par la technique de MM. Chabanier, Lobo-Onell et Mlle Lebert. L'efficacité en a été manifeste et la glycosurie a passé en quelques jours de près de 100 grammes à 0, tandis que l'acétonurie, au taux de 100 milligrammes, se trouvait supprimée dès le premier jour du traitement. Le poids remontait rapidement et l'enfant prenait 4kg500 en vingt jours, tandis que l'asthénie disparaissait. Les auteurs insistent sur l'innocuité des doses élevées qu'ils utilisent et qui s'accommodent de rations riches en hydrates de carbone.

— M. Lereboullet (de Paris) s'associe aux remarques de M. Weill-Hallé et rapporte les deux cas de diabète infantile qu'il a eu récemment l'occasion de suivre avec MM. Chabanier, Lobo-Onell et Mlle Lebert. Il montre que dans le premier cas, traité depuis le mois d'avril, un résultat remarquable a été obtenu; jusqu'à deux reprises la cure d'insuline a pu être suspendue pendant deux mois sans que la glycosurie reparaisse à un taux élevé, l'acétonurie restant absente et l'état général excellent. Le second cas concerne une enfant atteinte de diabète à forte glycosurie enrayée après dix jours de cure. Les deux cas établissent l'innocuité de ce traitement pourvu que les injections soient accompagnées de l'ingestion de lait ou d'aliments sucrés, que la glycosurie soit surveillée et que le régime, tout en étant élargi, soit réglé selon l'importance de la glycosurie et non pas abandonné à la volonté du malade. L'insuline dans ce cas constitue le traitement de choix du diabète infantile à marche progressive et s'accompagnant d'acétonurie.

L'entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique dans le traitement des pneumonies prolongées de l'enfance. — M. Pescher (de Paris) rappelle que les

recherches de ces dernières années ont montré que, chez les petits malades atteints de pneumonie prolongée quelle qu'en soit la forme, la respiration n'est pas seulement diminuée par le fait actuel de la maladie. En réalité, ces petits infectés étaient des anhématosiques de longue date, et c'est cette défaillance organique préalable qui conditionne la pneumocasie et entre comme facteur important dans l'évolution de celle-ci.

Le traitement classique habituellement employé, toniques, aération, bonne alimentation, exercices, etc., est toujours insuffisant pour obtenir la *restitutio ad integrum* des régions pulmonaires envahies et pour la récupération de la capacité respiratoire vitale antérieurement perdue.

On n'arrive au résultat cherché qu'à la faveur d'un entraînement respiratoire méthodique suffisamment prolongé, et la méthode spiroscopique, méthode de douceur et de précision, rend les plus grands services en pareil cas, d'autant que le spiroscope, en objectivant tous les phénomènes, est un jeu nouveau pour le petit malade.

Une observation d'un malade de M. le professeur agrégé Mauclaire a montré que les exercices intensifiés du spiroseope, réalisables par le jeu du robinet de réglage gradué de l'appareil, *permettent d'insuffler à volonté un poumon défaillant par l'air de l'autre poumon.*

Cet exercice, absolument nouveau en kinésithérapie, donne aux médecins des facilités précieuses, soit pour remettre en place et en fonctionnement un poumon déplacé et comprimé, bridé par des adhérences ou atélectasié, soit pour rectifier la position de la paroi thoracique affaissée en faisant agir le poumon sur elle, de dedans en dehors, pour le redresser.

Végétations adénoïdes et tuberculose. — M. E. Terrien (de Paris) rapporte un cas où l'ablation des végétations et des amygdales fut suivie d'une tuberculose aiguë généralisée et mortelle.

Rien cependant dans l'aspect des amygdales ou des végétations ne permettrait à priori de suspecter cette tuberculose larvée des trois amygdales décrite par Dieulafoy.

Sans vouloir généraliser, M. Terrien estime que l'on doit toujours songer à cette éventualité, surtout dans les formes accompagnées de fièvre ou d'adénopathies traînantes. Elle rend plus impérieuse encore la règle habituellement suivie : ne pas toucher aux amygdales ni aux végétations avant leur complet refroidissement.

Un cas d'atrophie avec raccourcissement du membre inférieur gauche par anomalie de la Ve vertèbre lombaire. — Mme Marie Derscheid-Delcourt présente l'observation d'une fillette de douze ans amenée pour atrophie du membre inférieur gauche avec raccourcissement progressif et claudication. Sans aucun antécédent morbide, l'enfant ne présente aucun signe clinique, aucune douleur. La radiographie ne montre rien à la hanche, rien au sacrum, mais révèle au devant de l'apophyse transverse gauche de la Ve vertèbre lombaire une lamelle osseuse large de 2 centimètres, longue de 3 à 4 centimètres, légèrement étranglée en son milieu, se dirigeant de dedans en dehors pour venir s'appuyer en la débordant sur la symphyse sacro-iliaque. Quel peut être le rôle ou l'influence de cette lame sur le développement du membre inférieur du même côté.

M. Lance a déjà observé des phénomènes de compression du plexus brachial par une côte cervicale très peu marquée chez une enfant de neuf ans. L'analogie paraît frappante entre ces deux cas, si bien que Mme Derscheid-Delcourt admet qu'il s'agit ici d'une apophyse purement mécanique due à une anomalie osseuse vertébrale. Deux belles radiographies illustraient cette communication.

— M. Delchef (de Bruxelles) est heureux de pouvoir montrer les radiographies d'un cas d'atrophie mécanique tout à fait semblable au précédent et dont la cause est une sacralisation complète des vertèbres lombaires.

Deux cas de spléno-pneumonie — M. Cohen (de Bruxelles) rapporte les observations de deux cas de cette affection observés par lui et présentant la particularité de ne pas avoir une origine tuberculeuse comme c'est le cas le plus habituel : l'examen clinique (cuti-réaction négative) et l'examen radiographique ne révèlent aucun signe de tuberculose.

*
* *

M. Pechère (de Bruxelles), président, résume les impressions laissées par le Congrès actuel; elles ont été caractérisées par trois ordres de faits : d'abord un esprit scientifique remarquable se montrant dans les exposés des rapports ainsi que dans les discussions qui suivirent; ensuite, une cordialité et une sincérité qui firent le charme des réunions; enfin, un esprit médical complet permettant d'étudier à la fois médicalement et chirurgicalement un problème.

Le président remercie avec émotion les congressistes d'avoir apporté leur science et leur expérience à l'étude des questions mises en discussion et souhaite que tous se retrouvent en parfaite santé à la prochaine réunion.

Dr RAOUL DUTHOIT,
Adjoint de clinique médicale infantile
à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1923)

Différenciation de la vitamine A et du facteur antirachitique. — MM. E. Lesné et M. Vagliano concluent, de nouvelles expériences, que le facteur antirachitique de l'huile de foie de morue agit exclusivement par ingestion, tandis que la vitamine A agit sur la croissance quelle que soit la voie par laquelle elle est introduite dans l'organisme (voie buccale ou injection parentérale).

Sur un agent bactérien pathogène pour les mouches communes : bacterium delendae muscae. — MM. E. Roubaud et J. Descazeaux. C'est le premier et le seul germe de ce genre que l'on connaisse jusqu'ici. Peut-être sera-t-il possible de l'utiliser pratiquement dans la lutte contre les mouches.

Sur un spirochète nouveau rencontré dans le sang des malades atteints de rougeole. — MM. A. T. Salimbeni et Y. Kermorgant ont rencontré et cultivé un spirochète jusqu'ici inconnu : il existe dans le sang uniquement pendant les périodes d'ascension thermique que l'on observe au cours de la rougeole, avant l'éruption ou pendant les premières heures. On peut le retrouver aussi dans l'urine recueillie aseptiquement à la défervescence, mais cette élimination urinaire est éphémère.

Les auteurs ne peuvent encore définir le rôle que joue ce spirochète dans l'étiologie de la rougeole.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1923)

M. le Président annonce la mort de M. Tillot (de Rouen), décédé à quatre-vingt-quinze ans, au milieu de la considération générale.

M. le Président signale la présence de M. Sanarelli (de Rome), membre correspondant étranger.

L'audition et ses variations. — M. Gariel présente à l'Académie un important travail de M. Marage sur l'audition et ses variations. L'auteur a réuni, dans cet ouvrage, les observations qu'il a recueillies pendant trente années sur le fonctionnement de l'oreille à l'état normal et à l'état pathologique. En effet, s'il est relativement facile de faire des expériences sur le larynx et les organes de la phonation, les expériences directes sur l'oreille sont beaucoup plus difficiles, surtout lorsqu'il s'agit de faire des recherches sur le fonctionnement des centres auditifs ; on en est réduit, le plus souvent à étudier l'évolution des diverses affections auriculaires, mais, pour en tirer des conclusions scientifiques, il faut réunir un grand nombre d'observations, ce qui demande un temps considérable.

La dernière guerre a fourni au docteur Marage des documents nombreux et intéressants avec l'étude des plaies du cerveau et des commotions cérébrales produites par l'explosion des obus de gros calibre : ces quelques lignes expliquent le titre de l'ouvrage du docteur Marage ; les variations de l'audition ayant permis d'élucider de nombreux points de la physiologie de l'oreille.

Le statut des sages-femmes. — M. MESUREUR critique certaines des conclusions de la Commission.

Il rappelle qu'au moment où l'Académie achevait la discussion générale, elle a été saisie d'une protestation de « l'Association des accoucheuses de France ». La Commission n'a pas examiné ce document dont la forme est peut-être un peu vive; mais il faut se montrer indulgent pour des femmes souvent d'un grand mérite, et examiner impartialement ce qu'il y a de fondé dans leurs revendications.

L'ensemble des dispositions du projet soumis à l'Académie fait peser sur elles une suspicion qui ne peut que les déconsidérer aux yeux du public; ce n'est pas par des précautions législatives qu'on pourrra enrayer les manœuvres abortives, mais en élevant le niveau intellectuel et moral de la profession, en la rendant plus honorée, en exigeant pour le diplôme une culture plus élevée, des connaissances générales plus complètes.

M. Mesureur dépose un amendement tendant à assimiler la profession de sage-femme aux professions libérales, à exiger des élèves sages-femmes un brevet de l'enseignement et à supprimer la Commission de surveillance et le registre, où seraient notés tous leurs actes professionnels, proposés par la Commission.

M. BAR, estimant que l'argumentation de M. Mesureur vise plutôt le rapporteur que la Commission elle-même, se défend d'avoir jamais, pas plus que ses collègues, porté sur les sages-femmes le moindre jugement critique à l'égard de leur probité professionnelle. Quant à la lettre de protestation adressée par une maîtresse sage-femme, M. Bar y a répondu avec toute la courtoisie possible.

Il est malheureusement vrai et incontestable que certaines sages-femmes ont pratiqué l'avortement criminel. Il était impossible de ne pas signaler les dangers de cet avortement criminel.

La Commission a étudié, de haut, le statut des sages-femmes; oubliant le point de départ de la discussion. On a surtout signalé que nombre de femmes en couches ne sont pas assistées. On a cherché les moyens de remédier à cet état de choses. On s'est heurté à des questions matérielles.

M. Bar ne fait aucune difficulté de reconnaître que les sages-femmes exercent une profession libérale.

— Une discussion s'engage sur ce qualificatif de profession libérale.

L'amendement de M. Mesureur, mis aux voix, est repoussé.

MM. WALLICH, BALTHAZARD et PINARD prennent part à la discussion et sont d'avis que les sages-femmes appartiennent à la corporation médicale, doivent être considérées comme des collaboratrices du médecin.

La pratique de l'obstétrique chez les populations indigènes de Tunisie. — M. WALLICH fait un rapport sur une communication de M. Dinguizli relative aux mesures qui ont été prises, à son instigation, pour que les femmes en couches en Tunisie, soient assistées autrement que par des matrones.

M. le rapporteur approuve ces mesures.

Sur les états algides dans les infections intestinales. — M. le professeur SANARELLI (de Rome), à la suite de ses recherches expérimentales, a montré le premier que les

microbes spécifiques de certaines maladies intestinales (le choléra, la fièvre typhoïde, la dysenterie, l'appendicite, etc.) ne pénètrent pas dans l'intestin par voie gastrique et ne se développent pas dans le contenu intestinal. L'estomac, en effet, grâce à l'acidité du suc gastrique, représente une barrière infranchissable pour ces microbes, et ce n'est qu'en passant à travers les nombreuses formations lymphatiques de la muqueuse buccale, qu'ils envahissent l'organisme, arrivent à se localiser au niveau de la paroi intestinale où ils pullulent et déterminent les phénomènes morbides qui caractérisent la maladie. A cette affinité particulière de ces germes pour la paroi intestinale, M. le professeur Sanarelli a donné le nom d'entérotropisme. Dans ses expériences sur le choléra, il est arrivé à reproduire, chez les lapins adultes, le tableau caractéristique de la maladie (hypotension artérielle, algidité, polypnée, diarrhée, néphrite aiguë, anurie, etc.) en leur injectant dans les veines, vingt-quatre heures après, l'infection vibrionienne, une petite dose d'une culture filtrée de colibacille. Cette nouvelle conception pathogénique permettra d'orienter sur une nouvelle voie la thérapeutique des maladies infectieuses intestinales.

L'ablation de dents surnuméraires dans l'orbite. — M. DE LAPERSONNE. L'observation de ce cas unique a été présentée à l'Académie il y a deux ans et demi. Ces dents orbitaires faisaient partie de tout un chapelet de dents surnuméraires qui commençait à la partie postérieure du bord alvéolaire supérieur droit, contournait la tubérosité maxillaire et pénétrait dans l'orbite par la fente sphénomaxillaire.

L'exophtalmie et les troubles visuels ayant augmenté, l'opération a été pratiquée au mois de juillet dernier. On a fait un volet ostéo-périostique de Kronleïn et, par cette voie, on a extrait quatre molaires complètement développées, l'une ayant les caractères d'une dent de lait, les autres de dents permanentes : elles étaient plongées dans un tissu cellulaire dense et, à l'une d'elles, adhérait une mince lame osseuse, ébauche d'alvéole. Deux autres dents enclavées dans les sinus maxillaire et ethmoïdal n'ont pas été touchées. Les suites de cette opération ont été simples : l'exophtalmie a disparu et la vision est restée bonne. De nouvelles radiographies seront faites : elles permettront de se rendre compte si des germes dentaires, encore invisibles, se développent dans l'orbite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1923)

L'acide urique du liquide céphalo-rachidien. — MM. CESTAN, DROUET et COLOMBIER. 1° On retrouve, dans le liquide céphalo-rachidien, l'acide urique sous deux formes, libre et combinée ;

2° Le taux du premier peut être considéré comme constant et voisin de 0g004 ;

3° Le taux de l'acide urique combiné est variable, mais supérieur à celui du précédent ;

4° La méthode originale de Folin, pour rechercher le taux de l'uricorachie, ne doit pas être employée seule ; ne décelant que l'acide urique libre, elle ne donne, en effet, que des résultats insuffisants.

Des hétérogreffes testiculaires. — MM. Ed. RETTERER et S. VORONOFF, greffant sur le bélier des fragments de testicules de chien, longs de 2cm5 et larges de 1cm5, ont vu, après trois mois, ces fragments réduits à des nodules de 2 à 3 millimètres. Ils étaient composés : 1° D'une coque fibreuse épaisse de 1mm5 ; 2° d'une couche de tissu réticulé, épaisse de 0mm5 ; et 3° d'une petite masse centrale, dégénérée. La couche réticulée, à mailles pleines de protoplasma, contenait quelques restes de tubes séminipares, ayant pris la forme de cordons nucléés.

Des fragments de même dimension greffés du chien au bélier avaient complètement dégénéré au bout de trois mois.

Les greffes de l'herbivore au carnivore survivent quelque temps, mais peu longtemps ; les greffes du canivore à l'herbivore se nécrosent très vite.

Action de la température sur le cœur et les sinus contractiles embryonnaires des gastéropodes pulmonés. — MM. E. BACHRACH et H. GARDOT. Le paradoxe thermique de Libbrech (arrêt momentané du cœur isolé des animaux à sang froid, par abaissement brusque de la température du liquide de perfusion) se retrouve sur le ventricule isolé de l'escargot et sur les sinus contractiles embryonnaires des mollusques gastéropodes pulmonés.

Cette dernière constatation montre qu'il est fort probable que la présence d'éléments nerveux n'est pas indispensable pour que se produise la réaction paradoxale en question.

Sur un phénomène particulier de cryptophanie. — M. Paul CHEVALLIER. Une substance introduite dans le derme détermine une réaction faible, puis qui semble disparaître. L'injection de certaines substances organiques déclanche cependant au point de l'intradermo, une réaction violente et très persistante. C'est la réaction cryptophanique dont l'auteur étudie les modalités et les conséquences.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1923)

A propos de l'écartement anormal des oreilles. — M. LEREDDE pense que la syphilis apparaît aujourd'hui comme la seule maladie dystrophiante ; le rôle de la tuberculose ou de l'alcoolisme n'a plus rien de certain.

Prurigo et cures de désintoxication par purgations et jeûne. — M. M. NATIER présente un cas de prurigo rebelle datant de six mois chez un homme de vingt-sept ans, très amélioré par les purgations et le jeûne.

Adénite tuberculeuse. — M. GRIMBERG présente un cas d'adénite cervicale tuberculeuse traité et guéri par 30 injections de collovaccin à l'exclusion de toute autre médication.

La migraine endocrinienne. — M. LÉOPOLD-LÉVI accumule les preuves très nombreuses de l'existence des migraines thyroïdiennes, ovariennes, ovaro-thyroïdiennes, hypophysaires, indiquant la part prépondérante des glandes endocrines dans la constitution des migraines. Il convient donc de leur appliquer une opothérapie souvent curatrice.

Réfection de la lèvre et de la narine dans le bec-de-lièvre unilatéral. — M. BOURGUET fait remarquer que la reconstitution de la narine et non de la lèvre est la partie la plus délicate au point de vue esthétique pour faire disparaître l'aplatissement dû à la non-concordance de plan des deux maxillaires supérieurs : il montre les beaux résultats de l'opération de Jalaguier perfectionnée par Veau.

La transfusion sanguine chez l'enfant du premier âge. — M. ROSENTHAL insiste sur la nécessité du contrôle des sangs. Voie d'élection sans danger : angle postérieur de la fontanelle antérieure. Il faut procéder par doses progressives avec examen de sang en série. Toutes les anémies graves de la première enfance relèvent de la transfusion.

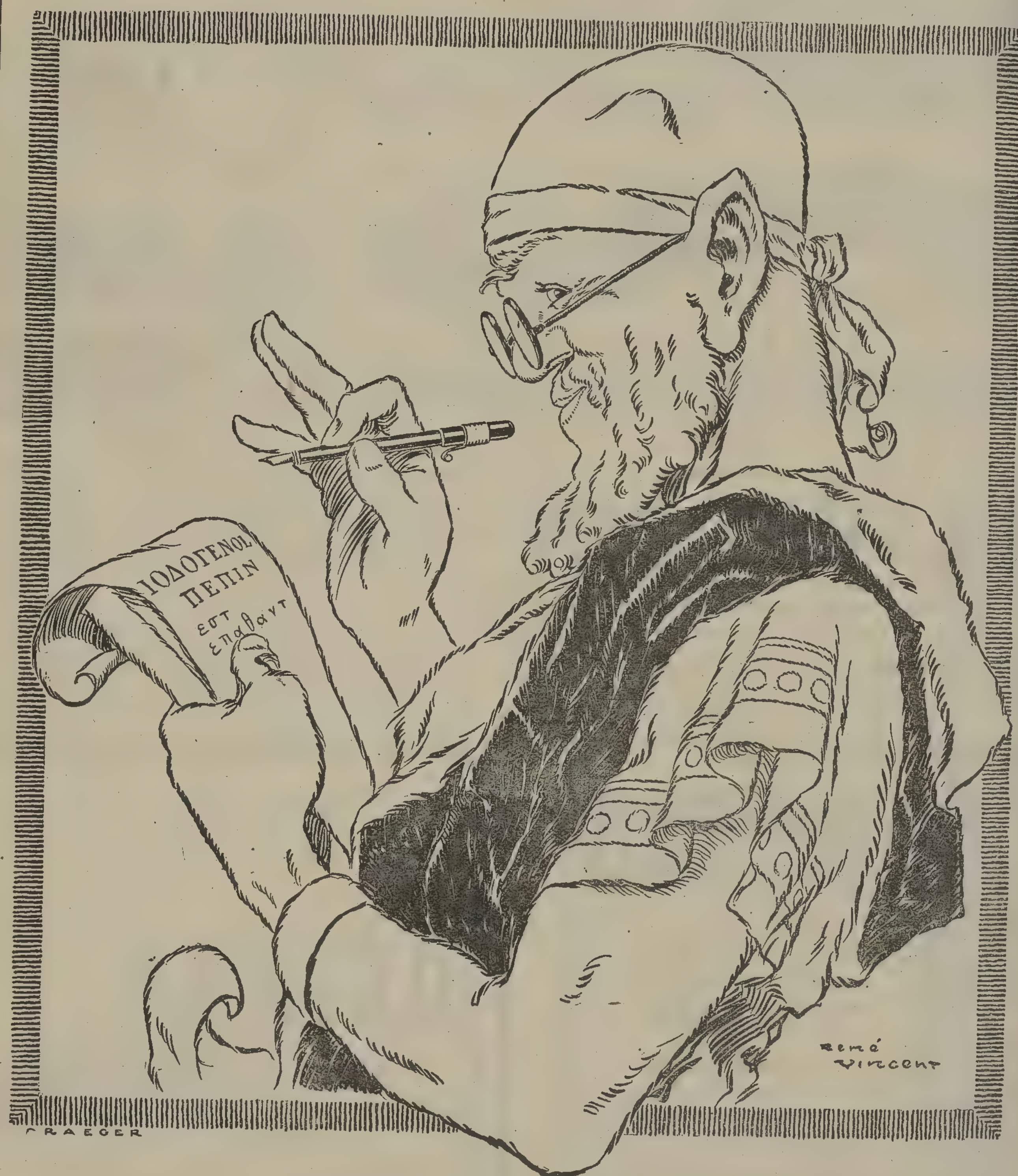
Traitement des bubons chancrelleux par le vaccin de Delbet. — M. PONTOIZEAU a traité par ce vaccin 16 malades atteints de bubons à tous les stades de leur évolution. Résultats satisfaisants surtout dans les cas de bubons ouverts. Guérison rapide avec cicatrice souple, non adhérente, sans nécessiter de traitement local.

Quelques cas graves de grandes dilatations de l'œsophage. — M. GUISEZ montre que l'œsophage peut se dilater dans la région thoracique presque toujours secondairement soit à un spasme du cardia, soit à une sténose inflammatoire. Cette affection grave n'est pas rare. Le diagnostic est facile par l'œsophagoscopie. La guérison s'obtient par dilatation forcée de la sténose, mais seulement après lavages de la poche.

Traitement du cancer et méthode Guelpa. — M. OPPERT estime que le jeûne thérapeutique n'est pas une méthode de traitement du cancer, lorsque celui-ci n'est encore qu'au stade de lésion locale. Lorsque l'intoxication générale a pris le pas sur la lésion locale, la méthode Guelpa peut rendre service à quelques malades.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Roy, Guilly, Frey, qui acceptent; Moiroud, Fargin-Fayolle, Vincent, Proust, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 25 octobre 1923. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du rectum chez l'homme. »

MM. Lelourdy, 10; Miget, 12; Lambert, 13; Lacoste, 16; Lièvre, 18; Larsonneur, Rétat, Kreyts et Bruneton, 13; Chalnot et Brisard, 15; Dausse, 12; Calman, 6; Briau et Demoly, 14; Mlles Brunel, 8; Chevillon, 10; M. Chalot, 9.

Pathologie. — Séance du 26 octobre 1923. — Question donnée : « Complications de la fièvre typhoïde sans traitement. »

MM. Ferrand, 16; Goduillon, 12; Giorgi, 6; Gloppe, 13 1/2; Dufet, 5; Franco, 11; Attal, 16 1/2; Detcheparre, 7; Douady, 13; Mlle Fournier et MM. Devaux, 8; Thiercelin, 11; Voignier, 7; Weyl, 10; Mlle Weiss, 15; MM. Voillemin, 13 1/2; Trubert, 16; Tribalet, 11; Uhry, 17.

— HÔPITAL MARITIME DE BERCK. — Deux places d'interne en médecine sont actuellement vacantes à l'hôpital maritime de Berck.

Les candidats désireux d'occuper l'emploi devront en faire la demande au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, Paris.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'externat vient de se terminer.

Ont été proposés par le jury pour externes titulaires :

MM. Sentis, Colson, Dubouloz, Mlle Pallot, MM. Brechet, Roussin, Mlle Pernet, MM. Pasquier, Marchand, Clavez, Vigner, Aubert, Giraud, Denis, Charles Boyer, Bozon, Croisy, Paon, Ollagnier, Guez, Rochet, Mlle Mercier, MM. Chanaleille, Etienne Martin, Cadéac, Lévy, Amic, Mlle Lambert, M. Ruas, Mlle Bussy, MM. Larrivé, Aroud, Louvet, Chaninel, Cade, Dubard, Leroudier, Rollin, Bouchet, Mlle Wasmer, MM. Remand, Monnier, Paindestre, Lochon, Pignal, Levet.

Ont été proposés pour externes provisoires :

MM. Tarlet, Pons, Tiran, Carle, Labry, Bachmann, Ehrhardt, Vauthey, Mlle Courveille, MM. Savoye, Dubois, Astier, Pizzera, Rode, du Bourguet, Barlerin, Lardanchet, Brunerie, Boël.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa dernière séance, le Conseil de la Faculté a présenté au choix du ministre :

Pour la chaire de clinique des maladies nerveuses (vacante par la mise à la retraite de M. le professeur Pierre Marie) : en première ligne, M. Guillain; en seconde ligne, M. Léri.

Pour la chaire de pathologie interne (vacante par suite du décès de M. le professeur Rénon) : en première ligne, M. Sicard; en seconde ligne, M. Lœper.

PRIX NOBEL DE MÉDECINE. — Le prix Nobel de médecine pour 1922 est partagé entre MM. Archibald Hill, professeur de physiologie à l'University-College de Londres, et Otto Meyerhof, professeur de physiologie à l'Université de Kiel.

Le prix de médecine pour 1923 est attribué au docteur Frederick Banting et au professeur Maclod, de Toronto, qui ont découvert l'insuline.

GOUVERNEMENT MILITAIRE DE PARIS. — En raison de la pénurie du personnel du cadre actif, le directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris signale aux médecins des réserves qu'il dispose de crédits lui permettant d'appeler ceux d'entre eux qui le désireraient en stage soldé.

Tous renseignements à ce sujet pourront être demandés à la direction du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, hôtel des Invalides, escalier B, 3e étage, bureau du personnel des officiers.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edouard Meyer, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

CLINIQUE MÉDICALE. (Hôpital Saint-Antoine. Professeur : M. A. CHAUFFARD.) — M. le professeur Chauffard commencera son enseignement clinique à l'hôpital Saint-Antoine, le lundi 5 novembre 1923.

Sa première leçon aura lieu à l'amphithéâtre de la clinique le vendredi 16 novembre, à 10 h. 1/2, et les leçons suivantes auront lieu dans le même amphithéâtre, à la même heure, le vendredi, avec présentations de malades.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, visite dans les salles et examen des malades au point de vue de l'établissement du diagnostic et des indications thérapeutiques.

COURS DE MÉDECINE LÉGALE. — M. le professeur Balthazard commencera ce cours le lundi 5 novembre, à 18 h. (grand amphithéâtre de la Faculté), assisté de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit, et de M. Duvoir, agrégé.

Le cours aura lieu les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, à la même heure et au même amphithéâtre.

Leçon d'ouverture (le lundi 5 novembre) : Médecine légale et police scientifique.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. (Professeur : M. H. HARTMANN.) — M. le professeur Henri Hartmann commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 6 novembre 1923, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examen clinique et présentation de malades à l'amphithéâtre.

Samedi, 10 heures : Leçon à l'amphithéâtre.

Jeudi, 10 heures : Travaux de laboratoire, sous la direction de M. Renaud, médecin des hôpitaux.

Lundi et vendredi, 9 heures : Opérations.

Du lundi 5 novembre au samedi 22 décembre, tous les matins, à 8 h. 1/2 : Cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Okinczyc et Cadenat, agrégés; Bergeret, chirurgien des hôpitaux; Boppe et Gouverneur, prosecteurs; Brouet, Moulonguet et Soupault, aides d'anatomie.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. LEJARS.) — M. le professenr Lejars commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 6 novembre 1923, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 1/2.

CONFÉRENCES DE CHIMIE PATHOLOGIQUE. — M. le docteur Blanchetière, agrégé, commencera une série de leçons de chimie pathologique, les mardi, jeudi et samedi, de chaque semaine, à 16 h. (amphithéâtre Vulpian), à partir du mardi 6 novembre inclusivement.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Service du docteur Félix RAMOND.) — DIX JOURS DE GASTROLOGIE PRATIQUE A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS. — Du 5 au 14 novembre 1923, le docteur Félix Ramond, assisté pour les travaux pratiques des docteurs Parturier, Jacquelin, Hirschberg et Ravina, fera, dans son service, une série de conférences sur les maladies de l'estomac, tous les matins, à 10 heures, et les après-midis, à 15 heures.

Les leçons sont gratuites.

Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser une somme de 120 francs, en s'inscrivant auprès du docteur Jacquelin, salle Lorain, hôpital Saint-Antoine.

Un certificat d'assiduité sera donné aux auditeurs qui en feront la demande.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CERTIFICAT MÉDICAL
DANS QUEL CAS SA DÉLIVRANCE PEUT-ELLE ENGAGER LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN ?

La jurisprudence reconnaît que le médecin, délivrant un certificat, ne peut voir sa responsabilité engagée que s'il y affirme des faits qu'il sait faux ou s'il donne des conclusions qu'il sait inexactes, de nature à cacher la vérité. Elle fait une différence entre le certificat que délivre le médecin au sujet d'un tiers en dehors de lui et le certificat délivré au client lui-même sur son état.

La Cour d'appel de Rouen, dans un arrêt du 8 novembre 1922, a rendu à cet égard un arrêt, infirmant la décision des premiers juges qui avaient prononcé une condamnation contre le médecin.

Dans la première partie de son arrêt, la Cour pose à nouveau le principe qu'une erreur de diagnostic ne saurait, à elle seule, engager la responsabilité professionnelle du médecin. Elle ajoute :

« Attendu, d'autre part, que les premiers juges, pour condamner le docteur N... à des dommages-intérêts, ont à tort déclaré que celui-ci avait commis une faute grave en délivrant à sa cliente un certificat sans s'enquérir de sa situation et de l'usage qu'elle voulait faire de cette pièce;

Attendu que *si un médecin a le devoir de se montrer prudent et d'exiger tous renseignements utiles lorsqu'il s'agit d'une consultation qui lui est demandée au sujet d'un tiers en dehors de lui, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de renseigner le client lui-même sur son état*;

Que, dans ce cas, l'homme de l'art manquerait à ses devoirs en refusant ses services;

Que d'ailleurs le certificat ainsi délivré étant remis à celui qu'il concerne, à sa demande, ne saurait être produit contre lui et être ainsi la cause d'un dommage;

Qu'enfin il est des circonstances dans lesquelles une femme mariée peut avoir des motifs sérieux et qui échappent à l'appréciation du médecin, d'obtenir une consultation sans l'intervention du mari;

Que dans ces conditions la responsabilité du médecin ne pourrait être engagée que si l'on établissait contre lui soit une collusion frauduleuse, soit toute autre faute lourde, hypothèse que rien dans l'espèce ne fait supposer. »

La distinction faite par la Cour de Rouen est exacte : lorsqu'en effet un malade va consulter un médecin sur son état et lui demande la délivrance d'un certificat le constatant, le médecin est tenu de faire connaître la réalité; sinon, comme dit la Cour, il manquerait à son devoir professionnel. Il n'a pas à s'enquérir de l'usage qui en peut être fait; car il a renseigné le malade sur son état, à sa demande; et du moment que le certificat contient l'expression de la vérité, aucune faute ne peut être reprochée au médecin. Le malade peut faire de ce certificat l'usage qui lui convient, mais c'est à ses risques et périls; il ne saurait s'en servir contre le médecin qu'il est allé consulter et qui a agi en toute bonne foi.

La situation n'est pas du tout la même lorsqu'il s'agit du cas où un certificat est demandé au sujet d'un tiers en dehors de lui; car alors le certificat peut servir contre ce tiers. Le médecin doit se demander s'il peut délivrer le certificat; il peut le refuser, s'il estime que le but recherché par la personne qui le demande ne lui paraît pas justifié.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

INFIRMIÈRE S. B. M. demande situation Paris, 5 à 7 h. par jour ou quelques jours par semaine, dispensaire chirurgical ou antituberculeux ou organisation quelconque ayant le caractère d'une œuvre populaire. Références. — Ecrire Mme R. S., aux bureaux du Journal.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE

Par le docteur J. LHERMITTE,
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

GÉNÉRALITÉS

Les hyperostoses craniennes produites par les endothéliomes des méninges. (H. CUSHING. *Trans. of the amer. neurol. Assoc.*, 1922, p. 53.) — L'extrême difficulté du diagnostic topographique de certaines tumeurs du cerveau invite a ne rien négliger des symptômes, même peu fréquents, qui peuvent servir d'indication générale ou spéciale des néoplasies du cerveau

Harvey Cushing, qui a pu rassembler 748 cas de tumeurs encéphaliques contrôlées par l'intervention opératoire, a observé que les endothéliomes des méninges, les *méningiomes* suivant l'expression de cet auteur, s'accompagnent assez fréquemment d'hyperostoses craniennes, peut-être du fait de la pénétration des éléments néoplasiques dans les canaux de Havers et de l'excitation ostéogénétique qui en est la conséquence.

Sur un total de 80 faits d'endothéliomes méningés, l'auteur n'a pas compté moins de 20 cas d'hyperostose cranienne. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que l'hyperostose se superpose exactement à la tumeur de l'encéphale dont elle indique ainsi la topographie exacte. Parfois, les tumeurs compliquées d'hyperostose semblent provoquer, en outre, une exophtalmie du même côté.

Quelle est l'évolution de l'hyperostose conditionnée par le développement sous-jacent du néoplasme? Selon H. Cushing, l'os nouvellement formé est lentement détruit par le processus néoplasique et le tissu osseux remplacé par les éléments tumoraux. Pour M. Spiller l'évolution et la genèse de l'hyperostose des néoplasmes encéphaliques sont tout autres; ce n'est plus l'endothéliome qui conditionne le développement exagéré du tissu osseux mais l'hyperostose *primitive* qui est le *primum movens* du néoplasme méningé. Cette opinion ne semble, à la vérité, que difficilement soutenable.

Le signe auriculaire dans les méningites. (K. MENDEL. *Klin. Woch.*, 1923, n° 18, p. 782.) — Dans les méningites aiguës, une pression modérée de la paroi postérieure du conduit auditif interne provoque, même chez les sujets plongés dans le coma, une contraction douloureuse des muscles de la face accompagnée parfois de cris et de mouvements de défense. D'après l'auteur, il s'agit ici d'un symptôme précoce et dont la constance dit la valeur au point de vue du diagnostic et de l'intervention thérapeutique. Le symptôme auriculaire apparaît aussi bien dans les méningites tuberculeuses que dans celles qui sont liées au méningocoque ou au pneumocoque.

La sensibilité douloureuse, l'hyperalgésie de la région postérieure de la conque de l'oreille trouve, semble-t-il, son explication dans la constitution anatomique du pneumogastrique, et, d'autre part, dans l'innervation similaire de la zone auriculaire indiquée et la méninge de la fosse cérébrale postérieure. Aussi bien celle-là que celle-ci reçoivent leur innervation sensitive du pneumogastrique : la première par l'intermédiaire du rameau auriculaire, la seconde par celui du rameau méningée. Ces deux filets du vague tirant leur origine des ganglions jugulaire et noueux, il est donc logique d'admettre le retentissement réciproque de leur excitation.

Du réflexe frontal accompagnant certaines affections cérébrales. (J. HOLMGREN. *Acta med. scandinavica*, 1923, vol. LVII, fasc. 6, p. 616.) — Le réflexe frontal étudié par l'auteur consiste dans la contraction lente, bilatérale et prolongée du muscle frontal consécutive à une friction exercée avec le pouce sur la région frontale du côté sain. Pour être efficace, l'excitation doit s'effectuer sous forme d'une pression partant du cuir chevelu pour s'arrêter à la queue du sourcil. Ce réflexe fait constamment défaut chez le sujet normal et n'apparaît qu'assez rarement dans les affections cérébrales. Il semble, d'après les documents anatomo-cliniques rapportés par l'auteur, que le réflexe frontal se manifeste plus volontiers à la suite des altérations qui portent sur le noyau lenticulaire. Mais cette fréquence n'est que toute relative.

Le réflexe frontal apparaît nettement chez certains malades plongés dans le coma du fait d'une abondante hémorragie cérébrale ou d'un ramollissement étendue. Ici, l'existence du réflexe frontal comporte une valeur pronostique car, dans les observations publiées par Holmgren, le taux de la mortalité chez les sujets ayant réagi positivement se montra le double de celle des malades chez lesquels la réaction fut négative.

Le signe de l'érection. (E. FLATAU. *Revue neurol.*, août 1923, n° 2, t. II, p. 116.) — Dans la méningite tuberculeuse l'auteur a pu, dans plusieurs cas, observer le phénomène suivant : l'érection du pénis à la suite de la flexion du tronc combinée à celle de la tête et parfois à la suite de l'antéflexion céphalique isolée. Le signe de l'érection peut apparaître à toutes les périodes de la tuberculose méningée aiguë mais il est surtout manifeste à la phase ultime de la maladie où il signifie un arrêt de mort à bref délai. Fait assez curieux le phénomène décrit par Flatau ne se manifeste pas chez l'adulte atteint de méningite tuberculeuse, d'une part, et ne semble pas accompagner les autres formes d'inflammation aiguë des méninges. Mis à part une observation d'encéphalite épidémique où le signe de l'érection était positif, celui-ci a fait défaut dans tous les faits pathologiques où l'auteur a été amené à le rechercher.

Quelle est la pathogénie de ce phénomène? Flatau, après avoir rappelé les notions que nous avons sur la physiologie des corps caverneux, est amené à conclure que l'érection provoquée par la flexion du tronc en avant est due à la distension des nerfs de la queue de cheval, d'une part, et à la diminution de la tension du liquide céphalo-rachidien dans le cul-de-sac sacré. Cette explication apparaît évidemment très hypothétique, car elle ne rend nullement compte de la double particularité du signe de l'érection, c'est-à-dire de se manifester presque exclusivement dans la méningite tuberculeuse et de se produire avec une fréquence saisissante à la phase tardive de cette maladie.

Les réflexes de posture. (Ch. FOIX et A. THÉVENARD. *Revue neurol.*, mai 1923, p. 449.) — Sous ce terme, il faut entendre la contraction tonique réflexe des muscles qui s'insèrent autour d'une articulation mobilisée puis placée dans une position donnée. C'est au membre inférieur et plus particulièrement à la jambe que peut être mise en évidence cette contraction tonique, ainsi que l'ont montré Westphal puis Strumpell, dans certains cas où ces réflexes de posture sont exagérés.

Les auteurs du présent travail reprennent dans son ensemble cette très importante question et envisagent d'abord son côté physiologique puis le côté pathologique. Les réflexes de posture se montrent moins labiles que les réflexes cutanés, mais moins fixes que les réflexes tendineux au cours de la narcose au protoxyde d'azote ou à l'éther; il n'en est plus de

même au cours de la compression par la bande d'Esmarch. Ici, les réflexes tendineux tendent à réapparaître davantage après le retour de la circulation que les réflexes posturaux.

Au point de vue pathologique, on peut dire que, dans l'ensemble, les réflexes de posture sont diminués dans toutes les maladies qui affectent le tonus statique : lésions de l'appareil cérébelleux, des fibres radiculaires et des cordons postérieurs et, au contraire, qu'ils apparaissent augmentés dans les affections qui se traduisent par une exaltation de la fonction statique telles que celles qui sont liées aux adultérations du système strié. Pour des raisons plus difficiles à comprendre, les lésions de la voie pyramidale provoquent la diminution des réflexes posturaux.

Aux deux extrémités de la série se placent le tabes où les réflexes posturaux sont abolis et la maladie de Parkinson où ceux-ci apparaissent de la manière la plus saisissante. Chez les sujets atteints de lésions du système strié, Foix et Thévenard font remarquer que la contraction tonique de posture se montre toujours énergique, facile à reconnaître par la palpation musculaire, durable et facile.

La méthode qui convient pour mettre en évidence ces réflexes de posture consiste à mobiliser lentement les articles d'un membre et à placer ceux-ci dans une position fixe ; on constate alors le durcissement du membre agoniste du mouvement passif. Pour prendre un exemple concret : lorsqu'on fléchit fortement le pied sur la jambe, le jambier antérieur qui fait partie du groupe agoniste de ce mouvement se contracte d'une manière très appréciable et durable ; il en résulte que le pied au lieu de retomber dès que le point d'appui lui fait défaut, demeure pendant quelques secondes immobilisé dans la position de flexion dorsale qu'on lui a imprimée.

Sur un type de paraplégie en flexion d'origine cérébrale. (Th. ALAJOUANINE. *Annales de méd.*, t. XIII, n° 3, p. 242, 1923.) — Si l'existence d'une paraplégie en flexion avait été déjà signalée par différents observateurs comme conséquence de certaines lésions du cerveau, cette variété de paraplégie n'avait pas été aussi minutieusement étudiée que le comporte l'intérêt qui s'y attache. Le très intéressant travail anatomo-clinique de M. Alajouanine comble donc une lacune. Dans celui-ci, l'auteur, après s'être efforcé de préciser les caractères sémiologiques de la paraplégie en flexion d'origine cérébrale, cherche à déterminer la physiologie pathologique de cette curieuse variété de paralysie.

Au point de vue clinique, le syndrome que l'auteur a en vue se traduit essentiellement par une paralysie des membres inférieurs doublée de contractures en flexion généralement très accusée ; le régime des réflexes apparaît profondément perturbé et la diminution des réflexes tendineux contraste avec l'exaltation des réflexes dits de défense ou d'automatisme médullaire. Cette dissociation des réflexes que Babinski a mise en évidence dans les paraplégies d'origine spinales n'est donc pas, à elle seule, le témoignage du siège médullaire ou encéphalique des lésions causales. Ce qui donne à la maladie son certificat d'origine encéphalique ou spinale selon les cas, c'est la présence ou l'absence de perturbations de la sphère psychique, la réalité ou non de phénomènes dysarthriques, dysphagiques et psycho-affectifs tels que les crises de rire et de pleurs spasmodiques. Dans la plupart des cas, si à son début la contracture peut être vaincue, rapidement l'attitude qu'elle impose aux membres paralysés se stabilise définitivement du fait de la survenance de rétractions fibro-tendineuses.

L'origine cérébrale de la paraplégie se trouve confirmée par les constatations nécropsiques. On observe, en effet, des lésions lacunaires atteignant tout ensemble la voie motrice centrale dans la capsule interne et le corps strié ; parfois quelques minuscules foyers nécrotiques s'essaiment dans la protubérance. Dans un cas très complètement étudié, Alajouanine a pu constater une dégénération exactement limitée au cinquième postérieur de la capsule interne et ainsi confirmer les faits de M. et Mme Déjerine, de Deny et Lhermitte qui attestent la topographie des fibres de la voie motrice centrale destinées à l'innervation des membres inférieurs dans son défilé strio-thalamique.

Mais, si l'on ne saurait contester l'authenticité de l'origine cérébrale de cette variété de paraplégie en flexion, comment peut-on expliquer l'attitude si spéciale des membres inférieurs ?

Telle est la question que discute longuement M. Alajouanine. Selon l'auteur, un même élément pathogénique se trouve à la base des paraplégies en flexion d'origine médullaire et encéphalique : l'exaltation des réflexes d'automatisme médullaire. Ici comme là, en effet, à une phase où la contracture et la paralysie ne sont qu'ébauchées, les excitations portées sur les membres inférieurs déterminent le triple retrait que l'on connaît depuis les travaux, classiques aujourd'hui, de Pierre Marie et Ch. Foix. Ce déclenchement de ce que l'on désigne du terme d'automatisme médullaire ne se réalise pas seulement à la suite des lésions spinales, mais se manifeste dans de nombreux cas d'altérations cérébrales à la condition que celles-ci soient bilatérales. Dans les lésions encéphaliques bilatérales dit Alajouanine, intéressant les deux voies pyramidales, les réflexes d'automatisme sont toujours intenses. Peut-être aussi doit-on faire jouer un rôle dans cette exaltation de l'automatisme médullaire à l'altération concomitante des noyaux gris centraux. Ce très important problème ne peut être solutionné aujourd'hui, mais il est probable que les recherches ultérieures donneront une réponse positive.

Quoi qu'il en soit, l'expérimentation apporte aussi son témoignage en faveur de la connexion étroite qui relie les réflexes d'automatisme à l'attitude en flexion. Ainsi que l'a constaté l'auteur, une lésion unilatérale du cerveau détermine, chez le chien, un automatisme spinal très modéré tandis que les lésions bilatérales frappant les lobules paracentraux s'accompagnent d'un automatisme médullaire très marqué et analogue à celui du « chien spinal » de Sherrington.

Lésions encéphaliques bilatérales atteignant la voie pyramidale et les corps opto-striés, exaltation de l'automatisme spinal, contractures et immobilisation dans une attitude immuable, tels sont les anneaux d'une même chaîne pathologique qui se déroule fréquemment chez l'homme âgé et dont le dernier chaînon est la cachexie démentielle.

Le liquide ventriculaire ; physiologie des ventricules cérébraux chez l'homme. (R. CESTAN, RISER et LABORDE. *Annales de méd.*, t. XIII, n° 4, p. 289, 1923.) — A l'exemple des auteurs américains (Salomon, Foley, Weed Cushing), les auteurs admettent que le liquide contenu dans les ventricules du cerveau ne présente pas la même constitution que celui des espaces sous-arachnoïdiens ; il est moins riche en albumine et en cellules et, au contraire, mieux pourvu en glycose.

La pression du liquide ventriculaire est nulle lorsque le sujet est placé en position horizontale, toutes les causes qui favorisent la stase veineuse déterminant une augmentation de la tension ventriculaire. C'est par ce mécanisme qu'agissent la striction du cou, l'inhalation de nitrite d'amyle, la mise en position de Trendelenburg.

A l'état physiologique, le liquide ventriculaire s'écoule dans la citerne postérieure cérébro-médullaire (*cisterna magna*), puis, de là, gagne les confluents de la base de l'encéphale et, enfin les espaces sous-arachnoïdiens de l'encéphale et de la moelle. La soustraction par ponction lombaire, d'une quantité de liquide céphalo-rachidien provoque une augmentation du courant exo-ventriculaire surtout si le sujet garde la position assise ou debout.

Chez l'homme, il ne s'établit jamais de courant ascendant, de la moelle vers les cavités ventriculaires. Et l'on peut observer des liquides céphalo-rachidiens riches en albumine et en éléments figurés dans le cul-de-sac sacré et, au contraire, normaux dans la cavité ventriculaire. Les injections de substances médicamenteuses, même diffusibles, dans le cul-de-sac sacré sont résorbées sur place et ne gagnent jamais les cavités de l'encéphale ou n'y apparaissent qu'en proportion infime.

Ces auteurs admettent que le liquide céphalo-rachidien est secrété surtout par les cellules choroïdiennes, mais l'expérimentation a montré que, en dehors de toute sécrétion active et de toute lésion, les plexus choroïdes sont imperméables à l'iodure de potassium, au nitrate de soude, ou bleu de méthylène. Ces substances ne passent en quantité relativement abondante dans le liquide ventriculaire que lorsque les plexus secrètent très activement pour réparer la perte du liquide prélevé par soustraction. En somme, à l'état physiologique, c'est à peine s'il est légitime de parler d'une circulation du liquide céphalo-rachidien car la sécrétion des plexus

n'intervient que dans les cas où, pour une cause quelconque, le liquide est déficient.

Quant à l'absorption de substances étrangères par les ventricules, elle est possible et s'effectue presque uniquement au niveau des veines de Galien, des veines des plexus choroïdes et du tissu nerveux.

Cf. — Recherche sur la physiologie pathologique des ventricules cérébraux chez l'homme. (R. Cestan, Riser et Laborde. *Revue neurol.*, p. 561, avril 1923.)

Sur une action singulière de la pilocarpine dans les lésions cérébrales avec considérations spéciales sur les phénomènes unilatéraux dans l'épilepsie. (E. Guidi *Rivist. speriment di Fremiat.*, vol. XLVI, fasc. 3-4, p. 511, 1923.) — Dans les affections du cerveau qui s'accompagnent d'épilepsie ou d'hémiplégie spastique, l'injection sous-cutanée de 1 centigramme de pilocarpine provoque une augmentation des contractures et des réflexes tendineux ainsi qu'un tremblement limité au côté atteint. Chez les épileptiques vulgaires, l'injection de pilocarpine fait apparaître parfois (4 cas sur 11) des phénomènes unilatéraux, alors que l'examen ne permettait pas de supposer une altération limitée à un hémisphère du cerveau.

Sur une action spéciale de la pilocarpine dans les cas de lésions cérébrales. (P. Maganda. *Rivist. speriment di Fremiat.*, 1923, vol. XLVI, H. 3-4, p. 458.) — L'injection de 1 centigramme de pilocarpine non seulement augmente le tonus chez l'hémiplégique, mais provoque l'apparition du clonus, du signe de Babinski. Le tremblement de la paralysie agitante est, lui aussi, exalté et même accompagné parfois de secousses fibrillaires. Dans l'encéphalite épidémique à évolution chronique, la pilocarpine fait apparaître des phénomènes nouveaux à type choréique ou athétosique.

L'injection antécédente d'adrénaline ne modifie pas l'action de la pilocarpine. Selon l'auteur, cette substance agirait d'une manière directe sur les centres moteurs et sécrétoires. Ce dernier fait est attesté, en effet, par une observation dans laquelle on relève, chez un encéphalitique, une augmentation de la sécrétion salivaire et urinaire à la suite de l'injection de pilocarpine, contrastant avec une diminution de la sécrétion sudorale.

La résection du sympathique a-t-elle une influence sur la sensibilité périphérique? (R. Leriche, *Revue de chir.*, 1922, nos 10, 11, p. 553) — On sait que Claude Bernard a montré expérimentalement ce fait étrange que la résection du ganglion cervical supérieur provoque une augmentation de la sensibilité dans l'hémiface correspondante et que récemment A. Tournay a pu mettre en évidence un phénomène analogue et peut-être encore plus saisissant : l'exaltation et la reviviscence de la sensibilité sur un membre énervé après l'exérèse de la chaîne sympathique. Leriche rapporte, dans ce travail, à côté d'observations négatives un fait qui se rapproche de ceux auxquels nous venons de faire allusion. Il a trait à un blessé dont le plexus brachial avait été gravement atteint et chez lequel un territoire légèrement sensible se limitait à la sphère du cubital. Une sympathectomie ayant été pratiquée, on put noter, quatorze jours après l'intervention, un retour de la sensibilité sur tous les doigts et particulièrement sur les deux derniers. La sympathectomie possède donc indiscutablement une influence favorable sur la restauration de la sensibilité, peut-être du fait de la meilleure irrigation des organes tactiles du tégument qu'elle détermine.

Sur l'olfaction colorée. (J. Donath. *Journ. f. psychol. und neurol.*, 1922, vol. XXIX, f. 1-3, p. 112.) — Si l'on connaît depuis longtemps le phénomène curieux de l'audition colorée, c'est-à-dire de l'association fixe d'une sensation lumineuse donnée et constante à une sensation auditive, cette association dans la sphère olfactive est beaucoup plus exceptionnelle. Le cas de l'auteur a trait à un homme âgé de cinquante-quatre ans ayant subi récemment l'opération de Steinach (vasectomie).

Chez ce sujet, depuis vingt ans, les sensations olfactives se doublent de sensations lumineuses nettement individualisées et, en général, absolument constantes. C'est ainsi que l'odeur de l'eau de Cologne appelle la sensation du jaune orange ; que les sensations olfactives discrètes s'associent aux sensations de « transparence lumineuse ». Il est à noter que jamais ces « sensations colorées » ne se présentent avec une représentation spatiale. On ne saurait donc les considérer comme des fausses sensations ni comme des fausses perceptions ; le terme de « représentations colorées » leur conviendrait mieux.

Rapports fonctionnels des lobes frontaux du cerveau. (M. Choroschko. *Zeit. f. die Gesam. neurol. und psychiatr.*, 7 mai 1923, vol. LXXXIII, p. 291.) — Des recherches cliniques nombreuses auxquelles l'auteur s'est livré, il résulte que les lobes frontaux de l'homme ne peuvent pas être tenus pour des zones muettes devant les processus destructifs. Les lésions qui les frappent déterminent des troubles du mouvement volontaire accompagnés par un état de stupeur. Ces perturbations cinétiques sont constituées par des crampes, des contractions toniques assez analogues, selon Choroschko, à celles que l'on observe dans la « catatonie ». En outre, on relève des troubles ressortissant à l'apraxie idéatoire et des actes impulsifs. Lorsque la lésion intéresse profondément le lobe frontal gauche, elle détermine l'aphémie, tandis que celles qui portent sur le lobe droit provoquent, chez le droitier, des désordres du langage qui ne sont plus du domaine de l'aphasie.

Dans ces conditions, le malade a perdu la faculté de décomposer ses mots en parlant, de scander sa parole. Enfin, toujours selon l'auteur, les lésions frontales bilatérales se traduisent par une rigidité du masque facial et des crises de rire et de pleurer spasmodiques.

Existe-t-il réellement une « couleur locale » psychophysiologique afférente aux lésions profondes des pôles frontaux du cerveau, telle est la question que, après beaucoup d'auteurs, Choroschko s'est posée à son tour. D'après ses observations, il conclut dans le sens affirmatif ; et les perturbations psychiques dépendant des lésions frontales consisteraient en tristesse avec fatigabilité intellectuelle, en hypocondrie, en diminution de l'attention. Dans une autres forme, ce qui domine c'est, tout au contraire, l'excitation maniaque avec agressivité.

En terminant, l'auteur insiste particulièrement sur l'aprosexie, la fatigabilité psychique, la paresse dont font preuve les sujets dont les lobes antérieurs ont été gravement compromis. L'excitation maniaque mise à part, les conclusions auxquelles aboutit Choroschko sont assez proches de celles qu'a défendues tout récemment encore L. Bianchi.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Modifications dans les courants de résorption du liquide cérébro-spinal consécutives à l'administration de sel. (F. Foley. *Arch. of Surg.*, 1923, vol. VI, n° 2.) — Dans ce travail, l'auteur rapporte les résultats d'expériences nouvelles destinées à confirmer les faits antérieurement exposés en collaboration avec Putnam.

L'injection d'une solution saline à 30 p. 100 provoque des modifications dans le rapport qui relie la sécrétion à la résorption du liquide céphalo-rachidien ; il en résulte constamment une augmentation de la tension de ce liquide aussi bien dans les espaces sous-arachnoïdiens que dans les ventricules cérébraux. La résorption du liquide céphalo-rachidien sécrété à la suite de l'injection hypertonique s'effectuerait, selon Foley, par des voies multiples : les gaines vasculaires, l'épendyme, les plexus choroïdes, les gaines périnerveuses.

L'absorption du liquide céphalo-rachidien par le système veineux. (L. Weed. *Amer. Journ. of anatom.*, 1923, n° 3, vol. XXXI, p. 191.) — Les expériences de Weed confirment celles de Foley. Si, à l'état physiologique, le liquide céphalo-rachidien est résorbé par la voie veineuse, au niveau des sinus dure-mériens, l'injection de solutions hypertoniques dans le sang modifie ce courant de résorption. Dans ces conditions, le liquide céphalo-rachidien est absorbé par les gaines lymphatiques périvasculaires et par l'épendyme ventriculaire.

Etude sur la physiologie et la pathologie du liquide cérébro-spinal avec considérations particulières sur les variations topographiques de la teneur en albumine et en

éléments figurés. (W. WEIGELDT. Un volume de 135 pages, Fischer, 1923.) — Dans ce travail où sont condensées les notions que nous possédons aujourd'hui sur l'origine de la formation du liquide céphalo-rachidien et sur ses voies d'élimination, l'auteur s'efforce d'apporter quelques précisions sur la sécrétion, la dynamique et la résorption du liquide cérébro-spinal. L'auteur arrive à cette conclusion générale que la constitution du liquide céphalo-rachidien n'est nullement identique aux divers étages du névraxe. Ainsi le liquide ventriculaire ne contient normalement aucun élément cellulaire tandis que dans le liquide du cul-de-sac arachnoïdien sacré on peut en constater de 1 à 9 par centimètre cube; de même la teneur en albumine est sensiblement moindre dans le liquide des ventricules que dans celui qui s'écoule dans les espaces sous-arachnoïdiens.

D'après Weigeldt, le liquide céphalo-rachidien est tout à la fois le résultat de la sécrétion des plexus choroïdes et la conséquence d'une transsudation et d'une filtration au niveau des parois ventriculaires, des leptoméninges, des gaines périvasculaires cérébrales. Quant au processus de résorption qui, à l'heure actuelle, est encore voilé de mystère, l'auteur se range à une opinion éclectique et admet que le liquide s'écoule par les voies veineuses des granulations de Pacchioni, les voies lymphatiques périnerveuses et périvasculaires.

Contrairement à nombre d'auteurs, Weigeldt pense que la formation du liquide céphalo-rachidien est assez lente au moins dans les conditions physiologiques puisque cinquante-cinq heures seraient nécessaires à la sécrétion de 100 centimètres cubes de liquide. Le liquide de nouvelle formation se montre plus pauvre en albumine et en éléments figurés que celui qui a été prélevé auparavant. La stase veineuse en général et surtout celle qui résulte de l'oblitération ou de la compression de la veine cave supérieure détermine une augmentation nette de la production de liquide céphalo-rachidien.

Pour ce qui est de la tension du liquide céphalo-rachidien, Weigeldt pense que celle-ci participe de la tension générale de l'encéphale, de la tension méningée, veineuse et artérielle. On le voit, de très nombreux facteurs à l'état normal et, a fortiori, à l'état pathologique, viennent influer sur la pression du liquide cérébro-spinal et rendre difficile le problème de l'origine de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Avec l'immense majorité des physiologistes et des neurologistes, Weigeldt admet que, normalement, le liquide s'écoule des ventricules cérébraux dans les espaces sous-arachnoïdiens par les trous de Magendie et de Luschka mais que l'inverse ne se produit jamais. A cet égard, les expériences basées sur les injections de substances colorantes n'auraient pas donné de résultats démonstratifs.

Le mécanisme central de la crampe tétanique et ses rapports avec la rigidité décérébrée. (SPIEGEL et NISHIKAWA. *Arbeit. ans. d. neurol., Institut d'obersteiner*, 1923, vol. XXIV, f. 2-3, p. 221.) — Chez une malade opérée d'un goitre, se développa une hémiparésie gauche, laquelle se compliqua de contractures ressemblant à celles de la tétanie. Partant de cette idée que la suppression de l'inhibition tonique cérébrale pouvait être la cause du développement des spasmes provoqués en partie par l'ablation des glandes parathyroïdes, les auteurs s'efforcèrent de montrer le bien fondé de cette hypothèse par des faits expérimentaux.

Après une double intervention portant, d'une part, sur les parathyroïdes et, d'autre part, sur le cerveau moyen, Spiegel et Nishikawa purent observer que l'hémisection pédonculaire associée à la lésion parathyroïdienne déterminait l'apparition, sur la moitié du corps, de spasmes spontanés analogues à ceux de la tétanie. Fait intéressant, la conservation du noyau rouge n'est nullement indispensable pour l'obtention des contractures, pas plus d'ailleurs que celle du cervelet. Les centres tonigènes qui interviennent aussi bien dans la rigidité décérébrée que dans les spasmes de la tétanie, siègent presque exclusivement dans la protubérance et le bulbe.

Sur le tonus musculaire. Expérimentation de de Boer sur la grenouille. (J. LANGELAAN. *Brain*, 1922, vol. XLV, fasc. 3-4, p. 434.) — L'auteur admet l'existence de deux variétés de tonus musculaire, l'un contractile d'origine réflexe, l'autre plastique en rapport avec la « trophicité » musculaire. La section des rameaux communicants, chez la grenouille, détermine un choc spinal, tel que pendant quelque temps, le tonus des muscles répondant à la topographie du sympathique intéressé apparaît nettement diminué, ainsi que le montrent l'incertitude des mouvements et l'attitude de l'animal. Mais cette hypotonie est compensée par l'excitation du labyrinthe. Il en est de même de la section des racines postérieures; celle-ci provoque une hypotonie non durable.

Selon l'auteur, les fibres tonigènes venues des noyaux vestibulaires cheminent dans le corps restiforme, puis dans le faisceau antérieur de la moelle, tandis que les fibres tonigènes des racines postérieures abordent les cornes postérieures et se rendent au tractus intermédiolatéral. L'influence des excitations cutanées et profondes, d'une part, et l'influence des excitations labyrinthiques, d'autre part, se fait sentir à la fois sur le système sympathique et sur les cornes antérieures de la moelle épinière.

Système nerveux sympathique et tonus musculaire. (V. DUCCESCHI. *Arch. intern. de physiol.*, 1922, vol. XX, f. 2, p. 231.) — Après l'extirpation du sympathique cervical chez le lapin, l'oreille du côté opéré apparaît plus pendante, plus flasque et la conque plus ouverte que celle du côté sain. Par contre, les mouvements actifs de l'oreille ne sont nullement influencés par la sympathectomie. Il conviendrait donc d'admettre une influence du système sympathique sur le tonus musculaire.

Contribution à l'étude de la structure des cellules ganglionnaires. (F. MOULIN. *Nederlandsch tijdschr. v. geneesk.*, 1923, n° 18, p. 1853.) — De nombreux travaux ont établi ce fait que la structure des cellules nerveuses, telle que nous la font apparaître les méthodes cytologiques après fixation, ne correspond en rien à la structure de ces éléments à l'état frais. Mais, d'autre part, la composition colloïdale des éléments ganglionnaires demeure très imparfaitement déterminée. Aussi, le travail de M. Moulin qui nous fournit sur ce sujet d'importantes indications doit-il retenir l'attention. L'auteur a étudié, sur le frais, les cellules ganglionnaires de la moelle du cerveau et du cervelet du cheval, du lapin, de la souris, du cobaye et de la grenouille en se servant de la méthode suivante. De menus fragments de système nerveux sont insérés dans le corps vitré de cheval porté sur platine chauffante; puis quelques gouttes de solution de bleu de méthylène colorent le dispositif. Dans ces conditions, le noyau prend d'abord la coloration, tandis que le cytoplasme reste incolore. Puis, dans le protoplasma, apparaissent de fines granulations colorées en bleu, ainsi que des corpuscules beaucoup plus volumineux : les corps chromophiles de Niss.

Ceux-ci, qui font défaut dans la cellule vivante sont, en réalité, le produit de la coagulation du colloïde protoplasmique qui se scinde en deux parties; l'une liquide le sol, l'autre solide le gel. Selon l'auteur, les corpuscules chromophiles sont liés à la dispersion dans le cytoplasme de la chromatine du noyau, dispersion dont est responsable l'augmentation de perméabilité de la membrane nucléaire du fait de la mort de la cellule. La chromalyse que l'on observe dans tant d'états pathologiques est liée, selon M. Moulin, au défaut de chromatine nucléaire provoqué par le processus morbide. La chromalyse peut disparaître, comme l'on sait, lorsque le noyau a reconstitué sa richesse en chromatine.

ÉPILEPSIE

Etudes sur l'épilepsie. Comparaison des convulsions provoquées expérimentalement chez l'animal avec les états convulsifs chez l'homme. (C. ELSBERG et B. WOKEY. *Arch. of neurol. and psychiatr.*, 1923, vol. IX, n° 5, p. 613.) — On sait trop combien, aujourd'hui encore, est obscure l'origine et la pathogénie de l'épilepsie pour ne pas accueillir les indications qui nous sont fournies par la méthode expérimentale. Les auteurs ont provoqué l'apparition de paroxysmes convulsifs, surtout par la méthode d'Ossipoff, laquelle consiste dans l'injection intraveineuse d'essence d'absinthe et par une technique personnelle originale : l'exclusion circulatoire de l'encéphale déterminée par le clampage prolongé de la sous-clavière et du tronc innominé. Après la crise con-

vulsive, il semble que les centres nerveux sont dans un état d'épuisement tel qu'ils ne répondent plus aux excitations « épileptogènes » ; cet état se prolonge pendant trois à dix jours.

La thyroïdectomie rend l'animal plus sensible à l'action convulsivante de l'essence d'absinthe, tandis que la diminution de l'alcalescence du sérum sanguin n'exerce aucune influence sur la fréquence ou l'intensité des paroxysmes. Il paraît également démontré expérimentalement que l'état de jeûne ne modifie en rien l'apparition des crises convulsives.

Les auteurs ont relevé au cours de leurs nombreuses recherches un fait particulièrement intéressant. Si l'on injecte à l'animal en état d'exclusion circulatoire du cerveau, par conséquent, en imminence de crise, une solution saline hyper ou hypotonique, les crises ne surviennent pas, tandis que celles-ci sont de règle chez l'animal non injecté.

Convulsions expérimentales. Considérations sur les zones épileptogènes du système nerveux central. (LEWIS POLLOCK. *Arch. of neurol. and psychiat.*, 1923, vol. IX, n° 5, p. 604.) — Partant de cette hypothèse, que les états épileptiques dans lesquels la crise apparaît précédée d'aura respiratoire ou circulatoire ont leur origine dans une modification anatomique ou fonctionnelle des centres bulbaires, Pollock s'est efforcé de démontrer par l'expérimentation le bien-fondé de cette théorie.

L'injection de picrotoxine produisant, chez certains animaux, le chat, la grenouille, des convulsions paroxystiques précédées précisément par des troubles de la respiration (apnée) et de la circulation sanguine, l'auteur a eu recours à cet agent tonique convulsivant chez des animaux ayant préalablement subi des transsections du mésocéphale. De ces recherches, il résulte que plus la section du tronc cérébral est bas située, plus les paroxysmes sont malaisés à obtenir et plus faible se montre leur intensité.

La hauteur du siège de la transsection, que celle-ci soit mésocéphalique ou sous-thalamique, ne modifie en rien les caractères des convulsions.

Si donc, il faut admettre que les paroxysmes convulsifs analogues à ceux de l'épilepsie banale de l'homme reconnaissent comme origine une excitation du pont de Varole et du bulbe rachidien, on ne saurait cependant, et M. Pollock y insiste, méconnaître la réalité des épilepsies d'origine corticale. De nombreux centres encéphaliques moteurs et toniques peuvent être excités par les poisons convulsivants et, peut-être, chacun répond-il par une note particulière dans le syndrome si complexe du paroxysme épileptique.

CORPS STRIÉ

Dystonie musculaire déformante. Etude de 6 cas avec considérations particulières sur la survenance du phénomène de la rigidité décérébrée. (S. WECHSLER et S. BROCK. *Trans. of the Am. neurol. Assoc.*, 1922, p. 92.) — Cette affection très rare en France et qui frappe presque exclusivement les Russes de race sémitique a été l'objet de nombreuses études aux États-Unis. De celles-ci, il ressort que la dystonie musculaire déformante appartient comme la chorée chronique de Huntington, et la maladie de Wilson aux lésions progressives du système strié. Les auteurs qui ont pu en observer 6 cas ont noté, dans un certain nombre d'entre eux, des symptômes particuliers parmi lesquels on doit relever le nystagmus, le signe de Babinski, le signe de l'éventail des orteils sans autres phénomènes indiquant la participation des faisceaux pyramidaux, enfin des troubles de la parole ressemblant à ceux que l'on observe dans la maladie de Wilson. Parfois, les malades présentaient un tremblement analogue à celui de la maladie de Parkinson et du rire spasmodique.

Toutes ces manifestations inhabituelles à la dystonie musculaire déformante confirment la localisation striée du processus encore mystérieux qui est à l'origine de la maladie.

Mais ce n'est pas tout; chez quatre malades, Wechsler et Brock ont relevé l'existence d'une modification de l'attitude générale du corps très particulière et dont, aujourd'hui seulement, nous comprenons la physio-pathologie. Il s'agit de l'attitude de la « rigidité décérébrée » décrite chez le chien et le singe par Sherrington et, chez l'homme, par Kinnier Wilson. Cette attitude se marque par l'extension générale du corps avec parfois incurvation lordotique (opisthotonos), l'extension des membres supérieurs et inférieurs à laquelle s'associe un mouvement de pronation avec flexion de la main. En général, l'attitude de la décérébration se manifeste en apparence spontanée mais, dans un fait très intéressant, les auteurs ont pu déclencher à volonté la rigidité décérébrée en provoquant une excitation cutanée de la région axillaire. Cette excitation suspendait les mouvements pathologiques spontanés déterminant l'opisthotonos et l'extension des quatre membres. Il est à remarquer, en outre, que la rigidité décérébrée se montre surtout manifeste dans les cas de dystonie qui ne s'accompagnent pas de mouvements spontanés anormaux. Et les auteurs en concluent à la légitimité de la création d'un type clinique spécial, *myostatique* en face du type classique, *myocinétique*.

Le tremblement strio-cérébelleux. Etude sur la nature et la localisation des formes combinées du tremblement organique. (J. RAMSAY-HUNT. *Transact. of the Americ. neurol. Associat.*, p. 327, 1922.) — D'après R. Hunt il faut admettre deux variétés fondamentales de tremblement. Dans l'une, le désordre musculaire est conditionné par une altération de l'appareil cérébelleux, dans l'autre par les lésions du système strié. Le tremblement d'origine striée est en rapport avec des perturbations du système cinétique, le tremblement cérébelleux avec un trouble du système statique. En effet, ce dernier apparaît surtout lorsque l'appareil statique entre en jeu et ne se montre jamais au repos. C'est essentiellement un tremblement de posture de rythme plus lent que le tremblement « strié ». Ainsi que Ramsay-Hunt l'a observé, le tremblement cérébelleux peut être déterminé par une lésion élective des pédoncules cérébelleux supérieurs : l'atrophie des noyaux dentelés.

Dans d'autres cas, tremblement strié et cérébelleux s'associent pour donner lieu à un désordre complexe pour lequel l'auteur propose le terme de « strio-cérébelleux ». Ici, la lésion siège dans la région pédonculaire et intéresse tout ensemble les voies de projection du système strié et du système cérébelleux.

Lésions localisées du corps strié produites par l'émanation locale de radium. (D. EDWARDS et J. BAGG. *Proceed of the soc. of experim. biolog. and medic.*, vol. XIX, n° 8, p. 382, 1922.) — Plusieurs auteurs, en particulier M. Kinnier Wilson se sont efforcés de rechercher quels étaient les phénomènes anormaux produits par une destruction bilatérale aussi complète que possible des corps striés. Les résultats de ces essais expérimentaux n'ont pas été encourageants.

A l'aide d'une technique originale laquelle consiste dans l'enfouissement de tubes contenant 1 millicurie de radium-émanation dans la région des noyaux lenticulaires, les auteurs ont pu obtenir la nécrose étendue et élective du corps strié. Les manifestations observées ont été des plus discrètes. Seuls l'hypertonie, le tremblement, l'incertitude et la maladresse des mouvements ont été manifestes; mais ces troubles rapidement compensés cessent après une période de quelques jours.

THÉRAPEUTIQUE

Section des cordons antéro-latéraux de la moelle épinière (chordotomie). Discussion sur les effets physiologiques et les résultats cliniques d'une série de huit cas. (Ch. FRAZIER et Wilram SPILLER. *Trans. of the amer. neurol. Assoc.*, 1922, p. 32.) — Dans huit cas ayant trait à des compressions radiculo-médullaires basses ou à des lésions traumatiques de la moelle et de la queue de cheval, les auteurs pratiquèrent l'intervention suivante, laquelle fut imaginée voici déjà plusieurs années par W. Spiller et mise en œuvre par Charles Frazier. Après laminectomie, la moelle épinière est découverte, une érigne accroche le ligament dentelé. Grâce à une traction modérée sur ce ligament, la moelle pivote sur elle-même d'un quart environ de sa circonférence et présente son flanc à l'opérateur. A l'aide d'un couteau à cataracte, on incise alors sur une étendue correspondante à l'espace intermédiaire entre la racine antérieure et la face ventrale du ligament dentelé, le faisceau antéro-latéral spinal. Le couteau pénètre à une profondeur de 2 à 3 milli-

mètres seulement. Ainsi se trouve réalisée la section des fibres par lesquelles s'écoulent les sensibilités douloureuse et thermique. Il en résulte une thermo-analgésie des territoires situés au-dessous du plan de section des faisceaux spinaux. Or, comme la chordotomie porte sur le Ve ou le VIe segment dorsal, la totalité des membres inférieurs et les viscères pelviens se trouvent privés de toute sensibilité douloureuse. Dans la série nouvelle de faits dont ils rapportent les détails cliniques, Frazier et Spiller ont observé la suppression complète de l'élément douloureux dans six cas; dans deux cas une amélioration très nette survint Il est important de noter que jamais l'analgésie ne manqua d'être accompagnée d'anesthésie thermique comme si les fibres conductrices spinales de ces deux modes de sensibilité étaient mélangées intimement dans le cordon antéro-latéral.

L'opération de Spiller-Frazier ne donne guère lieu, lorsqu'elle est correctement pratiquée, à des complications sérieuses; les auteurs rappellent que, dans un cas, ils ont observé des troubles vésicaux, dans un autre des perturbations des fonctions sexuelles mais ceux-ci disparurent rapidement.

Sur la durée des résultats et les insuccès de la sympathectomie périartérielle particulièrement dans son application à la gangrène artério-scléreuse (F. Brüning. *Klin. Woch.*, 1923, n° 20, p. 923.) — Les succès qu'a obtenus l'auteur dans deux cas, l'un ayant trait à une maladie de Raynaud avec sclérodermie, l'autre à un spasme vasculaire chez un sclérodermique, succès qui depuis plus d'un an ne s'est pas démenti, permettent de soutenir que les résultats négatifs de la sympathectomie péri-artérielle sont dus, soit à une faute de technique, soit au manque de précision de l'indication opératoire.

La résection de l'adventice artérielle doit porter, selon M. Brüning, sur une longueur de 8 à 12 centimètres et ménager les anastomoses vasculaires. L'intervention est particulièrement indiquée dans les cas d'ulcérations dites trophiques consécutives aux lésions des troncs nerveux ainsi que dans les cas d'angiospasme passager ou durable.

Si, dans certains cas de gangrène imminente chez les artério-scléreux, la vaso-constriction précoce déterminée par la sympathectomie semble aggraver le processus morbide, rapidement la situation se transforme et la vaso-dilatation secondaire détermine la rétrocession des troubles nutritifs.

Traitement du ptyalisme pseudo-parkinsonnien par l'irradiation rœntgénienne de la parotide (P. Kaznelson. *Congrès des méd. all.* tenu à Prague, séance de fév. 1923.) — Les nombreux cas d'encéphalite épidémique compliquée de parkinsonnisme ont montré la fréquence et l'intensité de l'hypersécrétion salivaire ainsi que l'échec de la thérapeutique contre cette manifestation si pénible. Or, dans six faits, l'auteur a essayé l'irradiation des glandes parotides et a obtenu la cessation presque complète du ptyalisme. Les doses de rayons X nécessaires sont variables pour chaque cas.

De l'influence de la radiothérapie sur l'hypersécrétion salivaire consécutive à l'encéphalite épidémique. (M. Fraenkel. *Deut. med. Woch.*, 1923, n° 19, p. 613.) — L'auteur qui a obtenu un résultat favorable dans un cas typique insiste sur la nécessité de suspendre le traitement après les deux premières séances d'irradiation pendant une quinzaine.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE DU CÆCUM[1]

2° *A la seconde période* de la maladie, l'examen physique du malade révèle des signes importants. La palpation de l'abdomen peut réveiller des douleurs plus ou moins profondes; quelquefois la main perçoit des contractions intestinales, accompagnées de borborygmes. Mais le signe important est la constatation de la *tumeur cæcale*.

Si, de la main gauche enserrant le flanc droit, pouce en avant, doigts en arrière, on palpe le cæcum (manœuvre de Sigaud), on rencontre une tumeur siégeant généralement à la partie moyenne de la fosse iliaque droite. Cette tumeur représente une masse variable, de la grosseur d'un œuf à celle d'une mandarine; elle est de forme variée, le plus souvent allongée verticalement ou légèrement oblique en bas et en dedans. Sa consistance est souvent ferme, élastique, irrégulière et bosselée, n'adhérant pas à la paroi antérieure de l'abdomen. Mais la tumeur est parfois peu mobile, adhérent plus ou moins fortement à la fosse iliaque. A la percussion, cette tumeur est mate. Elle est, en général, peu douloureuse. La palpation de la région inguinale droite révèle très souvent de l'adénopathie.

D'ailleurs, il faut noter que la présence de cette tumeur s'accompagne de l'aggravation des symptômes fonctionnels, qui avaient déjà attiré l'attention à la période antérieure; les crises douloureuses se rapprochent, deviennent plus violentes. Les débâcles sont plus fréquentes et fétides, alternant avec des périodes de constipation et de tension avec ballonnement.

3° *Troisième période.* — C'est la phase des complications: L'état général s'affaiblit nettement et s'aggrave; l'amaigrissement est constant et rapide. Le malade perd plusieurs kilos en quelques semaines. La fièvre est discrète; de petites poussées de température se produisent deux ou trois fois par jour et doivent être recherchées attentivement. Les sueurs sont abondantes; les urines restent riches en phosphates; l'examen du sang montre de l'anémie; alors que Loeper n'a pas trouvé de modifications de la formule sanguine, Antoine et Caspérin ont signalé une leucocytose assez marquée avec polynucléose (79 p. 100 [y compris trois éosinophiles] dans un cas).

Les selles peuvent contenir des débris pseudo-membraneux, des amas caséeux, des résidus alimentaires, des traces de sang et d'albumine. L'état général du malade s'aggrave et ce dernier peut mourir de cachexie avec ou sans dégénérescence amyloïde. Dans d'autres cas, la tuberculose pulmonaire apparaît et évolue rapidement.

On peut voir aussi survenir des *abcès enkystés*, des foyers de *péritonite adhésive* limités, consécutifs souvent à la *perforation* brusque ou progressive du cæcum. La tumeur se trouve de ce fait accrue et plus adhérente; les douleurs augmentent et si l'on n'intervient pas, le foyer purulent affleure la paroi; un abcès sous-cutané se constitue, qui s'ouvrira par la suite et laissera des fistules souvent multiples; une fistule pyo-stercorale est ainsi constituée. Cette suppuration accentuera l'affaiblissement de l'état général et la marche rapide vers la cachexie et la dégénérescence amyloïde ou la granulie.

Dans d'autres cas, l'affection est surtout sténosante et s'accompagne de troubles intestinaux de plus en plus marqués: constipation opiniâtre avec ballonnement et coliques, puis débâcles de diarrhée. L'aboutissement de ces accidents est la constitution d'une obstruction intestinale subaiguë.

L'opération s'impose à brève échéance ou la mort survient assez rapidement.

L'*évolution* du tuberculome hypertrophique du cæcum peut être plus ou moins longue et varier de un à cinq ans. Dans certains cas, elle peut se prolonger même au delà de dix ans

Autres formes cliniques. — On a pu appeler l'attention sur d'autres variétés plus rares:

a. Forme de tuberculose ganglionnaire précæcale de Gérard Marchand.

b. La forme circonscrite ou localisée à la face antérieure du cæcum (Richelot). Dans ce cas, la tuberculose hypertrophique s'est localisée en un point du cæcum, surtout la face antérieure, donnant une petite tumeur dure, de la largeur d'une pièce de 2 francs, provoquant des poussées douloureuses, évoluant à froid sans lésions intestinales diffuses et curable par une résection partielle du cæcum.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 85, p. 1370.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

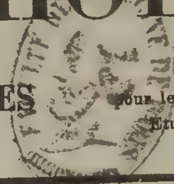
Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Roy, Guilly, Frey, Fargin-Fayolle, Vincent, Proust, qui acceptent; Moiroud, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 29 octobre 1923. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de l'œsophage. »

MM. Maruani, 10; Choffé, 13; Comar, 12; Cordier, 20; Trial, 11; Camus, 16; Cord, 19; Demailly et Cohen-Solal, 13; Degos, 15; Deléage (Pierre), 10; Chauveau, 16; Cannac, 12; Couvelaire, 18 1/2; Caillaud, 14.

Séance du 30 octobre. — Question donnée : « Tronc de la carotide externe. Citer les branches sans les décrire. »

M. Charapanovsky, 10; Mlle Champagne, 14; Chuit, 11; MM. Calamy, 18; Demoulin, 15; Cuvillier, 17; Mlle Cuénin, 14; MM. Delafarge, 18 1/2; Constantoulakis, 14; Mlle Cabanel et MM. Dany, 16; Bretey, 10; Debon, 15; Cliquet, 10; Cros, 14; Delmas, 16; Buisson, 11; Deléage (André) et Caraès, 13; Contiadès, 14.

Pathologie. — Séance du 29 octobre 1923. — Question donnée : « Signes et évolution de l'insuffisance aortique. »

M. Zambeaux, 13; Mlle Weill, 18 1/2; MM. Tournant, 15; Tillé, 12; Mlle Versini, 13; MM. Wester, 14 1/2; Vincent, 12; Mlles Vannier, 15 1/2; Vandier, 12; Wertheimer, 16; MM. Zimmer (Louis), 13; Vezin, 12 1/2; Vayssière et Vernier, 11; Verboud, 12; Villechaize, 13; Zagdoun, 15; Waddington et Werblunsky, 8.

Séance du 30 octobre. — Question donnée : « Examen clinique d'une coxalgie. »

MM. Zitzerman, 15; Weill, 14; Trial, 11; Mlle Vidal, 17; MM. Thoizon, 11; van der Elst, 12; Medioni, 6; Moline, 12; Petit, 11; Ogarrio et Merand, 9; Mlles Perrin, 17; Pinel, 6; MM. Mourrut, 11; Nadji, 12; Moyse, 18; Patry, 10; Paschetta, 15; Michaud, 14; Moullard, 17.

— Hôpital de Boulogne. — L'hôpital de Boulogne devant ouvrir le 1er novembre, il y a actuellement comme vacances : deux places d'externe à la consultation de médecine générale; deux places d'externe à la consultation de médecine infantile et trois places d'externe à la consultation de chirurgie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de clinicats. — Sont proposés :

Clinicat thérapeutique chirurgical. — Titulaire : M. Jean Quénu; adjoint : M. Richard.

Clinicat chirurgical. — Titulaires : MM. Mornard et Boppe; adjoints : MM. Lascombe, Colombet, Brouet.

Clinicat thérapeutique médical. — Adjoints : MM. Mouquin, Giroux.

Clinicat médical. — Titulaires : MM. Debray (Maurice), Jacquet, Thiers; adjoints : Blum, Chevalley, Bloch, Clément (Robert), Girard.

Clinicat propédeutique. — Titulaire : M. Pignot; adjoint : M. Bordet.

Clinicat oto-rhino-laryngologique. — Titulaires : MM. Bonnet-Roy, Flavien; adjoints : MM. Truffert et Chatelier.

Clinicat médical de la première enfance. — Adjoint : M. Grenier.

Clinicat chirurgical infantile. — Titulaire : M. Wilmoth; adjoints : MM. Dubois et Ducroquet.

Clinicat médical infantile. — Titulaire : M. Mathieu; adjoint : M. Janet.

Clinicat des maladies infectieuses. — Titulaire : M. Cambessédès; adjoint : M. Cathala.

Clinicat obstétrical. — Titulaires : MM. Pareux (Pitié), Portes (Baudelocque); adjoints : MM. Cerné, Réglade (Tarnier), Grenaudier, Lamaze (Pitié).

Clinicat des maladies mentales. — Titulaires : MM. Borel et Santenoise; adjoints : MM. Codet et Targowla.

Clinicat gynécologique. — Titulaire : M. Huygues de Beaufond; adjoint : M. Michon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — La chaire de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté de médecine de Bordeaux est transformée en chaire de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale.

M. Guyot, agrégé, professeur sans chaire à la Faculté de

médecine de Bordeaux, est nommé, à ladite faculté, à partir du 1er novembre 1923, professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale.

— STRASBOURG. — M. le docteur Merklen, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Bard, appelé à d'autres fonctions.

— TOULOUSE. — La chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté de médecine de Toulouse est transformée en chaire de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Martin, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à ladite faculté.

La chaire de pathologie expérimentale de la Faculté de médecine de Toulouse est transformée en chaire de pathologie générale et expérimentale.

M. Bardier, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Toulouse est nommé professeur de pathologie générale et expérimentale.

M. Lafforgue, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé, sur sa demande, professeur d'hygiène à ladite faculté, en remplacement de M. Morel, appelé à d'autres fonctions.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR PAUL RECLUS. — M. Léon Bérard, ministre de l'Instruction publique, a inauguré aujourd'hui le monument aux morts d'Orion (Basses-Pyrénées). A cette occasion, il a rendu hommage à la mémoire du docteur Paul Reclus, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, qui fut pendant de longues années maire de la commune d'Orion et conseiller général des Basses-Pyrénées.

Au cours de cette commémoration à laquelle assistaient notamment les professeurs Jean-Louis Faure et Marcel Labbé, de la Faculté de médecine de Paris, M. Léon Bérard a rappelé les éminents services rendus par le savant novateur et le maître éminent dont l'enseignement a contribué pour une si large part aux progrès de la chirurgie française. Il a également rappelé les qualités de cœur, le dévouement et le patriotisme toujours en éveil du regretté professeur.

MONUMENT COMMÉMORATIF DU DOCTEUR JOHN S. MURPHY. — La semaine dernière, les chirurgiens américains ont tenu leur Congrès annuel à Chicago, et à cette occasion on a posé la première pierre du monument commémoratif destiné à perpétuer la mémoire du célèbre opérateur John S. Murphy. Dans un discours prononcé à cette cérémonie, à laquelle assistaient trois mille chirurgiens, le docteur William J. Mayo (de Rochester), dont la réputation est universelle, a démontré que, depuis un siècle, la durée de la vie humaine s'était accrue de cinq années. — J.-M. LE GOFF.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE (professeur : M. Paul CARNOT). — L'enseignement de la thérapeutique se fera tous les jours, à 5 h., au grand amphithéâtre, à partir du lundi 5 novembre 1923.

CORRESPONDANCE

Dans le numéro du 27 octobre 1923 de la *Gazette des hôpitaux* (n° 86, p. 1374) a paru l'annonce d'un cours à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : *Cette annonce est apocryphe* et n'a pu être insérée que par suite d'un regrettable concours de circonstances. Notre bonne foi a été surprise, nous le regrettons plus que personne.

A ce propos nous recevons la lettre suivante :

« Paris, 30 octobre 1923.

Monsieur le Directeur,

On me montre en seconde page de votre journal du 27 octobre courant, une note agressive annonçant un cours imaginaire, où je suis accidentellement pris à partie.

Des auteurs (Don Quichottes sans bravoure, ni moralité, puisqu'ils restent anonymes), je me moque, pour parler avec urbanité. Mais je tiens à l'opinion de mes confrères, c'est pourquoi je vous prie d'insérer, en même place, cette lettre rectificative.

Les auteurs anonymes font allusion à une intervention de moi au concours de médecin des dispensaires antituberculeux et relatée dans le « Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine » de septembre 1923, p. 234.

Pendant les opérations du concours, il fut proposé de n'accepter, comme candidats à ces places, que des anciens internes des hôpitaux de Paris. En tant que représentant du Syndicat des médecins de la Seine, je me suis élevé contre cette proposition, considérant qu'il était injuste d'écarter de ces postes, des médecins qui, sans avoir été internes, pouvaient avoir une compétence égale ou supérieure, par leurs aptitudes et leur spécialisation.

J'ajoutai, *dit le compte rendu*, certainement un peu trop concis, que le titre d'ancien interne n'était pas un gage absolu de valeur professionnelle. Il faut être bien susceptible pour voir dans cette phrase, *là où elle est placée*, une attaque contre l'internat des hôpitaux de Paris. Et pour ne donner qu'un exemple, il est certain que l'interne spécialisé en chirurgie ou en ophtalmologie des hôpitaux de Paris, n'est pas du tout préparé aux fonctions de médecin de dispensaire antituberculeux.

Je crois, par mon intervention, avoir plus servi l'internat que ceux qui lui réclament trop de privilèges et le font ainsi détester.

L'estime des confrères me paraît supérieure à toutes les prébendes.

Comptant sur la publication *intégrale* de ma lettre, veuillez, etc... Dr MILIAN. »

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique		17 gr.
Phosphate de soude		24 gr.
Eau distillée	Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 5 AU 10 NOVEMBRE 1923)

THÈSES

Mercredi 7 novembre. — Jury : MM. Sebileau, président; Bernard, Couvelaire et Ecalle. — M. L'ECUYER DE VILLERS (Pierre). Contribution à l'étude des kystes du vagin. — M. PERETTI (Antoine). Etude épidermiologique de la fièvre typhoïde. — M. PIERRE (Jean). Etude anatomopathologique des fibromes naso-pharyngiens.

Jeudi 8 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Gilbert, Nobécourt et Richaud. — M. PINEAU (Pierre). Etude sur les arthropathies syphilothérapiques. — M. CHAUDRON (Louis). Etude de la déviation trachéale. — M. GAURAN (Marcel). La réaction de fixation dans les affections gonocoques. — M. POIRIER (Paul). Contribution à l'étude du traitement des diabètes infantiles. — M. LEMESLE (Robert). Contribution à l'étude biologique des ombellifères suspects.

REVUE GÉNÉRALE

APPENDICITE, COLOTYPHLITES ET PÉRITYPHLITE [1]

Par le Docteur A.-C. GUILLAUME.

IV

LES PÉRITYPHLITES AIGUES. PÉRITYPHLITES D'ORIGINE APPENDICULAIRE ET PÉRITYPHLITES D'ORIGINE CÆCO-COLIQUE

Dans une des études précédentes, je me suis efforcé, en faisant l'historique du développement de la notion d'appendicite, de préciser la signification du terme PÉRITYPHLITE, terme introduit dans le vocabulaire médical par Puchelt en 1829.

Nous avons vu que ce mot servait à désigner tous les états inflammatoires de la séreuse péritonéale péricæco appendiculaire, depuis ses formes suppurées (abcès et phlegmon de la fosse iliaque droite) jusqu'aux états caractérisés par une réaction inflammatoire sans suppuration nette du péritoine.

Evolution des doctrines relatives à la pérityphlite — Dans cette même étude, nous avons vu que pendant les 3 premiers quarts du XIXe siècle, les auteurs qui s'étaient occupés de cette question n'avaient, en général, établi aucune distinction précise entre les suppurations produites par des lésions de l'appendice vermiforme du cæcum et les suppurations dues à des lésions du cæcum lui-même; le terme de typhlite, introduit par Albers en 1837, englobait en bloc, en effet, toutes les lésions du cæcum et de son prolongement l'appendice vermiforme.

Quelques auteurs avaient, cependant, pris position pour rattacher les états de suppurations de la fosse iliaque droite, soit à des lésions de l'appendice, soit à des lésions du cæcum.

Les observations anciennes de Fabricius Haldann (1735), de Mestivier (1759), de Lamotte (1766), de Salques (1767), de Jadellot (1808), de Weglerer (1813), de Louyer-Villermay (1824), de Melier (1827), ayant démontré l'existence de lésions de l'appendice et l'importance des perforations de cet organe, ayant montré en outre que les lésions de l'appendice étaient parfaitement à même de déterminer la production d'une péritonite ou d'un phlegmon de la fosse iliaque droite, quelques auteurs discutèrent pour savoir si les lésions de l'appendice devaient être mises en cause dans la production de ces états ou si, au contraire, il fallait les considérer avant tout comme des complications de la cæcite.

Husson et Dance (1827 et 1828) occupent, dans ce mouvement des idées doctrinales, une place de tout premier plan; dans les mémoires qu'ils consacrent à l'ÉTUDE DES TUMEURS PHLEGMONEUSES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE, ces deux auteurs, faisant état des travaux antérieurs, et tout particulièrement du travail de Mélier, *insistent* LES PREMIERS sur le fait que les *lésions de l'appendice occupent une part importante dans la genèse des états phlegmoneux de la fosse iliaque droite.*

En 1828, Ménière, dans un mémoire également consacré à l'étude du *phlegmon de la fosse iliaque droite,* soutient l'opinion inverse : *le phlegmon iliaque droit est la conséquence, non d'une lésion de l'appendice, mais d'une lésion du cæcum.*

Dès lors, l'une et l'autre opinion sont alternativement soutenues : Burne (1837 et 1839) se range dans le clan de ceux qui font aux lésions appendiculaires une large part; ayant, au cours d'autopsies, constaté l'inflammation avec ulcération du cæcum sans production d'abcès pericæcal, et ayant, par contre, trouvé ces abcès dans des cas d'ulcération et de perforation de l'appendice vermiforme, il attribue le phlegmon iliaque droit aux lésions appendiculaires. Grisolle (1839) fait de même et précise la nature des lésions de l'appendice et leurs rapports avec la pérityphlite suppurée. En 1841 Malespine, dans un travail intitulé *Observations pour servir à l'histoire des lésions de l'appendice vermiculaire du cæcum et des accidents auxquels elles donnent lieu,* plaide en faveur de la même opinion que Husson, Dance, Burne, Grisolle.

L'opinion défendue par Ménière (et en partie par Dupuytren), de la prédominance étiologique de la cæcite dans la genèse des pérityphlites, est reprise par Albers (de Bonn) en 1837; cet auteur distingue deux formes de typhlite, l'une avec exsudat séro sanglant, l'autre avec exsudat purulent. Renvers, Béhier, Munchmeyer, Rokitanski (1842), Bamberger (1855), soutiennent une opinion analogue.

A ce moment (milieu du XIX sièle), le problème évolue et, chaque jour, la balance penche de plus en plus en faveur de l'opinion qui attribue un rôle prédominant dans la genèse de ces états de pérityphlite aux lésions de l'appendice; toutefois, l'idée d'une typhlite cause déterminante de la pérityphlite, tout en perdant du terrain, est encore considérée comme une possibilité d'assez grande fréquence.

Habersohn (1857) écrit : *Les lésions de l'appendice,* BEAUCOUP PLUS FRÉQUEMMENT *que celles du cæcum, conduisent à la production d'adhérences du péritoine, d'abcès stercoraux, ou de péritonites généralisées.*

Georges Lewis (1858), Leudet (1859), Biermer (1879), soutiennent la même opinion, et ce dernier auteur dit même que *la pérityphlite est* TOUJOURS *la conséquence d'une perforation de l'appendice.* With (1879), Matterstock (1880), insistent aussi sur l'importance des lésions de l'appendice, comme le font également Favré (1851), Bodart (1844), Duplay (1876). D'ailleurs les observations de lésions de l'appendice se multiplient.

L'opinion de Biermer va enfin, en 1880, connaître un triomphe total à la suite des travaux des chirurgiens américains qui, introduisant le terme nouveau d'APPENDICITE, assurent, par ce néologisme, le succès de leurs idées. Une série d'appendicectomies ayant été pratiquées dans divers pays, Reginald Fitz publie en 1886 un mémoire appelé à un grand retentissement; Fitz écrivait notamment : *Chaque fois que le chirurgien intervient pour des symptômes attribués à une typhlite ou à une pérityphlite, c'est toujours l'appendice qu'il trouve primitivement lésé.* C'était, en des termes un peu différents, la reproduction de l'opinion de Biermer.

A la suite du travail de Fitz et de ses continuateurs, l'idée d'attribuer la pérityphlite à des lésions cæcales est reléguée au rang des radotages ancestraux, l'appendicite est seule jugée capable d'entraîner la production de telles réactions péritonéales

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 68, p. 1089; n° 70, p. 1121, n° 76, p. 1217, et n° 78, p. 1249.

et, de même qu'on avait autrefois, à l'exemple de Meding (1842), décrit en bloc sous le nom de TYPHLOPÉRITYPHLITE les accidents morbides ayant pour siège la fossé iliaque droite, on en vint à englober sous le nom d'APPENDICITE les mêmes faits cliniques. La notion de typhlite et de cæcite s'est donc évanouie en fumée, et bientôt même on oubliera le terme de pérityphlite qui tombera en désuétude.

Existe-t-il une pérityphlite d'origine cæco-colique? — A partir de 1880 l'immense majorité des auteurs répond à cette question par la négative et nie jusqu'à la possibilité d'une typhlite primitive, a fortiori donc celle d'une pérityphlite d'origine cæcale.

Talamon (médecine moderne, 1890) écrit que *la typhlite primitive est une maladie purement théorique.*

Duckworth, étudiant le registre d'autopsie du Saint-Bartholomew hospital, ne trouve pas, sur une durée de huit ans et demi, qu'il ait été une seule fois fait mention de la typhlite.

En 1892, Sahli émet des doutes sur la réalité de la typhlite disant que *les conditions anatomiques de cette affection ne se rencontrent presque jamais.*

En 1899 Strumpell déclare *n'avoir jamais, anatomiquement, reçu la confirmation de la notion de typhlite.*

Sonnenburg qui sur 150 opérations n'a constaté qu'une seule fois l'existence d'une inflammation du cæcum écrit, en 1894, dans la première édition de son livre :

« Si la typhlite était une maladie fréquente, avec des signes analogues à ceux de la pérityphlite, quand j'opère au milieu de ces symptômes, je devrais souvent rencontrer une infiltration du cæcum; or c'est là l'exception, et presque toujours on trouve dans ces cas un appendice primitivement malade. »

Il est bon de dire cependant qu'en 1911 (Rapport sur les colites, IIIe Congrès international de chirurgie. Bruxelles, 1911), Sonnenbourg avait cependant modifié son opinion puisqu'il admettait alors l'existence de la typhlite avec lésions anatomiques comparables à celles admises par les anciens auteurs.

Mac Murty (1891) déclare que la perforation du cæcum n'existe pas une fois sur 200 cas qu'on aurait autrefois désignés sous le nom de typhlite.

Et Broca reflète bien l'opinion de la presque totalité des chirurgiens quand il écrit, en 1914 :

« Faut-il établir un diagnostic différentiel entre l'appendicite et la typhlite? Je pense, comme Jalaguier, qu'il n'en est rien et que l'ancienne pérityphlite n'existe pas. De temps à autre, en opérant à chaud ou à froid, on trouve, sur le cæcum, des lésions de quelque importance, et quelquefois il est, dans un abcès, le siège d'une perforation qui se termine par un anus contre nature ; mais, dans les cas que j'ai observés, il y avait toujours atteinte concomitante et prédominante de l'appendice. »

La plupart des auteurs nient donc l'hypothèse de la typhite et, avec Gaillard notamment, *considèrent qu'il faut retrancher de la nosologie la notion de cæcite ou de typhlite.*

Quelques auteurs pensaient, cependant, qu'on était allé bien vite en besogne et que l'idée de typhlite, considérablement réduite, méritait cependant d'être conservée.

Courtois-Suffit écrivait : « *La typhlite vraie existe, et l'on peut affirmer qu'elle n'est pas extrêmement rare. Son existence est démontrée par des observations cliniques et anatomiques indiscutables*, et *il est impossible de ne pas lui conserver sa place à côté de l'appendicite, dans une étude d'ensemble des phlegmasies cæcales. Il faut seulement en réduire le cadre à des proportions plus étroites!* »

Bourget (de Lausanne), en 1904 (*Typhlite, appendicite et pérityphlite* et le *Traitement médical des inflammations du cæcum*), écrit : *La chirurgie s'est emparée de la pérityphlite, et a la prétention de la guérir par la méthode la plus rapide, la médecine interne ayant été jugée incapable d'avoir, en pareil cas, une action utile.*

Bérard et Vignard, après avoir reproduit la définition de Kelly (1), ajoutent :

« Sous cette forme démonstrative et irréfutable, la typhlite vraiment primitive compte au nombre des maladies rares, car il ne faut pas confondre avec elle l'inflammation de l'appendice aboutissant, par continuité ou contiguïté de tissu, à la perforation du cæcum en dehors ou en dedans. »

Rappelons que, d'ailleurs, dès 1880, à l'aurore même du triomphe de l'appendicite, Matterstock écrivait :

« On s'est, de plus en plus, éloigné de l'idée que le cæcum jouait le principal rôle dans la genèse de la maladie. Après l'avoir presque totalement oublié, on tend aujourd'hui à restituer au cæcum, au moins une petite part de l'attention qu'avait accaparée l'appendicite. »

Et n'oublions pas que Dieulafoy, avec beaucoup plus de fermeté encore, rappelait catégoriquement à plus d'attention envers la pathologie du cæcum.

Nier catégoriquement la possibilité de la cæcite était une conclusion trop absolue; on ne pouvait, en effet, méconnaître la valeur nettement indicative de certains faits qui montraient la possibilité, rare d'ailleurs, mais réelle cependant, d'une pérityphlite d'origine cæcale.

Parmi ces faits, il y a lieu de mentionner les suivants :

Roux (1890), analysant 47 observations personnelles trouve que, si dans 46 cas il y avait inflammation ou perforation de l'appendice, *une fois, cependant, le cæcum était perforé et l'appendice indemne;* c'était, après d'autres observations, la démonstration d'une typhlite perforante.

Maurin réunissant 136 observations (publiées la plupart à une époque où la typhlite était admise sans conteste), montre que les lésions observées sont les suivantes : Appendice seul intéressé, 94 cas; appendice et cæcum intéressés à la fois, 6 cas. Restent donc 36 cas dans lesquels on ne peut incriminer, avec certitude, la lésion appendiculaire; mais, de ces 36 cas, 20 sont à défalquer puisque, du fait de la guérison, il n'y a pas eu de constatation anatomique précise.

En définitive, les observations réunies par Maurin montraient que, dans 16 cas sur 136 (soit 12 p. 100 des cas) il y avait *possibilité de lésions cæcales pures.*

Mariage (1891) a publié une observation de pérityphlite suppurée d'origine cæco-colique. C'est l'observation d'un enfant de dix ans, soigné pour typhlite stercorale, et qui succomba à une angine diphtérique : les parois du cæcum étaient épaissies, la muqueuse en était rouge, tuméfiée, mais ni

(1) D'après Kelly, *il faut entendre par typhlite une inflammation localisée du cæcum, commençant par la muqueuse et progressant jusqu'à la perforation.*

ulcérée ni perforée; il existait, au pourtour du cæcum, des adhérences qui fixaient les anses grêles, et parmi ces adhérences des petits abcès dont un gros comme une noisette. *L'appendice était libre et tout à fait sain.*

Antérieurement, Duguet (1870) et Cauchoix (1873) avaient signalé des faits analogues.

Il y a donc toute une série de faits qui montrent la possibilité, éventualité extrêmement rare d'ailleurs en comparaison de la pérityphlite appendiculaire, d'une pérityphlite suppurée dont le point de départ serait cæco-colique.

Pour ce qui est des *lésions phlegmoneuses de la fosse iliaque droite* et des péritonites qui ont leur point de départ dans cette région, il faut, en mettant de côté les lésions inflammatoires des organes voisins du côlon et de l'appendice (cholécystite, lésions annexielles, lésions de la vésicule séminale) faire une place aux lésions cæco-coliques.

Avant d'entreprendre l'étude de ces lésions, il nous faut étudier le mécanisme pathologique qui aboutit à la production des inflammations et des suppurations du péritoine péricæcal.

Mécanisme de production de la pérityphlite. — Clado (1892) attribuait la pérityphlite à une PÉRIADÉNITE DES GANGLIONS ILÉO-CÆCAUX, mais de nombreux travaux ont affirmé, chaque jour davantage, que les réactions de contiguïté à l'altération de l'appendice et à sa perforation sont le plus souvent seules en cause.

Renvers indique notamment que sur 586 autopsies dans lesquelles, il y avait lésion appendiculaire, la perforation de l'appendice existait dans 497 cas.

L'étude histologique des appendices réséqués montre que, dans les cas où existent des lésions péritonéales graves d'origine appendiculaire (péritonite aiguë limitée ou diffuse), il existe aussi des altérations profondes des parois de l'appendice (ulcération avec infiltration des tuniques, sphacèle, perforation totale, abcès pariétal), et que le siège de la réaction de la séreuse répond anatomiquement à la topographie des lésions sur les parois de l'appendice.

Au cours des interventions, on note, d'ailleurs, l'étroite concordance de contiguïté entre le siège des abcès péritonéaux et les lésions de l'appendice; la longueur, la forme, et la situation topographique de l'appendice étant variables, on voit, suivant la position, des lésions appendiculaires par rapport aux autres organes de la cavité péritonéale, le siège de l'abcès appendiculaire se localiser à l'une ou l'autre de ces régions de l'abdomen. Une lésion de la pointe de l'appendice, dans le cas d'un long appendice prolabé dans le petit bassin, détermine la production d'un abcès pelvien; l'abcès péritonéal sera, au contraire, précæcal, latéro-cæcal droit ou gauche, ou même ombilical et iliaque gauche, suivant que l'appendice occupe ces diverses régions.

Si la pérityphlite suppurée d'origine appendiculaire était, comme le pensait Clado, une variété d'adéno-phlegmon abdominal, le siège de l'abcès péritonéal serait toujours le même quelles que soient les variations dans la forme et la situation de l'appendice; or il n'en est pas ainsi, ce qui infirme la théorie de Clado.

Il n'est pas nécessaire, cependant, qu'il y ait perforation de la paroi appendiculaire pour que se produise l'abcès péritonéal, il est des cas dans lesquels on constate l'existence d'un phlegmon iliaque droit sans perforation de l'appendice, mais seulement altération deses tuniques.

Une série d'expériences (1) démontrent d'ailleurs la possibilité du passage des microbes au travers des parois de l'intestin en dehors de toute perforation des tuniques intestinales. On voit, en effet, que des microbes introduits expérimentalement dans l'intestin sont ramassés par le grand épiploon à l'intérieur duquel on les retrouve et, dans les cas où l'épiploon est préalablement réséqué, ils déterminent des péritonites localisées ou généralisées.

Revenons maintenant à l'étude analytique des pérityphlites d'origine cæco-colique.

Le travail de Roux (1890), celui de Maurin (1890), les observations de Mariage (1891), de Duguet (1870), de Cauchoix (1873), ne laissent aucun doute, nous l'avons vu, sur l'existence d'une pérityphlite, adhésive ou suppurée, conséquence de lésions cæco-coliques; parmi ces pérityphlites, il en est qui sont la conséquence d'une perforation du cæcum ou du colon ascendant et d'autres qui s'observent sans perforation concomittante; l'un et l'autre groupe de faits mérite d'être étudié.

La perforation aiguë du cæcum et du côlon ascendant. — Parmi les perforations cæco-coliques il en est qui coïncident avec des perforations de l'appendice.

Bazy (*Soc. de chir. de Paris*, 1896), attirait l'attention sur la coexistence d'une perforation de l'appendice et d'une perforation du cæcum. Mlle Gordon (*Thèse de Paris*, 1896) dans un travail inspiré et dirigé par le professeur A. Broca, travail qui contient les 75 observations initiales de ce chirurgien, note un fait analogue. Ces faits, bien que rares, ne sont pas exceptionnels, ils semblaient d'ailleurs être plus fréquents autrefois qu'aujourd'hui.

Qu'il existe, à côté de la perforation de l'appendice, des cas de perforation spontanée du cæcum, nul doute à cet égard, mais quels sont les rapports qui lient l'une à l'autre ces lésions, coexistantes ou non, du cæcum et de l'appendice; sont-elles deux manifestations d'un même état, avec détermination à la fois sur le cæcum et sur l'appendice, sont-elles deux processus différents, ou bien la perforation cæcale est-elle la conséquence de l'appendicite et de la pérityphlite qui en résulte? Certains auteurs, Gailliard notamment, l'ont soutenu à d'autres propos, et pensent que les lésions cæcales (perforation notamment), sont toujours secondaires aux lésions appendiculaires et constituent souvent la voie par laquelle le pus se fait un chemin vers l'extérieur.

Kelly admet dans le cas de lésions appendiculaires l'envahissement cæcal, par continuité ou contiguïté, comme étant l'éventualité la plus fréquente et il ajoute : « En effet les chirurgiens savent qu'en présence d'un appendice adhérent au cæcum, il faut penser à la possibilité d'un envahissement de celui-ci et redouter une perforation secondaire. »

Mais Kelly admet également la coexistence, avec indépendance apparente, d'une perforation cæcale et d'une perforation appendiculaire.

Enfin, dans le cas de coexistence de lésions de l'appendice, du cæcum et même du côlon, les lésions de la paroi intestinale peuvent être plus avancées

(1) Voir pour l'exposé de ces faits : A. C. GUILLAUME. Les côlons et le péritoine. *Revue de méd. et de pharm.*, Bruxelles, n° 7, 1920-1921.

ou continuer d'évoluer même après ablation de l'appendice.

Lop (1906) et Broca (1908) ont signalé des faits de ce genre; dans l'observation de Broca les lésions étaient éloignées de l'appendice, l'une sur l'iléon, l'autre sur le côlon ascendant, de telle sorte qu'il semble bien qu'ici l'infection ait frappé à la fois l'appendice et plusieurs points du tractus intestinal. Elle a continué d'évoluer au niveau de ces derniers et a été arrêtée dans son extension sur l'appendice par la résection de celui-ci.

Dans l'observation de Lop la lésion cæcale, éloignée de l'appendice, semblait absolument indépendante de l'état appendiculaire et beaucoup plus considérable comme importance que la lésion de l'appendice.

Bérard et Vignard disent que 3 fois au moins (sur 700 cas environ observés et suivis, dont 2/3 chez des enfants), ils ont vu, après une opération pour appendicite avec gros abcès, apparaître sur le cæcum, dans la semaine qui suivit l'intervention, et indépendamment de tout contact avec le drain ou une mèche, des plaques jaunâtres, comme gangréneuses, qui firent trou. Une tentative de suture immédiate montra la paroi du cæcum si infiltrée et si friable qu'elle se déchirait ou s'effritait au passage de l'aiguille, passée même très loin des bords de la perforation et en des points sains en apparence cependant.

J'ai pour ma part observé un cas analogue, chez l'adulte, cas dans lequel il y a eu constatation nécropsique.

Enfin Ropke (1909), apporte quatre observations qui montrent l'existence d'une typhlite aiguë mais sans éliminer la part de l'appendicite.

A côté de ces cas dans lesquels des lésions appendiculaires et coliques coexistent, il en est d'autres dans lesquels la lésion colique existe seule.

Kelly cite une observation de Jourdan (*Arch. f. klin. chir.*, t. I), dans laquelle, lors d'une intervention pour appendicite aiguë avec plastron, opérée après refroidissement de six semaines, on trouva une zone d'infiltration de la paroi antérieure du cæcum avec ulcération de la muqueuse; l'appendice était sain, libre, et intact. L'examen histologique de la pièce réséquée montra qu'il s'agissait d'une infiltration de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Murphy, cité par Kelly, apporte une observation encore plus démonstrative : la constatation, lors d'une intervention avec diagnostic de perforation de l'appendice, de deux perforations gangréneuses du cæcum; l'appendice était sain.

Quénu et Cavasse (1900) ont signalé un cas analogue qu'ils décrivent sous le nom de *para-appendicite*; il y avait perforation cæcale, appendice sain, mais salpingite droite suppurée; l'histoire de la maladie permettait de penser cependant que la lésion cæcale était antérieure à la salpingite.

Belgopolov (cité dans la *Semaine médicale* 1911), apporte l'observation nécropsique d'un cas de péri-typhlite et de péricolite suppurée avec taches d'aspect gangréneux sur la muqueuse colotyphlique, mais intégrité absolue de l'appendice.

Gigon (1900) apporte une observation analogue.

Mario Fasano (1912) apporte plusieurs observations de *typhlite primitive, ulcéreuse, perforante*, avec intégrité complète de l'appendice.

Cordès (1909) publie deux observations avec un tableau clinique d'appendicite aiguë, dans lesquelles, l'infiltration d'un segment (nécrose dans un cas), expliquait les troubles présentés, l'appendice étant absolument sain.

Bérard et Vignard publient une observation analogue. Enfin, en 1910, dans sa thèse, Kœppelin (1910) arrive à réunir 28 observations de lésions et d'ulcérations primitives du cæcum; si on retranche de ces observations les 5 cas disparates (état de l'appendice non indiqué, 2 cas; perforation par une épingle, 1 cas; lésion traumatique possible du cæcum, 2 cas), il n'en reste pas moins 23 observations qui ne peuvent recevoir d'autre qualificatif que celui de TYPHLITE AIGUË PRIMITIVE *sans atteinte de l'appendice.*

Ayant toujours à l'esprit l'appendicite, il est certain qu'on ne porte pas au cæcum et au côlon une attention suffisante, et que, dans ces conditions, *la typhlite aiguë primitive* peut être notablement plus fréquente qu'elle semble au premier abord, sans toutefois approcher sensiblement de la fréquence de l'appendicite aiguë.

Comme le disent Bérard et Vignard, *les faits observés donnent donc un démenti catégorique à ceux qui refusent au cæcum toute participation aux inflammations de la fosse iliaque droite...* Il faut même aller plus loin et admettre que, *dans bien des circonstances, l'inflammation cæcale, sans aboutir à des phénomènes de nécrose, de suppuration et de péritonite, n'en existe pas moins : elle reste à un stade que le traitement médical suffit à combattre, de sorte que la preuve anatomique n'en peut être donnée, et que le champ reste libre aux interprétations et aux tendances personnelles de chaque observateur.*

Classification des lésions perforantes du côlon ascendant et du cæcum. — Parmi les lésions perforantes du cæcum et du colon ascendant il y a des états de nature très différente, depuis l'ulcère simple de l'intestin, jusqu'aux ulcérations perforantes qui compliquent des lésions intestinales.

Quénu et Duval (1911) définissaient l'ulcus simplex, comme une lésion appartenant au groupe des lésions ulcéreuses ne relevant de l'action d'aucun microbe spécifique, ni de l'action locale d'aucun agent chimique, et qui ne sont pas secondaires à une lésion initiale (ulcération au-dessus d'un rétrécissement, ulcérations de tumeurs, etc.).

En réalité il est malaisé, parmi ces différentes variétés de perforations du gros intestin, de marquer des limites entre les différents types de lésions. Comme le fait remarquer Patel à propos de sigmoïdites aiguës perforantes (1907 et 1911), il est possible qu'entre la sigmoïdite et l'ulcère, entre l'ulcère et l'inflammation simple, il y ait tous les intermédiaires; on ne peut donc que signaler leurs points de contact, en discuter l'appellation, et formuler des hypothèses.

R. Soupault, en 1920, dans l'étude qu'il consacre à la perforation de l'ulcère simple colique, se range fort justement à cette opinion de Patel.

L'analyse des faits publiés montre, en effet, avant tout, leur caractère disparate : assigner dès maintenant des limites précises à ces divers types de lésions est donc prématuré, on peut toutefois distinguer parmi les lésions quelques types surtout étiologiques :

1° *Les perforations survenant au cours des états occlusifs;*

2° *Les perforations survenant au cours des colites étendues;*

3° *Les perforations survenant au voisinage immédiat des lésions limitées des parois de l'intestin sans*

occlusion concomittante (tumeurs néoplasiques, lésions tuberculeuses, diverticules);

4° *Les perforations survenant au cours de maladies infectieuses*;

5° *Les perforations survenant sans cause concomittante cliniquement apparente* (ulcère simple de l'intestin, perforations de nature indéterminée).

Il me semble inutile d'étudier en détail les faits relatifs aux variétés suivantes de perforations : 1° celles *qui se produisent au cours des colites étendues* (dysenterie par exemple); 2° celles *qui se produisent au voisinage immédiat des lésions limitées de l'intestin sans occlusion concomittante*, par exemple celles qui accompagnent des lésions néoplasiques ou tuberculeuses; non pas que ces perforations, et la péritonite qui leur est consécutive, ne puissent pas donner le change avec des perforations appendiculaires, mais parce que leur mécanisme de production ne présente pas, du point de vue qui nous occupe, d'intérêt particulier.

Nous étudierons par contre les autres variétés de perforations.

Les perforations au cours des états d'occlusion intestinale. — On ne peut s'empêcher de rapprocher les faits de perforation cæco-colique de ceux relatifs aux perforations spontanées ou aux gangrèues que l'on observe au cours des occlusions intestinales en un point de l'intestin très éloigné du siège de l'occlusion, et sur le cæcum tout particulièrement.

J'ai, pour ma part, observé un cas de *perforation par gangrène du cæcum et du côlon ascendant au cours d'une occlusion par cancer de l'anse sigmoïde*. J'ai déjà publié cette observation dans mon travail sur les *occlusions de l'intestin* (1).

Baron (1836), Maleyx (1912), Mondor (1915), citent des observations analogues. Rénon et Blamoutier (1921), ont, de leur côté, publié une observation de gangrène perforante du grêle qui s'était manifestée plusieurs jours après une opération dirigée contre une occlusion du gros intestin et qui avait pallié aux effets de cette occlusion.

Si la perforation et la gangrène à distance, au cours de l'occlusion, n'est pas un fait fréquemment observé, il est par contre très fréquent de constater, au cours des laparotomies, pour occlusion, sur le grêle ou sur le gros intestin, à distance du siège de l'occlusion, des plaques noirâtres qui font penser à l'existence d'un processus de sphacèle en cours d'évolution. Ces plaques siègent sur les anses distendues par les liquides et les gaz contenus dans l'intestin occlus. On constate de même que ces anses saignent facilement et qu'un piqueté hémorragique de sang noir apparaît au voisinage des plaques noirâtres quand on passe, même délicatement, une compresse sur ces anses.

J'ai fait l'étude anatomique systématique de ces lésions et fait les constatations suivantes qui, semble-t-il, ont un caractère absolument démonstratif.

L'examen macroscopique des zones d'intestin ainsi lésé montre que la plaque noirâtre va de la muqueuse à la séreuse (elle est d'ailleurs macroscopiquement visible sur la face muqueuse comme sur la face séreuse de l'intestin).

Les lésions microscopiques constatées sont les suivantes :

Dans les endroits où, macroscopiquement, on note la présence de plaques noirâtres, on voit, sur les coupes examinées au microscope, l'existence de désordres anatomiques importants'; les tuniques sont plus épaisses, la musculeuse en particulier, et, dans celle-ci comme dans la sous-muqueuse, on observe de GROSSES LÉSIONS VASCULAIRES ET PÉRIVASCULAIRES, les vaisseaux sont oblitérés, les globules rouges font issue dans les tissus voisins qu'ils infiltrent, au pourtour des vaisseaux, des tissus sont désorganisés, leurs cellules perdant leurs caractères anatomiques; C'EST UNE VÉRITABLE ZONE DE NÉCROSE INFARCTOÏDE. La plaque infarcie va de la muqueuse à la séreuse et, en ce point, par retentissement, ces deux couches sont légèrement lésées sur certaines coupes, mais il apparaît que la muqueuse n'est pas atteinte primitivement et, en tous cas, *que les lésions n'ont pas leur point de départ dans la muqueuse*.

En somme il s'agit D'UNE INFILTRATION HÉMORRAGIQUE DE LA MUSCULEUSE ET DE LA SOUS-MUQUEUSE AVEC DÉSINTÉGRATION CELLULAIRE DE CES TISSUS, LÉSION QUI A SON POINT DE DÉPART DANS UNE ALTÉRATION PRIMITIVE DES VAISSEAUX DES PAROIS INTESTINALES AVEC POUR CONSÉQUENCE L'OBLITÉRATION DE CES VAISSEAUX.

L'examen d'une série de coupes faites en des points divers de l'intestin montre l'intégrité de la grande majorité des vaisseaux des zones où n'existe pas de nécrose, de-ci de-là, cependant, un vaisseau est altéré et semble en voie d'oblitération. La sous-muqueuse est dans l'ensemble, infiltrée d'œdème, nulle part la muqueuse n'est sérieusement altérée. Dans le mésentère les vaisseaux sont indemnes.

Tout porte à penser qu'il s'agit donc des lésions vasculaires très localisées aux petits vaisseaux intra-pariétaux de l'intestin, lésions qui peuvent être attribuées, semble-t-il, à des phénomènes toxiques ou infectieux et qui ont pour conséquence la constitution d'une nécrose limitée des tuniques intestinales, nécrose qui, évoluant, est fort capable d'aboutir à la perforation de l'intestin où, par infection et extension des lésions, au sphacèle des tuniques.

Ce qui apparaît nettement en tous cas à la lumière de ces observations, c'est QUE LA LÉSION N'EST PAS A POINT DE DÉPART MUQUEUX MAIS BIEN LA CONSÉQUENCE D'UNE LÉSION PRIMITIVEMENT VASCULAIRE ET DES TROUBLES CIRCULATOIRES QUI EN RÉSULTENT.

C'est là une conclusion qu'il importe de retenir, car elle démontre, prise en flagrant délit, la pathogénie vasculaire de ces lésions.

On est en droit de penser devant ces constatations que la stase occlusive amène la production de lésions vasculaires qui, à leur tour, produisent des lésions de sphacèle capables d'évoluer progressivement même lorsque la stase occlusive est supprimée.

Le mécanisme de ces sphacèles et de ces perforations à distance au cours de l'occlusion peut-il être rapproché du mécanisme et de la genèse des lésions analogues observées en dehors de toute occlusion, et peut-on, dans ces conditions, être tenté d'attribuer à la stase droite les cas de perforation spontanée typhlo-coliques? Il serait abusif dans l'état actuel de nos connaissances sur les faits de cette nature, de faire un tel rapprochement, mais il est tout au moins curieux de constater que de toutes les perforations et gangrène à distance au cours de l'occlusion, celles du cæcum sont de beaucoup les plus fréquentes.

La perforation est en effet *presque toujours cæcale ou colique ascendante*. Heschl (1880) avait déjà insisté sur ce fait; il est évident, quand on analyse

(1) A. C. GUILLAUME. *Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin*, 1 vol. Masson. Paris, 1922, page 11.

les observations, que, presque toujours également, il s'agit, dans ces cas, d'une occlusion portant sur l'intestin terminal; l'examen de l'intestin montre, aussi dans ces cas, que la muqueuse est souvent ulcérée dans tout le segment d'intestin situé en amont de l'occlusion, mais que les lésions de la muqueuse (les ulcérations ont un *développement particulièrement important dans la partie cæco-colique ascendante, dans le segment proximal de l'intestin;* parfois ces ulcérations n'évoluent pas jusqu'à la perforation et se traduisent cliniquement par des hémorragies intestinales abondantes (1).

Dans quelques cas cependant on ne trouve ni lésions étendues du côlon, ni lésions étendues du côlon proximal, la perforation est limitée, localisée, et l'examen des tissus semble bien montrer qu'il s'agit d'un véritable éclatement en un point de l'intestin; c'est la PERFORATION DIASTATIQUE qu'on attribue à l'accumulation des matières et des gaz. Laennec, Heschl, ont étudié cette variété de perforation, Gandy et Bufnoir (1899) en ont apporté une belle observation, de même Luys (1899). Bien que l'on comprenne mal le mécanisme de ces perforations dites diastatiques, et que l'on soit peu tenté d'admettre que la simple distension, sans altération préalable des tuniques, soit à même de rompre une paroi intestinale en produisant à son niveau une perforation circulaire ou elliptique, on est, à l'heure actuelle, dans l'impossibilité d'expliquer ce fait sinon par l'existence préalable d'une plaque de sphacèle très limitée, elle-même consécutive à une altération circulatoire. Sur cette zone de sphacèle et de désintégration locale des tuniques, la distension mécanique agirait. C'est la seule explication plausible quand on voit les pressions qu'il est nécessaire d'exercer pour amener l'éclatement de l'intestin et que, dans ces cas de rupture exérimentale, la rupture ne prend pas le type d'une perforation, mais celle d'une déchirure (2).

Quoi qu'il en soit, et même en laissant de côté ces perforations dites diastatiques du côlon proximal, pour ne retenir que les faits relatifs aux perforations qui se produisent sur des tuniques altérées, on groupe un bon nombre de faits parmi lesquels l'influence de la stase stercorale occlusive apparaît évidente. Il y a lieu de rapprocher ces faits de ceux qui sont relatifs aux altérations pariétales et aux altérations vasculaires de l'intestin dans les cas d'iléus d'obturation.

Albarran et Caussade ont montré, par ligature expérimentale de la portion terminale de l'intestin grêle, qu'il se produisait des lésions étendues (*allant parfois jusqu'au duodénum*), de la muqueuse de l'intestin. Ces lésions sont retrouvées dans certains cas en pathologie humaine. Loeper et Ficaï (1907), ont insisté sur ces lésions ulcératives à distance; Kocher, Reichel, ont montré que la distension gazeuse d'une anse intestinale dans le cas de l'occlusion, entraîne la production de troubles circulatoires; les travaux de Zuntz et Tacke, ceux de Enderlen et Hotz, les faits relatifs à la perméabilité des parois des anses occluses aux produits du contenu intestinal (1) démontrent indirectement l'altération de la circulation en amont du siège d'une occlusion de l'intestin.

Tous ces faits concordent pour montrer que la stase stercorale occlusive est à même de déterminer la production, à proximité ou à distance, de lésions des parois de l'intestin qui aboutissent à la désintégration tissulaire, au sphacèle et à la perforation des tuniques avec toutes leurs conséquences.

La diverticulité perforante du cæcum. — Cooke (1922) a récemment publié une observation de tout premier intérêt.

Un homme de cinquante-trois ans, médecin, avait été pris, quelques jours auparavant, de douleurs violentes et croissantes dans la fosse iliaque droite; il avait éprouvé des crises semblables, mais plus légères et moins pénibles, pendant les toutes dernières années. La température était légèrement élevée à 38 degrés, le pouls à 95; la palpation révélait une défense marquée du grand droit du côté droit, et une hyperesthésie au voisinage de la région de Mac Burney.

Une masse nettement délimitable, de consistance ferme, pouvait être facilement perçue dans cette région. Il y avait une leucocytose de 22.500, avec 93 p. 100 de polynucléaires. Le diagnostic d'appendicite aiguë et la nécessité d'une opération immédiate étaient également évidents; le patient fut envoyé à l'hôpital.

La masse fut libérée avec facilité et se révéla être un cæcum fortement augmenté de volume avec une tumeur distincte, grosse comme un poing de volume moyen, et occupant la totalité de l'espace compris entre l'origine de l'appendice et la jonction iléo-cæcale; l'appendice n'était en aucune façon intéressé. Ces lésions pathologiques se limitaient d'une façon nette à la tumeur qui présentait de nombreuses zones de nécrose, l'une d'elle s'étendant jusqu'à l'iléon à sa jonction avec le cæcum. Il devint bientôt évident qu'une résection cæcale devait être entreprise; celle-ci fut exécutée et complétée par une anastomose bout à bout de l'iléon au côlon ascendant.

La tumeur fut reconnue être un diverticule du cæcum contenant un fecalome rond, dur, de 2 centimètres de diamètre environ, contenu dans une poche recouverte de muqueuse et ayant plus de 2cm5 de long à partir de la lumière intestinale.

Des observations analogues ont été publiées et qui montrent la réalité de processus perforants dus à des fécalomes contenus dans des diverticules de l'intestin (du cæcum ou d'autres régions, l'anse sigmoïde particulièrement, du gros intestin). On a de même autrefois fait état de telles observations pour soutenir le rôle pathogène des coprolithes et des corps étrangers intestinaux dans la détermination de la gangrène et de la perforation appendiculaire.

La perforation de l'ulcère de l'intestin. — En 1830 Cruveilhier signalait l'existence, sur les intestins, d'ulcères analogues à ceux de l'estomac; les conclusions qu'il formulait quant à l'ulcère gastrique « s'appliquaient parfaitement aux intestins grêles et gros », disait-il.

Claus (1855), Lebert (1861), Combes en 1897, Gandy en 1899, Quénu et Duval en 1902, Tickler en 1910, Lejars en 1911, Rotgans en 1920, enfin Soupault, en 1920 également, ont fait des études très complètes de l'ulcère des côlons. Une série d'observations ont été publiées depuis, notamment

(1) Dans la plupart des observations on voit en effet que la perforation résulte de lésions étendues du côlon; dans le cas que j'ai opéré le sphacèle comprenait le cæcum et une bonne partie du côlon ascendant.

Dans l'observation III (Mallozel) de la thèse de Maleyx, le processus ulcératif s'étendait à la presque totalité du cæcum et trois perforations s'étaient produites, les parois coliques étaient altérées, de même dans l'observation V (Schwob).

(2) De même, dans les cas de rupture recto-sigmoïdienne par insufflation, il y avait déchirure et non perforation circulaire.

(1) Voir p. 242, 243 et 244, du volume. *Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin.* Masson, Paris.

à la Société de chirurgie, par Bazy, Grégoire, Sieur, Delbet, Lardennois (1920), par Le Basser (1921), Chabrut (1923) et à l'étranger par Lyle (1912), par Schœmaker, etc.

Dans les cas dits d'ulcère simple du gros intestin, et après élimination de tous les cas qui ne peuvent manifestement pas, de près ou de loin, entrer dans cette catégorie de faits pathologiques, on doit tenir compte du facteur coprostase. La constipation est signalée dans un bon nombre des observations publiées, si bien que l'on doit considérer le pourcentage de faits de constipation comme supérieur à la fréquence moyenne de la constipation (en tenant compte du sexe et de l'âge). Il est vrai que dans la plupart des observations aucune précision n'est donnée quant au type de constipation présenté par les malades, on ignore notamment s'il s'agissait de constipation basse (sigmoïdo-rectale) ou de constipation haute (constipation proximale).

Certains auteurs ont cependant formulée une théorie de l'ulcère du gros intestin, véritable théorie mécanique, qui attribue l'ulcération à la pression et au traumatisme de la muqueuse par des matières accumulées et indurées, véritables fécalomes); Nothspergel appelait ces ulcères, *ulcère de décubitus* et Rotgans, comme Ebner se rangent à cette opinion. On a de même incriminée (Bamberger, Mac Crury) les traumatismes produits par des corps étrangers intra-intestinaux (débris durs de fruits), calculs intestinaux (stercoraux ou non), et les helminthes. Kocher, Bittorf, Rosenheim ont formulé des théories assez différentes, bien que voisines cependant, des précédentes; Kocher admet que la distension des parois, sous l'influence de l'accumulation des matières et des mouvements péristaltiques, aboutit à la production de petites déchirures, de fissurations, qui se transforment ensuite en ulcérations; les troubles circulatoires, la stase veineuse qui sont la conséquence de cette distension déterminant des troubles de nutrition cellulaire qui produisent une nécrose de la muqueuse. Rosenheim, Bittorf, admettent que la stase stercorale, les putréfactions et l'exaltation de virulence des germes qui en sont la conséquence. aboutissent à des processus d'inflammation chronique avec troubles de la nutrition pariétale et ulcération consécutive.

En somme, théories assez voisines les unes des autres, dans lesquelles on voit, successivement, avec une importance différente, intervenir soit des phénomènes mécaniques, soit des phénomènes infectieux, qui aboutissent, les uns comme les autres, par l'intermédiaire de la nutrition cellulaire, aux altérations des tuniques.

Shimodaïka.-Vosaï a cherché dans l'expérimentation la confirmation de ces théories; ses expériences montrent qu'une distension prononcée détermine un arrêt de la circulation artérielle puis une gangrène anémique de la paroi de l'intestin; une distension modérée entraîne une forte hyperémie suivie également d'une gangrène. La nécrose serait donc une conséquence de la stase et le fait d'un trouble circulatoire, l'influence des bactéries et des toxines serait (dans ces expériences) nulle (1).

La théorie circulatoire invoquée par Hayem (oblitération vasculaire) avait été défendue également par Habersohn (1857), Cohn (1860), Oppolzer (1862), Virchow (1862), Labbé (1867), qui accusaient l'athérome et la thrombose des branches mésentériques. Plus récemment Cheyron-Lagrèze (1881), Martin (1881), Mouisset (1900), Lagane (1911), pour ne citer que quelques-uns de ceux qui ont étudié cette question, ont montré le rôle des lésions artério-scléreuses et des artérites intestinales dans la production des ulcérations de l'intestin (1).

Certains auteurs, Acland (1884), notamment, ont incriminé l'action des nerfs viscéraux.

Enfin une théorie toxi-infectieuse a été défendue, en marge des nombreux travaux relatifs aux ulcérations du tube digestif dans les états infectieux, par Letulle (1888), Combes (1897), Gandy (1899), et d'autres encore.

Gandy admet que la *toxémie, d'origine infectieuse ou autre, entraîne une nécrose hémorragique aiguë par voie vasculaire sanguine* (types anatomiques : infarctus hémorragique, escarre, érosion hémorragique, exulcération de la muqueuse, enfin ulcération profonde à fond encore hémorragique ou escarrifié), *avec ulcérations à caractère térébrant.*

Combes admet que la *toxi-infection détermine à la longue des lésions vasculaires qui, à leur tour, entraînent la production d'ulcérations.*

On en revient ainsi à une conception très voisine de celle de Lagane, à des faits qui entrent dans le cadre des constatations faites à propos de l'artério-sclérose intestinale (2) et des conceptions de Teissier (1912), d'Hasenfeld, de Tedeschi, de von Schrotter. Il apparaît en effet qu'il existe un rapport direct et local entre les phénomènes toxiques et infectieux d'un viscère et l'artério-sclérose de ses vaisseaux. Comme le dit Teissier : *Le degré d'affinité de tel ou tel viscère pour un poison, explique la prédominance de l'artério-sclérose dans tel ou tel département vasculaire; vaisseaux mésentériques chez certains enteritiques, alcooliques ou goutteux.*

R. Soupault (1920) émet l'hypothèse d'une inoculation septique directe de la muqueuse dans les zones de stase et d'exaltation de virulence des micro-organismes du contenu intestinal, l'extension et la perforation étant rendues plus facile « dans des tissus mal nourris et plus vulnérable », selon l'expression de Combes. C'est dans ces conditions de moindre résistance des parois intestinales que, selon Bittorf, le spasme et l'accumulation stercorale détermineraient des accidents véritablement *explosifs* et l'on voit en effet la perforation se produire souvent à l'occasion d'un choc, d'un effort abdominal, d'une distension ou d'une exagération du péristaltisme intestinal (purge ou lavement).

Quelques faits sont cependant à souligner.

Des 27 cas de perforation réunis par Soupault, 17 siégeaient sur le segment proximal (cæcum 7 cas, côlon ascendant 9 cas, angle sous-hépatique 1 cas), du gros intestin; 5 siégeaient sur le segment intermédiaire (transverse 0 cas, angle splénique 3 cas, descendant 2 cas); 5 siégeaient sur le segment distal (anse sigmoïde); il faut ajouter à ces observations 3 autres qui, par suite de leur siège rectal, sont éliminées par Soupault de son travail consacré à l'ulcère des côlons.

Le côlon proximal est donc atteint dans 56,6 p. 100

(1) Il faut comparer ces conclusions de Shimodaïka-Vosaï aux constatations, relatées précédemment, que j'ai faites sur des coupes d'intestin en occlusion.

(1) Voir pour plus de détails A.-C. Guillaume. *Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin (l'iléus vasculaire mésentérique et les troubles de l'irrigation intestinale*, p. 99 à 129). Masson. Paris 1922.

(2) Voir A.-C. Guillaume. *Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin*, p. 116 à 119.

des cas; le côlon intermédiaire dans 16,6 p. 100 des cas; le côlon distal dans 26,6 p. 100 des cas.

Il semble donc que les zones de stase (physiologique ou pathologique) du côlon distal et du côlon proximal soient, plus fréquemment que la zone de transit du segment intermédiaire, atteintes par le processus ulcératif. Cette fréquence apparaît encore plus considérable si l'on calcule la fréquence de l'ulcère par centimètre d'intestin dans chacun de ces segments; le coefficient de fréquence est alors le suivant : *côlon proximal* (21 cent.), 2,7; *côlon intermédiaire* (80 cent.), 0,20; *côlon distal* (50 cent.), 0,53. On voit par ces chiffres que dans le segment proximal la fréquence de l'ulcère est 5 fois plus élevée que dans le segment distal, et 14 fois plus élevée que dans le segment intermédiaire; la fréquence dans le segment distal étant de 2,5 à 3 fois plus élevée que dans le segment intermédiaire.

Rapprochant ces faits de ce que nous savons de la physiologie et de la pathologie de l'intestin, nous voyons que la zone dans laquelle stagnent des matières liquides et très infectées (segment proximal), est de beaucoup la plus frappée, que la zone la plus lésée est ensuite celle où stagnent des matières solides ou pâteuses moins infectées et dont l'absorption des produits toxiques est plus difficile; enfin, que dans la zone de transit où la stase est réduite au maximum, la fréquence des lésions est, elle aussi, réduite au maximum.

Ces constatations soulignent l'importance de la TOXI-INFECTION INTESTINALE dans la genèse de ces ulcères perforants (1).

La typhlite aiguë perforante. — De l'exposé des faits précédents, il résulte que la stase stercorale est étroitement associée à ces faits de perforation cœco-colique et qu'il n'est pas exagéré, dans nombre de cas, de parler à leur propos de typhlite aiguë.

Quel est le mécanisme de ces typhlites aiguës.

Gigou (1900) admet que l'infection surajoutée à une typhlite stercorale simple est à l'origine de ces états.

Le cæcum est le premier organe touché, mais la participation secondaire de l'appendice domine ultérieurement la scène et dérive l'attention entièrement sur elle et à son profit.

Cordero (1912) admet que, dans la typhlite primitive aiguë, il y a infection, et que cette infection se fait soit par voie sanguine, soit par voie muqueuse, l'infection serait d'ailleurs favorisée par les conditions locales circulatoires, la distension et la torsion du cæcum.

Enfin Mériel, dans une étude sur l'appendicite sénile, insiste sur la disparition fréquente des follicules lymphoïdes dans l'appendice des vieillards et leur conservation dans le cæcum. Comparant la fréquence de cette disparition avec la fréquence des états périthyphliques chez le vieillard, Mériel en conclut que ces états sont le plus souvent de véritables typhlites.

Quels sont les rapports de cette typhlite aiguë avec la stase droite? Il est dans les conditions actuelles impossible de le dire, les observations publiées ne donnant pas sur ce point d'indications suffisantes. Il est à noter cependant que la proportion de femmes est dans la typhlite aiguë plus importante que dans l'appendicite aiguë.

Mazeran (1860) admet les rapports étroits qui relient l'une à l'autre la *stase cæcale simple* et la *stase inflammatoire*; Funka (1911) apporte une observation qui montre, dans un diverticule formé aux dépens de la paroi antérieure du cæcum, la présence de scybales ayant déterminé une réaction inflammatoire de typhlite.

De quelque manière que l'on envisage le problème de ces inflammations, de ces perforations du cæcum et du côlon ascendant, et des lésions péritonéales qui en sont la conséquence, on voit donc que la stase des matières stercorales est à même d'intervenir pour déterminer leur production et que la *typhlite stercorale*, avec pour conséquence possible la perforation, est une affection avec laquelle il y a lieu de tenir compte dans la genèse des pérityphlites et une complication possible des typhlites stasiques. A côté de ces complications graves des typhlites stasiques, il en est de bénignes qui se traduisent cliniquement par les signes d'une réaction inflammatoire péricolotyphlique, elles sont couramment confondues d'ailleurs avec l'appendicite, bien qu'il soit possible de distinguer l'une de l'autre ces deux affections.

L'étude de ces réactions inflammatoires subaiguës bénignes péricolotyphliques trouvera sa place dans une étude consacrée aux pérityphlites et péricolites subaiguës et chroniques.

Dans le cadre de la pérityphlite et des péritonites dont le point de départ est dans les organes contenus dans la fosse iliaque droite, lésions qui ont été bien décrites à propos de l'appendicite, il y a donc lieu de faire une part, minime d'ailleurs, aux altérations du côlon droit (cæcum et côlon ascendant); *ces altérations sont parfaitement capables de déterminer, tout comme l'appendicite, toute la gamme des péritonites, depuis la péritonite généralisée aiguë, jusqu'à la réaction péritonéale, suppurative ou adhésive, localisée au voisinage du cæcum.*

(1) Dans mon travail les *occlusions intestinales aiguës et subaiguës*, p. 70, j'ai montré que la stase a la même influence sur le développement du cancer de l'intestin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1923)

L'énergie nerveuse motrice du cœur et la nature de la contraction du myocarde. — M. J. ATHANASIU.

Antagonisme des radiations. Conséquences physiologiques et thérapeutiques. — MM. Charles BENOIST et André HELBRONNER, se basant sur l'antagonisme connu des rayons ultraviolets et de l'infrarouge en physiologie, ont recherché si l'infrarouge ne serait pas agent antagoniste des rayons X et des radiodermites. Les auteurs ont constaté qu'aucun des nombreux malades traités par irradiations, même prolongées, avec irradiation infrarouge subséquente, n'a présenté d'accidents; l'irradiation infrarouge doit être lancée en faisceau rasant, c'est-à-dire parallèlement à la peau et perpendiculairement à la direction des rayons X, pour n'intéresser que les tissus superficiels sans toucher à l'effet profond des rayons X. Les cas de radiodermites, dus aux rayons X traités dès leur début, ont été guéris; les cas plus anciens, considérablement améliorés.

L'infrarouge est donc un agent prophylactique des radiodermites pour l'opérateur et le patient; c'est également un agent de guérison de grande valeur, mais dont l'efficacité devient moins absolue, lorsque l'emprise irritative a évolué en une lésion organique à modifications cellulaires et vasculaires.

Sur la zoophilie de certains moustiques et son application à la prophylaxie. — M. J. LEGENDRE.

Utilité de la vitamine B et du lévulose dans la cure par l'insuline. — MM. A. DESGREZ, H. BIERRY et F. RATHERY concluent que l'influence passagère de l'insuline chez les diabétiques peut être favorisée et prolongée par un régime équilibré. D'autre part, l'adjonction à ce régime, soit de vitamine B, soit de lévulose, ou du mélange de ces deux corps, permet d'espacer les injections d'insuline et de rendre mieux opérante une même dose de cette substance.

La sérothérapie locale des gastro-entérites infantiles aiguës. — MM. Charles RICHET fils et Jean CÉLICE ont traité, dans le courant de l'été, à l'hôpital Hérold, avec le sérum polyvalent de MM. Leclainche et Vallée, un certain nombre de nourrissons atteints de gastro-entérites aiguës. Ce sérum était appliqué au niveau de la muqueuse gastro-intestinale, soit en le faisant ingérer aux petits malades, soit en l'introduisant dans le gros intestin par voie rectale, à l'aide d'une sonde enfoncée de 15 à 18 centimètres, à la dose quotidienne de 40 centimètres cubes (20 par la bouche, 20 par le rectum). Suivant les cas, cette thérapeutique était légèrement modifiée, et la quantité ingérée, ou le volume donné en lavement augmenté, selon que prédominaient les symptômes de gastro-entérite ou de colite.

Les résultats obtenus dans les gastro-entérites aiguës ont été favorables : sur 9 cas de choléra infantile, 8 guérisons ; sur 2 cas d'entérite dysentériforme, 2 guérisons, et sur 20 cas d'entérite aiguë, 16 guérisons, cela en période estivale.

Dans les gastro-entérites chroniques, ce traitement n'a donné aucun résultat.

L'action du sérum de MM. Leclainche et Vallée paraît relever de la même pathogénie que la sérothérapie faite à l'aide de ce même sérum sur les plaies cutanées ; il ne semble pas déterminer d'immunité, au sens précis du mot, car il ne met pas à l'abri des récidives.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1923)

Le statut des sages-femmes. — M. HERGOTT (de Nancy) rappelle que l'article 2 du rapport de la Commission est ainsi conçu : « L'exercice de la profession de sage-femme doit être contrôlé », le mot de contrôle choque M. Hergott, et s'appuyant sur sa longue expérience d'éducateur de sages-femmes, il émet un certain nombre de considérations qui l'amènent à demander la suppression de cet article 2.

M. PINARD, qui se proposait de prendre la parole sur le même article, se contente de dire qu'il partage absolument l'opinion de M. Hergott.

M. MESUREUR est du même avis et appuie la demande de suppression de l'article 2.

M. BAR, d'un avis contraire, en demande le maintien. Il rappelle que cet article a été adopté par la grande majorité des membres de la Commission et, ensuite, par l'Académie. Aussi ne peut-il dissimuler sa surprise d'entendre ces protestations de la part de MM. Hergott, Mesureur et Pinard. Quels arguments nouveaux a-t-on fait valoir en faveur de cette suppression? Aucun.

M. Bar rappelle les origines de la discussion, la question de l'avortement criminel. Etait-il donc possible de s'en désintéresser. Puis le débat s'est élevé et on est arrivé à discuter les modifications à apporter au statut des sages-femmes.

M. Bar rappelle que, en janvier 1918, M. Mesureur, alors directeur de l'Assistance publique, présidant à la Maternité la distribution des récompenses aux sages-femmes, leur tenait ce langage : « Mesdames, acceptez le contrôle qui est tout à votre avantage puisqu'il permettra de constater que vous remplissez fort bien vos fonctions. »

Les sages-femmes, elles-mêmes consultées, ont répondu en grande majorité : Oui, il faut le contrôle.

M. Bar, étant interne à la Maternité, a vu la maîtresse sage-femme pratiquer toutes les opérations obstétricales, sauf la céphalotripsie. Il rappelle les colères de Tarnier qui, avec Brouardel, finit par obtenir du Parlement la loi de 1892. On se souvient de la révolte des sages-femmes.

L'obstétrique a grandement profité des progrès de la chirurgie. Elle a donc dû être transformée et une grande part est devenue d'ordre purement chirurgical. Et quel progrès dans l'ordre social : La puériculture, l'assistance aux femmes enceintes et l'assistance aux femmes en couches, la surveillance des enfants du premier âge, etc.

M. Bar fait connaître les résultats de l'enquête qu'il a faite en province et à l'étranger, en divers pays, en Amérique, en Angleterre, en Belgique. Il conclut en disant que la France ne doit avoir qu'à se louer de l'institution des sages-femmes. Mais il faut mettre de l'ordre dans la maison et le contrôle des sages-femmes s'impose.

M. Bar a fait aussi une enquête auprès des syndicats médicaux et presque tous, sauf de rares exceptions, lui ont répondu : Il faut maintenir le contrôle.

Dans les pays où ce contrôle n'existe pas on le regrette.

Les sages-femmes elles-mêmes, en grande majorité, préfèrent le contrôle, le regardant comme une garantie pour elles.

M. Bar conclut donc en demandant le maintien du contrôle. C'est un moyen de donner aux sages-femmes des conseils dont elles ont besoin.

M. CAZENEUVE, envisageant la question au point de vue social, est d'avis de conserver le contrôle.

M. Cazeneuve votera donc le principe du contrôle.

M. PINARD se joint à MM. Hergott et Mesureur pour repousser le contrôle. Il fait observer qu'il n'y a pas assez de sages-femmes en France. Ce n'est donc pas le moment de rendre l'accès de cette profession plus difficile encore.

La discussion se poursuit entre MM. Pinard, Bar, Mesureur, Doléris et Guéniot.

En fin de compte M. Bar propose cette formule : L'exercice de la profession de sage-femme doit pouvoir être contrôlé.

M. PINARD se ralliant à cette proposition, on passe au vote et la formule de M. Bar est adoptée.

Action physiologique de l'insuline. — M. DELZENNE, en son nom et au nom de M. Hallion et de Mlle Lebert, fait connaître les résultats d'expériences très nombreuses que les auteurs ont pratiquées sur les animaux.

Cette communication, très importante et très documentée, ne saurait être résumée en quelques mots.

Y a-t-il parmi les aveugles de guerre des cécités curables? — M. BONNEFON (de Bordeaux) a traité un sujet complètement aveugle depuis 1916; il fit l'extraction de la cataracte traumatique et put ainsi lui rendre une acuité visuelle de 3/10.

Sur un chylangiome du mésentère avec volumineux kyste à contenu chyleux. — MM. ABADIE (d'Oran) et ARGAUD (d'Alger). Chez un homme de vingt-deux ans que l'on croyait atteint de tuberculose péritonéale avec ascite, l'opération montre un volumineux kyste chyleux (6 litres) mais surmonté d'une masse spongieuse dont il n'était qu'une partie, masse qui allait se perdre dans la racine du mésentère contre la colonne vertébrale. Il s'agit d'un chylangiome caverneux d'origine congénitale.

Au point de vue histologique, il est intéressant de suivre la transformation de la cellule chyleuse en cellule graisseuse; de plus, dans certaines alvéoles, les blocs graisseux s'organisent et se vascularisent par prolifération de l'endothélium.

L'ablation de la masse, délicate évidemment, mais bien supérieure à la marsupialisation, a donné une guérison prompte.

L'entérocoque en gynécologie. — M. ABADIE. Une série de cinq observations permet les conclusions suivantes :

1° L'entérocoque intervient beaucoup plus fréquemment qu'on ne l'a signalé dans les lésions génitales pelviennes chez la femme; il peut être seul en cause ou se superposer à des infections habituelles.

2° La localisation caractéristique des lésions est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou dans le parenchyme même des organes. Cet aspect des lésions a paru tellement net dans chaque cas que l'examen bactériologique décelant l'entérocoque n'est venu que confirmer le diagnostic microscopique.

3° Ceci cadre avec le mode de propagation par continuité lymphatique ou plutôt par voie sanguine.

4° L'autovaccination a paru de bien minime influence en comparaison de l'efficacité coutumière de l'intervention chirurgicale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE MERCREDI 28 NOVEMBRE 1923

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration, pendant l'année 1924.

1er lot :	*Instrumts en gomme et caoutchouc.*	50 000 f.
2e —	*Id. Id.*	50 000
3e —	*Gants ou doigtiers en caoutchouc.*	100 000
4e —	*Articles de caoutchouc*	80 000
5e —	*Tétines et obturateurs*	50 000
6e —	*Thermomètres*	80 000
7e —	*Articles divers*	12 000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.



FONDS DE FOURNITURES **DENTAIRES** 14, r. de l'Odéon. Adj. 14 nov. 4 h. préc. Et. VIDECOQ, not., 16, r. de Liège. M. à p. NE pouv. ét. baiss., 100.000f. March. en sss pr 100.000f. Cons. 10.000f. S'ad. PLANQUE, synd., 6 r. Savoie, et au not.

LE MERCREDI 28 NOVEMBRE 1923

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1924. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à *150.000 fr.* pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au mercredi 21 novembre inclus.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-62

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Roy, Guilly, Fargin-Fayolle, Vincent, Proust, Frey, Chompret.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Paris pour la nomination à une place de médecin suppléant des hospices civils de Grenoble s'est terminé par la nomination de M. le docteur Régis Amabert.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :
Officier de l'Instruction publique. — M. le médecin-major de 1re classe Spindler.
Officier d'Académie. — M. le docteur Brasseur (de Petit-Quevilly).
(Au titre étranger.) *Officier de l'Instruction publique.* — M. le docteur Aad (de Hammana).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE. (Hôpital de la Pitié. Professeur : M. Cyrille JEANNIN.) — M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons, à la clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 8 novembre, à 11 heures, et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE DIÉTÉTIQUE. (Thérapeutique. Professeur : M. Paul CARNOT.) — En novembre, les vendredis et samedis, à 17 heures, au grand amphithéâtre, Les régimes dans les maladies digestives.

PROGRAMME. — *Vendredi 9 novembre.* — Docteur Jean-Charles Roux : Régimes des dyspeptiques inanitiés.
Samedi 10 novembre. — Docteur Rathery, agrégé : Régimes des gros mangeurs.
Vendredi 16 novembre. — Docteur F. Ramond : Régimes des ulcéreux.
Samedi 17 novembre. — Professeur Paul Carnot : Régimes des ptosiques.
Vendredi 23 novembre. — Docteur Harvier, agrégé : Régimes des constipés et des diarrhéiques.
Samedi 24 novembre. — Docteur Chiray, agrégé : Régimes des lithiasiques biliaires.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital Broca.) — M. J.-L. Faure, professeur, commencera son enseignement clinique le vendredi 9 novembre 1923, à 10 heures du matin.
Les séances opératoires auront lieu les mardis et samedis, à 10 heures.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. (Hôpital Cochin. Professeur : M. Pierre DELBET.) — M. le professeur Pierre Delbet commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 8 novembre 1923, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. Auguste BROCA.) — ENSEIGNEMENT MAGISTRAL. — M. le professeur Broca fera examiner les malades à la consultation, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 1/2.
Le vendredi, à 9 h. 1/2, consultation sur les tuberculoses osseuses et leçons avec projections radiographiques.
Les leçons magistrales, avec l'assistance de M. Ombrédanne, agrégé, ont lieu le vendredi (M. Broca) et le mardi (M. Ombrédanne), à 10 h. 1/2. La première leçon aura lieu le vendredi 9 novembre.
Il sera fait, en septembre 1924, un cours de pathologie chirurgicale infantile, en vingt leçons.
Le droit d'inscription est de 150 francs.

COURS COMPLÉMENTAIRE D'OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur Marcel Metzger, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique le mardi 6 novembre 1923, à 16 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, au même amphithéâtre : les mardis et samedis, à 16 heures; les jeudis, à 18 heures.
Objet des conférences : Grossesse, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE MÉDICALE. — M. le docteur M. Brulé, agrégé, commencera ses leçons de pathologie médicale le mercredi 7 novembre 1923, à 18 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 3e et 4e années d'études.

Programme du cours : Maladies du tube digestif et du péritoine.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

CONDITIONS POUR QUE LA LOI DU 9 AVRIL 1898 S'APPLIQUE RÉPONSE A UNE QUESTION

On nous demande si l'accident, survenu dans les circonstances suivantes, constitue un accident du travail :

A X..., où est exploitée une source d'eau minérale, un ouvrier est chargé du maniement des bouteilles; saisissant *au cours de son travail* une bouteille vide, l'ouvrier est piqué au bras par une guêpe qui se trouvait dans la bouteille. L'avant-bras étant devenu très enflé, il a subi, de ce chef, plusieurs jours d'incapacité. Or, la Compagnie d'assurances se refuse à payer les indemnités dues, prétextant qu'il s'agit non d'un accident du travail, mais d'un cas de force majeure, en raison de ce fait que l'ouvrier aurait pu être ainsi piqué en dehors de son travail.

Pour répondre à la question, il faut tout d'abord rechercher les principes.

L'article 1er de la loi du 9 avril 1898 vise les accidents survenus, *non seulement par le fait du travail, mais aussi à l'occasion du travail.* Pour qu'un accident tombe sous le coup de cette disposition, il n'est pas nécessaire qu'il survienne par le fait du travail de la victime ; il suffit qu'il se produise *à l'occasion de ce travail,* notamment par le fait du travail des autres ouvriers ou même des machines dont le patron est appelé à répondre (Rouen, 22 février 1900, *D.* 1900.2.181). Il faut seulement que la cause de l'accident soit inhérente au travail effectué pour le compte et dans l'intérêt du patron et que cet accident se rattache, par un lien plus ou moins étroit, à l'exercice de la profession du travailleur (même arrêt).

Pour que l'accident soit réputé survenu à l'occasion du travail de l'ouvrier, il faut qu'il se soit produit à un moment où le patron avait l'obligation d'assurer la sécurité de son ouvrier; or, l'obligation, pour le chef d'entreprise, d'assurer la sécurité de ses ouvriers ne cesse que là où son autorité prend fin ; le travail, au sens de la loi du 9 mars 1898, commence dès que l'ouvrier est à la disposition du patron et ne prend fin que lorsque l'ouvrier reprend sa liberté (Cass. 8 juillet 1903, *D.* 1903.1.510 — 10 novembre 1903, *D.* 1904-1-73 et 74). Dès lors, est considéré comme survenu *à l'occasion du travail,* aux termes de l'article 1er de la loi du 9 mars 1898, tout accident arrivé dans les lieux et pendant le temps où l'ouvrier victime était soumis à la direction du chef d'entreprise ; en conséquence, lorsqu'un accident est survenu à l'heure et au lieu du travail, il n'est pas nécessaire, pour qu'il se trouve à la charge du chef d'entreprise, qu'il soit en corrélation *étroite* avec la tâche assignée à l'ouvrier qui en a été la victime; il suffit que le travail en ait été l'occasion (Cass. 8 juillet 1903 précité) ; mais il faut un rapport entre lui et l'accident.

En résumé, il n'est pas indispensable, pour l'application de la loi de 1898, que le travail constitue *la cause exclusive et immédiate* de l'accident ; il suffit qu'il en ait été l'une des causes coopérantes.

Mais il y a des événements étrangers qui exercent leur influence à des degrés différents dans les accidents du travail ; c'est notamment *la force majeure.*

La force majeure est un phénomène naturel de l'ordre physique ou de l'ordre moral, qui défie toute prévision et dont la cause est complètement étrangère à l'exploitation (Sachet, *Législation sur les accidents du travail,* t. Ier, n° 403). Les événements de force majeure sont, dans l'ordre physique, les tremblements de terre, les cyclones, les inondations, la foudre ; dans l'ordre moral, l'invasion étrangère, la guerre civile. On classe aussi au nombre des cas de force majeure, les piqûres d'insectes, les morsures de reptiles (Sachet, même numéro). Ce qui caractérise la force majeure, c'est qu'elle a sa cause dans un fait absolument indépendant de l'entreprise. La jurisprudence en a conclu que les accidents dus à la force majeure ne donnaient pas, en principe, ouverture à l'application de la loi du 9 avril 1898 ; il n'en serait autrement, dit la Cour de cassation, que si le juge du fait constatait que le travail a contribué à mettre les forces de la nature en mouvement ou qu'il en a aggravé les effets (arrêt du 10 décembre 1902, *D.* 1904.1.553). Ainsi on ne doit pas considérer, en principe, comme un accident du travail l'insolation ; celle-ci, étant un risque commun à tous les hommes, ne peut pas être réputée survenue par le fait ou à l'occasion du travail. Mais l'insolation pourra être considérée comme un accident du travail si elle est survenue au mois de juillet, au cours d'un travail exécuté en plein soleil, dans des conditions qui aggravaient les dangers que faisait courir la température (Cass. 2 mars 1904, *D.* 1904.1.553).

« Dans certains cas exceptionnels, dit M. Sachet (*op. cit.*, n° 409 *bis*), le travail de l'exploitation peut exposer d'une façon toute spéciale au danger des morsures de reptiles et piqûres d'insectes. On pourrait, par exemple, considérer comme un accident du travail *la morsure d'une vipère* pour un terrassier obligé de travailler dans des rochers fréquentés par ces reptiles, ou *la piqûre d'une mouche charbonneuse* pour un cocher ou un valet d'écurie attaché à une entreprise de transports dans laquelle il y aurait eu, parmi les chevaux, une épidémie de charbon. » Dans les cas qui sont ainsi cités, il existe une relation plus ou moins directe, plus ou moins lointaine — mais elle existe — entre le travail et l'accident ; pour ne prendre que le dernier exemple, il est bien certain qu'en fait les chevaux, le fumier attirent les mouches.

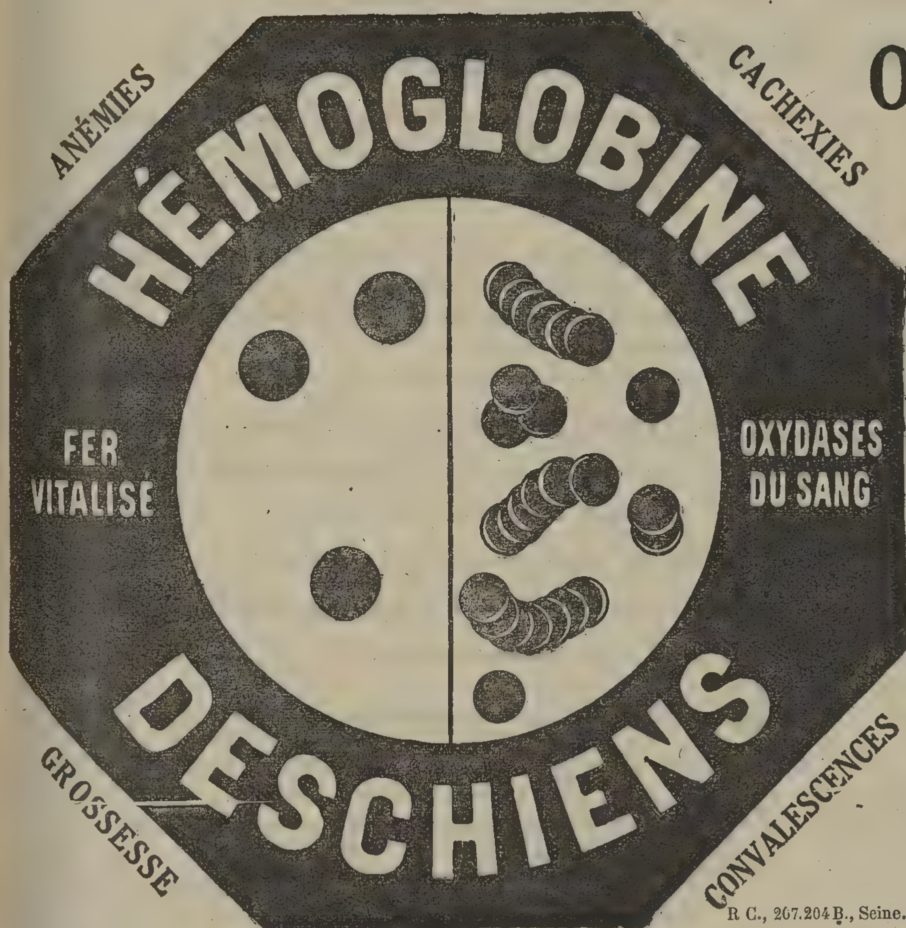
Tels sont les principes de droit qu'il y avait lieu de rappeler pour résoudre la question posée.

Dans le cas soumis, la piqûre de guêpe a bien eu lieu au cours du travail; mais le travail de l'ouvrier ne l'exposait pas d'une manière spéciale à la morsure de l'insecte. S'il avait exercé un métier, comme celui d'ouvrier dans une fabrique de confiseries, où guêpes et abeilles sont attirées par le sucre, il n'y aurait aucun doute que la piqûre faite constituât un accident du travail. Dans le cas actuel, où l'ouvrier manipulait des bouteilles dans une entreprise où était exploitée une source d'eau minérale, rien n'attirait la guêpe en raison du travail ; il n'y a eu aucune relation, même éloignée, entre le travail et l'accident. On est en droit, dès lors, de conclure que la piqûre de guêpe, dont a été victime l'ouvrier, constitue un cas de force majeure, et comme telle ne peut être considérée comme un accident du travail.

Pourrait-on soutenir, pour dire qu'il y a eu accident du travail, que c'est en manipulant la bouteille que la guêpe a fait sa piqûre ? Il ne semble pas; car la présence de cette guêpe ne se rattache en rien à l'exercice de la profession de l'ouvrier, qui a été piqué, comme il aurait pu l'être par un moustique quelconque.

Comme conclusion, nous considérons que la piqûre de la guêpe, survenue dans les circonstances indiquées au début de cette note, constitue un risque commun à tous les hommes, sans relation avec le travail lui-même. Dès lors, la loi du 9 avril 1898 ne saurait être applicable.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

XXXIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 8-13 octobre 1923* (1)]

TROISIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR (*suite*)

Résumé du rapport de M. P. MATHIEU.

L'oblitération de la voie biliaire principale a des conséquences bien différentes suivant qu'il y a ou non une ouverture de cette voie en amont de l'obstacle. Dans le premier cas la bile s'écoule au dehors par une *fistule biliaire*, l'ictère est rare ou léger, c'est la déperdition prolongée de la bile qui seule diminue organiquement le sujet, et l'opération indiquée ne tire guère ses difficultés que de complications anatomiques locales. Dans le second cas la *dilatation des voies biliaires* en amont de l'obstacle s'accompagne d'un *ictère par rétention* qui est total, constant et souvent ancien au moment de l'opération. La cholémie intense a altéré tous les tissus. Dans ces conditions les résultats opératoires sont en général mauvais. Les accidents postopératoires qu'on peut observer sont en effet les hémorragies dites cholémiques, l'ictère grave infectieux, l'anurie, le collapsus cardiaque. Aussi l'examen médical des ictériques avant toute intervention doit-il être particulièrement minutieux. Il serait utile pour le chirurgien de pouvoir déterminer par des moyens simples, comme ceux que l'urologue emploie, la résistance de son patient. Mais ici le problème est beaucoup plus complexe. L'insuffisance du foie n'est pas aussi aisée à mettre en évidence que celle du rein. Du moins devra-t-on doser l'urée dans le sang et dans l'urine, rechercher dans l'urine les corps cétoniques, étudier le retard de la coagulation sanguine et l'augmentation du temps de saignement et ne pas opérer les ictériques somnolents avec pouls accéléré, ou oliguriques ou présentant quelques hémorragies. Si l'opération est possible et décidée, le chirurgien en présence d'une oblitération de la voie principale se trouve amené à pratiquer, soit un traitement direct de cette oblitération, soit une dérivation de la bile. Il s'agit de préciser les indications de ces méthodes dans les diverses oblitérations par rétrécissements, par tumeurs, par malformations congénitales, par parasites, par compression.

I. Rétrécissements non néoplasiques. — Ils sont traumatiques ou inflammatoires. Les premiers sont presque toujours consécutifs à une opération. On ne connaît que quelques faits de rétrécissements accidentels.

A. RÉTRÉCISSEMENTS POSTOPÉRATOIRES. — La *cause* de beaucoup la plus fréquente est une blessure de la voie principale au cours d'une cholécystectomie; 80 cas environ de ces blessures opératoires ont été actuellement publiés. La lésion, section ou résection partielle ou totale de la voie principale, se produit dans diverses circonstances. Le conduit commun peut être atteint dans la région du confluent quand l'hépatique et le cystique sont soudés par des lésions inflammatoires, quand un gros calcul occupe la terminaison du cystique, quand une traction sur la vésicule après libération du cystique coude le conduit principal. Parfois une ligature qu'on a cru placer sur le cystique étreint latéralement le cholédoque et provoque la formation d'un nodule fibreux. Plus rarement l'hépatique a été pris pour le cystique ou la ligature de l'artère cystique englobe le canal hépatique. La cholécystectomie rétrograde est dangereuse quand le carrefour biliaire est rendu méconnaissable par des lésions inflammatoires.

Cliniquement, que la plaie opératoire ait été reconnue et réparée, ou méconnue, c'est la persistance de la fistule ou l'apparition de l'ictère par rétention après fermeture de cette dernière qui feront faire le diagnostic d'oblitération.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 81, p. 1297; n° 83, p 1329, et n° 84, p. 1345.

Au point de vue anatomique, tantôt les lésions sont localisées à la voie biliaire qui présente un nodule fibreux au point où elle a été blessée et une dilatation du segment sus-jacent à la stricture, tantôt il y a, en outre, de la péritonite sous-hépatique rétractant et soudant les viscères de la région dont la morphologie se trouve bouleversée (*blocage sous-hépatique* de Villard). Dans les cas avec fistule cette péritonite est constante et ce n'est guère qu'en se guidant sur la fistule qu'on peut atteindre la voie principale.

B. RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES. — Ils sont rares et difficiles à mettre en évidence. Il faut citer :

Les *rétrécissements par hépatocholédocite généralisée* dont les premières observations ont été publiées par Terrier, Chauffard et Rendu ;

Les *rétrécissements par hépatocholédocite partielle* consécutifs à des accidents lithiasiques;

Les *rétrécissements vatériens* résultant de l'évolution d'un ulcère duodénal siégeant au niveau de l'ampoule de Vater, parfois causés par le séjour prolongé d'un calcul dans l'ampoule.

C. INTERVENTIONS PRATIQUÉES. LEURS RÉSULTATS. — 1° *Opérations de drainage.* — La dérivation externe de la bile n'est ici que le premier temps d'une intervention plus complète. Exceptionnellement, cette opération a pu, à elle seule, amener la guérison.

2° *Dilatation des rétrécissements.* — Ce n'est qu'un moyen accessoire, et c'est au drain placé dans le conduit qu'il faut surtout attribuer le rétablissement du calibre.

3° *Section des rétrécissements.* — Ici encore le procédé ne semble efficace que si la dilatation du conduit est maintenue par un tube de caoutchouc (observations de Bonneau, de Tixier, de Lejars pour l'hépatique ou le cholédoque, de Jourdan, de Hartmann, de Henle pour l'ampoule de Vater).

4° *Cholédochoplasties.* — La section longitudinale du rétrécissement avec suture transversale n'a guère été utilisée que par Peterson et par Moynihan.

5° *Résection du rétrécissement avec suture bout à bout.* — C'est une opération assez rare dont l'initiateur fut Kehr et dont 7 cas seulement sont connus. Elle n'est praticable que lorsque la lésion est bien limitée et facilement accessible.

6° *Anastomoses bilio-intestinales.* — Elles sont exécutées de façons très diverses selon les cas.

La *cholécysto-entéro ou gastrostomie* a donné d'excellents résultats, mais elle ne peut être utilisée que rarement, soit parce que la vésicule a été précédemment enlevée, soit parce qu'elle est rétractée.

Les *anastomoses latérales de l'hépatique ou du cholédoque avec le duodénum ou l'estomac* sont souvent indiquées et facilitées par le contact du conduit biliaire dilaté avec l'estomac ou le duodénum; 29 cas publiés ont donné 3 morts. Ces opérations sont généralement faites par sutures; on a quelquefois utilisé le bouton.

L'*anastomose termino-latérale de l'hépatique ou du cholédoque avec le duodénum* est une bonne opération mais qui n'est à faire que si elle se présente dans des conditions favorables, n'exigeant ni grands décollements, ni traction forte sur les parties à rapprocher. Les suites immédiates de cette opération comme celles des opérations de la catégorie précédente sont favorables mais les suites éloignées sont parfois fâcheuses (ictère, douleurs, angiocholite ascendante).

L'*hépatico* ou *cholédocho-jéjunostomie*, qui est faite surtout quand les précédentes ne peuvent l'être, passe pour exposer fréquemment à l'infection ascendante ; 8 cas ont été publiés avec 3 morts.

L'*hépato et la cholangio-entérostomie*, imaginées par Marcel Beaudoin pour les cas où aucune portion des voies biliaires n'est accessible, sont des opérations de nécessité, exceptionnelles (17 observations avec 12 morts).

La *reconstruction de la voie biliaire principale* a été pratiquée souvent par les techniques très variées que voici :

On a fait des tentatives de *greffes* empruntées suivant les cas à l'estomac, au duodénum, au jéjunum, sous forme d'un lambeau de la paroi de ces organes, ou bien constituées par un lambeau péritonéo-aponévrotique, par l'appendice, par un segment de veine ou d'artère. Nous ne sommes pas encore bien fixés sur la valeur de ces procédés.

On a tenté de reconstruire la voie biliaire à l'aide d'un *drain* qui, tantôt est *placé entre les deux segments de la voie principale*, tantôt est *implanté dans le tube digestif* et toujours doit être placé de façon à pouvoir être évacué, soit dans l'intestin, soit à l'extérieur. Il est rare que la reconstruction par drain puisse être complétée par des sutures. Le premier type de ces deux opérations a donné, dans 5 cas de rétrécissements avec ictère, 2 morts ; dans 6 cas avec fistule 6 guérisons. La seconde opération, implantation du drain dans le tube digestif, demande à être examinée sous les deux aspects qu'elle peut revêtir. Dans les cas où la prothèse a pu être complétée par des sutures, 10 cas environ, les rétrécissements avec fistule, 5 cas, ont donné 3 morts, les rétrécissements avec ictère ont tous guéri opératoirement. Dans les anastomoses par tube sans suture, 19 observations, les atrésies avec fistule ont toutes guéri, les atrésies avec ictère ont fourni 2 morts.

D. Indications opératoires. — Etant donné la diversité des lésions, toutes les techniques précédemment examinées conservent leur valeur selon les cas. En ce qui regarde les anastomoses, celle que l'on doit préférer est celle qui se présente le mieux au point de vue de son exécution. C'est-à-dire que, d'une part, le segment du tube digestif à choisir est celui qu'il est le plus facile d'anastomoser, que, d'autre part, le mode d'anastomose à préférer, latéro-latérale, termino-latérale, anastomose par tube est, dans cet ordre, celui qui pourra être exécuté sans tiraillement marqué.

Toutes les anastomoses bilio-intestinales exposent au rétrécissement de la bouche et surtout à l'infection par angiocholite ascendante par suite de l'absence du sphincter terminal. Aussi pour éviter ce dernier risque conviendra-t-il de chercher des améliorations de technique comme le procédé de Witzel.

Quant aux reconstructions, en dehors du danger d'infection, faut-il craindre l'atrésie du conduit néoformé? Nous n'avons que peu de renseignements sur ce point ; ceux que nous possédons (Propping) sont plutôt favorables. Peut-être dans l'avenir pourra-t-on remplacer le drain qui est un assez mauvais matériel par des tubes résorbables, des canaux organiques morts et conservés.

II. Tumeurs de la voie biliaire principale. — La chirurgie des *tumeurs bénignes* de la voie biliaire principale est très restreinte (8 cas dans la thèse de Bravet). D'ailleurs certaines de ces formations d'aspect adénomateux ont une évolution maligne.

Les *tumeurs malignes* sont au contraire fréquentes. Elles siègent surtout au niveau du confluent et de la terminaison du cholédoque. Elles s'accompagnent d'ictère et d'hydropisie des voies biliaires. Le traitement chirurgical en est peu encourageant, exception faite pour les tumeurs vatériennes.

Dans l'immense majorité des cas, on n'a pratiqué que des *opérations palliatives* (70 à 75 p. 100 de mortalité rapide). La meilleure paraît être l'anastomose bilio-intestinale dont la forme varie suivant le siège de la lésion. Les *opérations radicales* rares et possibles seulement dans quelques cas favorables, ne donnent pas de plus mauvais résultats que les palliatives.

Les *cancers de l'ampoule de Vater* sont, comme y insistait Letulle en 1906, relativement favorables. Ce sont des tumeurs petites, bien limitées, ayant peu de tendance à la généralisation. Elles déterminent d'une façon précoce de l'ictère et une dilatation du cholédoque, souvent aussi de la vésicule. Le ventre ouvert, l'exploration des voies biliaires montre le siège très inférieur de l'obstacle, et alors la *duodénotomie exploratrice* est la manœuvre capitale pour le diagnostic et le traitement. Celui-ci sera presque toujours l'*excision simple de la papille* qui donne 50 p. 100 de guérisons opératoires. On résèque la tumeur au bistouri ou au thermocautère pour éviter l'hémorragie, ici fréquente, et on suture ou non à la muqueuse duodénale les deux conduits cholédoque et Wirsung. La réparation semble se faire aussi bien sans sutures. On a observé des survies pouvant aller jusqu'à six et neuf ans. Dans des cas exceptionnels on a dû recourir à la *résection en coin du duodénum* par voie externe (3 cas) ou à la *duodénectomie circulaire* (5 cas). La *curiethérapie* postopératoire a été tentée au moins 2 fois.

III. Oblitérations par malformations congénitales. — Elles présentent un intérêt chirurgical fort inégal. On les classe en deux catégories :

A. Aplasies et atrésies. — Ce sont des malformations souvent incompatibles avec la vie. Mais parfois, malgré l'ictère, les enfants ont pu survivre quelques semaines ou quelques mois. Le seul traitement possible est une dérivation biliaire qui, dans les cas où elle a été tentée, n'a jamais donné de succès.

B. Dilatations kystiques de la voie principale. — Cette lésion assez rare (50 cas environ) est beaucoup plus intéressante. *Anatomiquement*, elle se présente sous la forme d'un gros kyste sous-hépatique formé aux dépens d'une partie ou de la totalité des voies biliaires, y compris quelquefois la vésicule. La fin du cholédoque est perméable, mais dans certains cas rétrécie ou coudée. Le kyste est fréquemment adhérent aux organes voisins. *Cliniquement*, il s'agit toujours d'un sujet du sexe féminin chez lequel apparaissent, un temps variable après la naissance de trois à vingt-deux ans, un ictère souvent incomplet, des poussées angiocholitiques et une grosse tumeur rénittente, sous-costale droite, presque toujours prise pour un kyste du rein ou un kyste hydatique. Souvent le diagnostic n'a pu être fait même après laparotomie. Le *traitement* a presque toujours donné des résultats déplorables. La résection de la poche, la ponction simple ou suivie de drainage ont toujours été suivis de mort. La kystotomie simple ou suivie de kysto-entérostomie ont donné quelques guérisons. La chirurgie de cette singulière lésion s'améliorera sans doute quand elle sera mieux connue et qu'on en fera plus couramment le diagnostic clinique et opératoire.

IV. Oblitérations par hydatides. — Il s'agit presque invariablement d'une rupture d'un kyste hydatique du foie dans les voies biliaires. La question a été parfaitement mise au point par de nombreux auteurs français (Devé, Cauchoix, Quénu, P. Duval, Lecène et Mondor, Lapointe).

Les kystes qui s'ouvrent le plus fréquemment dans les voies biliaires sont ceux de la convexité supéro-externe du lobe droit. Et dans 90 p. 100 des cas l'ouverture porte sur les gros conduits biliaires intrahépatiques, souvent le droit (Devé). Les voies biliaires extra et quelquefois intrahépatiques sont distendues. Des coliques hépatiques, une diminution de volume de la tumeur, la présence de vésicules hydatiques dans les selles, l'ictère et la fièvre sont les signes habituels. En pratique, l'intervention a lieu pour rétention biliaire avec fièvre. Dans cette forme d'oblitérations des voies biliaires, on a pratiqué des opérations très diverses, simples ou combinées.

Les indications opératoires se présentent sous deux aspects. Dans le premier cas, la rétention biliaire avec infection domine ; il faut d'abord agir sur la voie biliaire principale pour la drainer ; si le kyste est reconnu au cours de l'opération, il convient d'agir sur lui, au besoin dans une intervention secondaire. S'il n'est pas reconnu, il faudra le chercher par la clinique et la radiologie pour intervenir secondairement en cas d'accidents persistants. Dans le second cas, c'est le kyste qui est reconnu et opéré d'abord. Pour traiter la cholérragie qui s'ensuit on a employé différents procédés : oblitération de la fistule déterminant une hyperpression dans les voies biliaires, pose d'un drain passant du kyste dans la vésicule, drainage de la voie principale.

V. Oblitérations par ascarides, douves. — Cette affection est connue depuis les travaux de Müller et de Miyake. Eberlé évalue à 23 le nombre des cas opérés avec 4 guérisons sur 5 environ. Le nombre des ascarides contenus dans les voies biliaires peut être considérable. L'angiocholite est la règle ; l'abcès du foie est une complication fréquente. Quant à la lithiase, qui coexiste fréquemment avec l'ascaridiase, elle est aussi bien considérée comme une cause de l'invasion ascaridienne que comme un effet de cette invasion. En tout cas on observe des calculs qui contiennent des œufs de parasite.

Les symptômes et le traitement sont ceux de l'obstruction biliaire par calculs avec angiocholite. Un traitement médical de l'ascaridiase serait sans doute un complément utile de l'opération.

On connaît un cas de distomatose hépatique avec oblitération du cholédoque par dix grandes douves (Villard).

VI. Oblitérations par compressions diverses. — Les causes de compression se ramènent essentiellement aux tumeurs de la tête du pancréas, aux kystes hydatiques du foie, aux tumeurs du pédicule hépatique.

Le *cancer de la tête du pancréas* est la cause la plus fréquente d'oblitération de la voie biliaire. L'ictère, la cholémie sont intenses et graves. Le traitement a toujours été jusqu'ici une opération palliative dont la meilleure est la cholécysto-duodénostomie ou gastrostomie. Mais la mortalité est très élevée en raison de la cholémie et la survie ne dépasse guère six mois.

Dans les *pancréatites chroniques*, si l'affection a pour cause une lithiase biliaire c'est en traitant celle-ci qu'on guérira la pancréatite. Si la lésion du pancréas survient en dehors de la lithiase biliaire, il faut faire une dérivation de la bile, généralement une cholécysto-duodénostomie.

Quand il s'agit d'un *kyste* ou d'un *pseudo-kyste* du pancréas, le traitement du kyste fait en général cesser l'ictère.

La *compression par un kyste hydatique du foie* est relativement rare. Ici encore le traitement du kyste amène la guérison.

Dans les *compressions par adénopathie du pédicule hépatique*, l'ablation des ganglions, si elle est possible, suivie d'une anastomose de dérivation constitue l'intervention la plus recommandable. Cette manière de faire a donné des succès à Hürtle, Roux et Roussiel.

Enfin, les *compressions par anévrisme de l'artère hépatique* ne sont pas absolument exceptionnelles. Friedenwald et Tannenbaun en rapportent 65 cas dont 13 ont été opérés. Tuffier, Kehr et Kading ont seuls lié l'artère; 2 fois la guérison fut obtenue malgré des nécroses partielles du foie.

Discussion.

M. Zawadzki (de Varsovie) apporte à titre documentaire les statistiques des malades opérés par lui et par ses confrères polonais pour oblitérations non calculeuses des voies biliaires.

M. de Martel (de Paris) s'étonne que M. Villard n'ait pas, dans son rapport, cité l'incision qu'il a proposée pour aborder les voies biliaires.

C'est l'incision en L qui permet de tomber directement sur la vésicule et le duodénum et qui épargne les nerfs du grand droit.

Elle comprend une première partie, courte, verticale, médiane, sus-ombilicale qu'on poursuit jusqu'à la découverte de la vésicule, puis une seconde partie transversale.

M. Sencert (de Strasbourg) fait part de ses impressions sur les cas de rétrécissements biliaires qu'il a opérés.

Il a spécialement étudié la technique des restaurations du carrefour hépato-cystique et a obtenu, chez le chien, de véritables succès en utilisant des greffons vasculaires. Les meilleurs résultats lui ont été fournis par des fragments artériels conservés dans l'alcool.

M. Costantini (d'Alger) rapporte deux cas d'oblitération du cholédoque. Chez ces deux malades, il s'agissait d'une pancréatite lithiasique ayant comprimé le cholédoque au point de déterminer un ictère grave. L'un d'eux avait été opéré dix mois auparavant d'un kyste hydatique du foie dont il avait guéri en quelques semaines.

Tous deux furent traités de la même façon par une cholécystostomie de drainage qui amena rapidement la guérison.

M. Termier (de Grenoble) présente les observations et le compte rendu opératoire des malades chez lesquels il est intervenu pour occlusion non calculeuse des voies biliaires.

Dans trois cas de cancers pancréatiques, il a anastomosé la vésicule deux fois avec l'estomac, une fois avec le duodénum. Il eut deux morts rapides et une survie de quatre mois.

Un blessé de guerre ayant reçu un éclat d'obus dans la région sous-hépatique lui fut adressé en plein ictère chronique. Il fit d'abord un drainage de la vésicule et trois mois après une anastomose cholécysto-duodénale sans fermeture de la fistule vésiculaire; le résultat fut parfait.

Une femme avec ictère et fièvre fut opérée de la façon suivante : incision au niveau de la vésicule qui est grosse et enflammée; on aperçoit un kyste développé aux dépens de la face inférieure; cholécystostomie de drainage qui donne issue à un flot de bile contenant des vésicules hydatiques. Pas trace de l'orifice de communication entre le kyste et les voies biliaires. La couche très mince de tissu hépatique qui formait la paroi du kyste en bas est incisée au thermocautère; un liquide s'écoule contenant plus de 300 petites vésicules. Le kyste fut nettoyé et marsupialisé, la vésicule biliaire laissée largement ouverte. Le cinquième jour, le cours de la bile se rétablit spontanément. Une petite fistule se tarit en quatre mois.

Dans quatre cas d'ictère ancien avec phénomènes généraux graves attribués à une obstruction calculeuse, M. Termier a pratiqué d'abord une cholécystostomie de drainage. De quinze à dix-sept jours plus tard, il rechercha la cause de l'occlusion. Il tomba trois fois sur des nodules scléreux de la tête du pancréas, fit deux fois, avec succès, l'abouchement de la vésicule à l'estomac et une fois l'abouchement de la vésicule au duodénum. Dans le quatrième cas, il réussit à passer une petite sonde au sixième jour et la laissa en place huit jours. Le cours de la bile se rétablit et la malade guérit. Il s'agissait, sans doute, d'un simple rétrécissement inflammatoire dans la traversée pancréatique.

Enfin, cinq fois l'auteur est intervenu pour des cas de rétrécissements biliaires vraisemblablement consécutifs à des accidents lithiasiques, bien qu'aucun calcul n'ait été rencontré.

Il fit deux abouchements de la vésicule à l'estomac avec succès complet. Deux fois, il pratiqua une fistulisation de la vésicule pour drainage. L'un des malades succomba, l'autre supporta plus tard une anastomose duodénale et guérit.

Le cinquième malade présentait un rétrécissement du cholédoque juste au-dessous du confluent avec le cystique. Le rétrécissement fut incisé et une petite sonde passée dans le canal y fut maintenue onze jours. Une fistulette persista pendant trois mois.

L'auteur termine en insistant sur l'avantage qu'il y a à faire la plupart de ces opérations en deux temps. Il s'agit d'une chirurgie toujours grave. On peut ainsi sauver des malades trop affaiblis pour supporter, en un seul temps, l'opération complète nécessitée par leurs lésions.

M. Paul Delbet (de Paris) a recours actuellement à l'anesthésie chloroformique et à l'incision de Rio-Branco qui donne un large accès sans section nerveuse.

Il a traité deux cancers vatériens, le premier par résection transduodénale avec un succès immédiat qui ne s'est point maintenu, le deuxième par cholécystocolostomie avec survie prolongée.

Dans les cancers du pancréas, il pratique la laparotomie avec, éventuellement, application de radium et la cholécystostomie rapide. Quelques semaines après, il pratique la cholécystogastrostomie. Il a eu ainsi trois succès opératoires avec survie prolongée.

M. Hartmann (de Paris) est intervenu deux fois pour une section de la voie principale consécutive à une cholécystectomie.

Dans le premier de ces cas, il a constaté la section au moment même de l'opération et a pu rapprocher immédiatement les deux bouts en les suturant avec cinq soies floches. La guérison se fit sans incident et la malade a été revue après dix ans écoulés.

Dans le deuxième cas, la section de la voie principale a passé inaperçue et c'est cinq mois plus tard que M. Hartmann est intervenu. Il a reconstitué la voie biliaire sur caoutchouc. La malade a guéri.

Cinq fois, il a pratiqué l'ablation par voie transduodénale de tumeurs de l'ampoule de Vater avec trois guérisons et deux morts. Des trois survivants, l'un a récidivé rapidement, le second a été revu cinq ans après sans récidive et le troisième a été perdu de vue. Dans aucun de ces cas, le diagnostic n'avait été fait avant l'intervention. C'est au cours d'une laparotomie exploratrice, pour ictère par rétention, que l'auteur a noté l'absence de calcul et la présence d'une induration au niveau de la papille.

Chez une autre malade, après cholédocotomie et ablation

des calculs de la voie principale, M. Hartmann ne poussa pas plus loin l'examen des voies biliaires. La malade succomba à quelque temps de là et l'autopsie montra l'existence d'une tumeur de l'ampoule.

Dans un cas de kyste idiopathique du cholédoque dont l'incision fut suivie d'une fistule biliaire, l'auteur fit une anastomose latérale entre la cavité du kyste et le duodénum qui lui était adossé. La malade a parfaitement guéri.

Chez un malade ayant présenté une série de crises de coliques hépatiques avec ictère par rétention, M. Hartmann intervint pour une oblitération cicatricielle de l'ampoule. Une duodénotomie lui permit de constater que la bougie exploratrice était arrêtée dans la région de l'ampoule. Il excisa la cicatrice et sutura le cholédoque à la muqueuse duodénale. La guérison fut parfaite.

L'auteur termine en relatant deux cas de rétention biliaire pour pancréatite chronique. Il s'agissait de malades cholédocotomisées pour calculs, seize mois auparavant. Dans les deux cas, il avait pensé à une récidive de lithiase et refit une cholédocotomie, ne trouva pas de calcul, mais constata une induration de la tête du pancréas. A la suite du drainage de la voie biliaire principale, les malades ont guéri. Pour l'une d'elles, une biopsie avait montré la réalité de lésions inflammatoires subaiguës du pancréas.

M. Tixier (de Lyon) a eu l'occasion d'opérer quatre rétrécissements cicatriciels de la voie biliaire principale. Trois fois, le rétrécissement siégeait sur le canal hépatique, une fois à l'embouchure du cholédoque dans le duodénum, exactement au niveau de la papille.

Chaque fois, l'obstacle fut levé par incision longitudinale du point rétréci. Un drain rétablit la continuité du conduit.

La première opération fut faite chez une lithiasique vésiculaire avec angiocholite grave et ictère du type cholédocien. Il trouva, dans la lumière du canal hépatique, non pas un calcul mais un rétrécissement fibreux serré. La malade, âgée de quarante-trois ans, guérit parfaitement. Elle mourut treize ans plus tard d'une pneumonie.

La seconde opération fut pratiquée chez une femme présentant de l'ictère par rétention. Après ablation de la vésicule et incision du cystique, l'auteur enleva, à la curette, un calcul enchâtonné au niveau du confluent. Il constata l'existence d'un rétrécissement de l'hépatique à son débouché dans le carrefour. L'incision du rétrécissement amena la guérison.

Chez une troisième malade, présentant de l'ictère foncé du type cholédocien, on ne trouva pas de calcul ni dans la vésicule, ni dans les voies biliaires principales, mais un nodule cicatriciel obstruant l'hépatique à sa partie moyenne. L'auteur fit une section longitudinale et draina. La malade mourut au neuvième jour d'ictère grave avec hématurie; elle était syphilique.

La quatrième intervention se rapporte à un cas de fistule biliaire persistante consécutive à une cholécystostomie pour empyème de la vésicule avec calcul du bassinet. Pour obtenir la cure radicale de la fistule, M. Tixier pratiqua une cholécystectomie sous-séreuse, ouvrit le cholédoque et trouva une atrésie cicatricielle de la papille. Il incisa le duodénum et le méat, et mit, dans le cholédoque, un drain plongeant dans le duodénum et sortant par la plaie de laparotomie. La malade guérit.

M. Tixier préconise l'opération de Kehr avec cholécystectomie sous-séreuse primitive et décollement sous-séreux du cystique et de la voie biliaire principale. Le drainage se fait ensuite dans l'entonnoir séro-hépatique. Pas de tamponnement et fermeture presque complète immédiate de la paroi.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Émile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix. — *Tome XXIV* : **Pédiatrie** (*premier volume*), par MM. le professeur Marfan, Apert, J. Renault. G. Paul-Boncour, Mlle Labeaume, Mme C. de Tannenberg, MM. Ribadeau-Dumas, le professeur Weill, Péhu, Gardère, le professeur Nové-Josserand, Binet, Meyer, Prieur, Lesné, Armand-Delilse. In-8, 1923, 82 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Selon toute vraisemblance, le traitement opothérapique du diabète vient de faire un progrès considérable dans la découverte de l'*insuline*, par Banting et ses collaborateurs de l'Université de Toronto, au Canada. L'insuline est, non un extrait de pancréas total, mais un extrait des îlots de Langerhans seuls. L'idée de préparer une telle substance fut suggérée en 1920 à Banting, un physiologiste, par la lecture d'un article de Barron sur les rapports des îlots de Langerhans et du diabète. Une revue complète de la littérature à ce moment justifiait les conclusions suivantes : 1. la sécrétion de la portion acineuse du pancréas *n'a aucun rapport avec le métabolisme des hydrates de carbone*; 2. toutes les injections d'extrait pancréatique total restent sans effet dans le traitement du diabète; 3. les îlots de Langerhans jouent un rôle absolument essentiel dans la régulation du métabolisme des hydrates de carbone. Cette dernière action pouvait s'expliquer, comme le suggéra Macleod, soit par une modification directe du sang lors de son passage à travers les îlots, soit par la sécrétion d'une hormone.

L'expérience fondamentale de la découverte des propriétés de l'insuline fut la suivante : l'extrait du pancréas d'un chien chez qui on a préalablement lié les conduits excréteurs du pancréas (ce qui amène la dégénérescence de la portion acineuse) injecté à des chiens qui ont subi la dépancréatisation totale et qui, en conséquence, sont atteints de diabète grave, amène régulièrement un abaissement du taux du glucose dans le sang; les chiens ainsi traités survivent jusqu'à soixante-dix jours, tandis que la survie, chez les animaux non traités par l'extrait, ne dépasse pas quatorze jours. Donc : l'extrait d'îlots de Langerhans est actif dans le diabète et, puisque l'extrait de pancréas total est toujours inactif, *c'est qu'il y a dans le pancréas une substance qui détruit le principe actif de la sécrétion interne* du pancréas quand les extraits sont préparés par les méthodes ordinaires. Supprimer cette action inhibitrice et produire l'extrait en quantité suffisante étaient les deux difficultés à surmonter. Nous n'entrerons pas dans le détail des longues et patientes recherches qui ont mené au but. Qu'il nous suffise de dire que le règne animal presque entier a été exploré; actuellement, on poursuit des recherches chez certains poissons des groupes des élasmobranches et des téléostéens, chez qui les îlots de Langerhans sont assez nettement séparés du reste de la glande. Le règne végétal lui-même est l'objet d'investigations; les travaux de Thalhimer montrent que l'action de l'insuline a peut-être des rapports avec les oxydases et celles-ci sont abondantes dans certains sucs végétaux. L'insuline, dont des échantillons ont été envoyés cet été en Europe, est extraite du pancréas du porc.

Le *titrage* des solutions d'insuline n'est pas encore réglé d'une façon absolument satisfaisante. Pour le moment, l'unité adoptée est la quantité qui, en injection sous-cutanée, abaisse la proportion du glucose sanguin à 0,045 chez un lapin de 2 kilogrammes soumis à un jeûne de seize à vingt-quatre heures (1).

---

(1) Cette unité, primitivement choisie, a été réduite *au tiers*, car il a été constaté qu'elle était trop forte pour l'usage pratique de la clinique.

Ce chiffre de 0,045 a été choisi parce que c'est presque invariablement à ce niveau que l'animal commence à montrer des symptômes très caractéristiques. Ces symptômes, que l'expérimentation a bien définis, se retrouvent chez l'homme lors de l'administration de cette substance et sont des signaux d'arrêt dont il faut surveiller l'apparition de près et tenir le plus grand compte. Ces symptômes d'intoxication sont une hyperexcitabilité suivie de coma avec respiration accélérée, diminution des réflexes et dilatation des pupilles, tableau qui, en somme, rappelle celui de l'empoisonnement par la strychnine. De légères excitations, le simple tremblement du plancher suffisent pour déclancher de violentes convulsions durant d'une à deux minutes; la mort survient par arrêt de la respiration. Cet état toxique est toujours lié à un trop fort abaissement du glucose sanguin; expérimentalement chez l'animal et cliniquement chez l'homme ils cèdent quasi-instantanément à l'administration de glucose, soit par voie buccale, soit, en cas d'urgence grave, par voie intraveineuse. Ce chiffre de 0,045 représente donc, pour ainsi dire, le seuil de glycémie minima qu'il ne faut point franchir.

Tous les essais cliniques faits avec l'insuline — et ils sont légion déjà — confirment l'extrême activité de l'insuline au point de vue de la réduction de la glycémie, mais aussi le caractère *temporaire* de cette actiou, ainsi qu'il était facile de le supposer *a priori*. De nombreux chercheurs sont occupés maintenant à faire la physiologie de l'insuline, normale et pathologique. L'élimination se fait par l'intestin et par l'urine. On cherche quels sont les effets de cette substance remarquable suivant le mode d'introduction par voie sous-cutanée, buccale, rectale ou à travers une fistule de Thiry. Nous ne pouvons entrer dans les détails d'une question aussi complexe et aussi nouvelle, mais nous tenons à signaler le paradoxe de l'élévation de la glycémie qui suit l'administration buccale de l'insuline tandis que les autres modes sont tous suivis d'abaissement.

Comme tous les médicaments très puissants, l'insuline peut être appelée dangereuse. Certes, ce n'est point un remède que l'on puisse administrer sans une surveillance rigoureuse et compétente; mais la même chose est vraie de la digitaline, de l'atropine, de l'adrénaline, toutes substances dont personne ne songe à discuter la valeur. Mais ceux qui ont découvert l'insuline se sont rendu compte qu'il fallait entourer son emploi en grand de certaines sauvegardes. En effet, il n'était point besoin d'être grand clerc en psychologie médicale pour prévoir que la publication simple de la découverte, suivie de la mise sans restrictions dans le domaine public de la nouvelle méthode de traitement d'une maladie aussi commune et à thérapeutique aussi imparfaite et décevante que le diabète, ne manquerait pas d'amener une ruée de malades réclamant à tout prix la nouvelle panacée. Or, l'expérience apprend que dans ces cas il se trouve toujours quelqu'un pour donner au public ce qu'il veut, même au prix des risques résultant d'une fabrication hâtive et de l'administration d'un remède encore imparfaitement connu. Or, l'insuline ainsi administrée de façon prématurée et intempestive causerait très certainement des désastres parfaitement évitables qui la discréditeraient et transformeraient un engouement exagéré et injustifié en une opposition également injustifiée. L'ensemble de mesures prises pour protéger les intérêts de tous est assez remarquable et vaut la peine d'être connu. Banting prit d'abord un brevet pour la découverte de l'insuline, puis assigna tous les droits de ce brevet à l'Université de Toronto. Celle-ci accorda le droit exclusif de préparation pour l'Amérique du Nord à la grande maison de Eli Lilly, d'Indianapolis, sous les conditions suivantes : 1. se conformer à tous les principes et procédés de préparation établis par Banting et ses collaborateurs; 2. fournir des échantillons gratuits en quantités suffisantes à des médecins de valeur reconnue pour assurer des essais cliniques probants; 3. mettre l'insuline en vente à un prix aussi modéré que possible, les bénéfices au delà d'une certaine limite rentrant dans le fonds de recherches scientifiques de l'Université de Toronto. La marque d'insuline préparée par Lilly a été baptisée « iletine » (1) et l'on ne peut s'empêcher de se demander si le choix de ce nom n'a pas été dicté surtout par des considérations de phonétique mnémonique.

Les résultats cliniques acquis montrent que l'insuline n'est point une panacée universelle pour tous les cas de diabète; mais c'est un sûr moyen d'abaisser temporairement une hyperglycémie menaçante. Elle n'enlève *rien de leur valeur aux prescriptions diététiques*; mais elle fait disparaître l'acétonurie et c'est le seul agent qui, jusqu'à présent, ait arraché à la mort des malades en état de coma diabétique confirmé. Des résultats remarquables ont été obtenus dans le diabète infantile, souvent si grave et si rebelle à toute thérapeutique. Voilà déjà assez de choses de grande importance pour autoriser de grands espoirs quand la question de l'insuline aura été bien mise au point; mais, en terminant, répétons une fois de plus le conseil de Banting lui-même de procéder avec prudence.

Mais, fera-t-on remarquer, si l'arrangement cité plus haut protège les intérêts du public, ceux de l'Université et ceux du manufacturier, que deviennent ceux de Banting? Or, la question est parfaitement légitime. Le temps n'est plus, en effet, où le médecin ne pouvait demander comme récompense de ses travaux que la satisfaction du devoir accompli; on se rend compte aujourd'hui qu'il a ses problèmes d'existence et, même s'il lui sied encore de montrer plus de désintéressement que les autres, on ne peut plus lui demander d'être complètement désintéressé et de simplement regarder les autres récolter les bénéfices pécuniaires de son travail. D'autre part, le système en vogue dans certains pays où le « savant » est tout aussi rapace que ceux qui ont bâti sur ses découvertes des monopoles qui exploitent le public sans merci, répugne à beaucoup de chercheurs qui demandent simplement à ne pas avoir à porter dans leur tête le souci continuel du pain quotidien. Le gouvernement canadien a voté à Banting une pension de 7.500 dollars par an pour qu'il puisse continuer de se livrer à des recherches scientifiques. Certains verront là un grand pas en avant vers la médecine d'Etat; d'autres y verront un pas en arrière vers les Mécènes et les rois d'autrefois. Tous auront en partie raison : ce qui montre que les extrêmes se touchent et qu'il n'y a rien de bien nouveau sous le soleil.

La découverte de l'insuline a relégué au second

(1) L'iletine est fournie aux médecins, qui prennent la responsabilité personnelle du traitement, en solution aqueuse pour injection hypodermique, en ampoules contenant 50 ou 100 unités. [Voir la définition de l'*unité clinique* dans la note (1), p. 1428.]

plan une autre découverte qui, sans cela, aurait peut-être fait époque, à savoir la préparation d'une graisse synthétique contenant un nombre *impair* d'atomes de carbone. Cette graisse, appelée *intarvine,* ne donne pas lieu à la formation d'acides contenant un groupement de quatre atomes de carbone, tels que l'acide butyrique, l'acide oxybutyrique, l'acide acéto-acétique, acides qui sont responsables de la production de l'acidose, de l'acétonémie et du coma. L'intarvine, à la dose de 60 à 120 grammes par jour est, semble-t-il, une précieuse ressource dans l'alimentation de certains diabétiques. Toutefois, son prix encore élevé (9 dollars la livre de 450 grammes, qui dure de trois à sept jours), montre qu'il s'agit là d'un régime de luxe qui n'est point encore à la portée de toutes les bourses.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1923)

Ligne blanche et tonus sympathique au cours des oreillons. — M. René Bénard, à l'appui des recherches récentes de M. Sézary, apporte le résultat des constatations qu'il a faites chez les malades atteints d'oreillons. Le réflexe oculo-cardiaque, témoin d'hyposympathicotonie, y est généralement nul, ainsi qu'il l'a montré antérieurement; par contre, le phénomène de la ligne blanche y est ordinairement des plus accusés.

Cancers cérébro-méningés et réaction de Bordet-Wassermann. — MM. Mathieu-Pierre Weil et R. Weismann-Netter rapportent une nouvelle observation de cancer cérébro-méningé avec positivité de la réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien. Il s'agissait d'un cancer des méninges secondaire à un cancer du sein. Par ailleurs, les autres caractères du liquide étaient normaux. Mais il n'en est pas toujours ainsi : la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann peut aller de pair avec l'existence d'hyperalbuminose et de lymphocytose. Tel était le cas d'une malade de soixante-cinq ans, morte d'un psammome de la moelle cervicale. L'albuminose du liquide céphalo-rachidien était de 0g56. La lymphocytose de 18 éléments par millimètre cube, la réaction de Bordet-Wassermann fortement positive. La syphilis ne pouvait être incriminée, ni cliniquement, ni anatomiquement. Les cancers cérébro-méningés peuvent donc s'accompagner de toutes les anomalies du liquide céphalo-rachidien qui sont l'apanage ordinaire de la syphilis des méninges.

Intoxication par le sublimé suivie de guérison. — MM. E. Sergent et H. Janet rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt ans ayant absorbé un cachet de 2 grammes de sublimé et qui, après une phase d'oligurie avec albuminurie massive, desquamation épithéliale abondante, azotémie modérée, eut du cinquième au septième jour une crise de diurèse considérable et guérit complètement. Ils relèvent dans cette observation les deux points suivants : 1° avant la crise urinaire, alors qu'il y avait encore 7 grammes d'albuminurie par litre, alors que l'azotémie allait en croissant, la concentration maxima d'urée dans l'urine était supérieure à 34 p. 1.000, c'est-à-dire assez satisfaisante, constatation intéressante à faire à un moment où le pronostic vital semblait devoir être fort réservé; 2° au moment de la grande crise urinaire l'azote résiduel dans le sang augmentait, alors que l'azote de l'urée diminuait, le rapport de l'azote uréique à l'azote total tombant à 0,34, et cela à un moment où le malade pouvait être considéré comme sauvé.

Troubles cérébelleux dans la mélancolie. — MM. H. Claude, Trepsat et Mlle Badonnel. Chez quatre malades présentant des variétés diverses du syndrome mélancolique les auteurs ont constaté des symptômes de la série cérébelleuse : démarche ébrieuse, troubles de l'équilibration, dysmétrie, troubles de la parole, nystagmus.

Dans un cas une erreur de diagnostic fut commise lors d'un accès dépressif antérieur à leur examen et ils avaient pratiqué une trépanation, croyant avoir affaire à une tumeur du cervelet. Ces manifestations cérébelleuses paraissent être l'expression d'un trouble fonctionnel des appareils de coordination de la région mésencéphalique, plutôt que de l'appareil labyrinthique, bien que dans deux cas on ait noté des bourdonnements d'oreille. Ce trouble fonctionnel serait lié à un état d'auto-intoxication probablement hépatique, car dans un des cas particulièrement caractéristique puisque les troubles cérébelleux qui avaient cessé pendant l'amélioration de l'état psychique, reparurent lors d'une rechute, on constata des signes nets d'insuffisance hépatique à l'occasion des deux accès. On a signalé de même des phénomènes aphasiques transitoires (Séglas) dans la mélancolie qui peuvent être dus aussi à un trouble fonctionnel passager des centres du langage.

Spirochétose ictéro-hémorragique avec iritis et névrite optique. — M. M. Leconte et Mlle Joltrois rapportent une observation de spirochétose ictéro-hémorragique qui, au vingt-quatrième jour d'une évolution jusqu'alors classique, se compliqua d'une iritis caractérisée avec trouble de l'humeur aqueuse et dépoli irien, et d'une névrite optique avec flou et hyperhémie de la papille, œdème péripapillaire, veines dilatées et sinueuses, diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement du champ visuel pour le rouge. Survenue plus tardivement que dans les rares cas où elle avait été signalée (2 fois sur 50 dans la statistique de Weekers et Firket), cette double complication évolua, du reste, avec la rapidité et la bénignité habituelles. Le liquide céphalo-rachidien montrait une réaction méningée manifeste; la réaction de Wassermann fut négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien; le sérodiagnostic de la spirochétose, fait par le docteur Pettit, confirma le diagnostic clinique.

Hypertension et épreuve de la phénolsulfonephtaléine. — MM. P. Merklen, Minvielle et Hirschberg ont étudié l'élimination de la phénolsulfonephtaléine chez les hypertendus.

Ils distinguent trois groupes :

Le premier a trait aux néphrites chroniques avec hypertension, où l'élimination de la phtaléine est diminuée conformément aux règles classiques. Le deuxième comprend les hypertendus simples avec diminution de l'élimination phtaléinique. On peut y joindre les sujets qui, à leur hypertension, associent une albuminurie légère et souvent transitoire, ou encore ceux qui présentent de minimes élévations de l'urée sanguine et de la constante. Dans ces divers cas, en effet, on peut observer une baisse de l'élimination de la phtaléine ; mais, fait à noter, cette baisse est à peu près de même ordre chez les hypertendus simples que chez ceux où les reins commencent à être touchés. Dès lors, il est difficile d'y voir uniquement la conséquence d'un trouble fonctionnel des reins. Tout en reconnaissant à ce dernier la part qui lui revient, il y a lieu de se demander pourquoi un hypertendu simple retient la même quantité de phtaléine qu'un individu à reins pertinemment frappés. L'hypertendu simple se montre souvent normal aux diverses épreuves rénales, sauf à la phtaléine. Peut-on, sur une seule déficience, incriminer les reins? C'est aller vite en besogne et s'engager sans assez de preuves. Une constatation isolée ne suffit pas à entraîner la conviction.

Le troisième groupe vise les hypertendus simples avec élimination phtaléinique normale, la clinique montrant, d'autre part, l'intégrité des reins. Cet ordre de faits contribue à suggérer que les reins des hypertendus simples sont dès lors indemnes, d'autant que la fonction uréo-sécrétoire apparaît également normale.

Il y a là une notion qui paraît mériter de retenir l'attention, car, envisagés au point de vue de leur élimination phtaléinique, les hypertendus ne peuvent en pareilles circonstances être regardés comme des rénaux.

M. Laubry insiste sur l'importance de l'hypertension chez

les jeunes non conditionnée par le rein. Dans l'évolution, si les lésions rénales apparaissent, elles sont sous la dépendance de l'hypertension.

Catarrhes bronchiques, sclérose pulmonaire et emphysème d'origine dyscrasique. Influence des leucopathies et de l'anaphylaxie. — M. Emile Feuillié montre qu'à la suite d'injections de toxiques variés, cantharidine, ovalbumine, acide chromique, toxine diphtérique, sérum de cheval, il se produit en quelques heures et même en moins d'une heure des catarrhes bronchiques leucopathiques, de la congestion avec infiltration leucocytaire et de l'emphysème atrophique définitif par rupture des fibres élastiques.

Dans la suite, dès le cinquième ou sixième jour, il apparaît une sclérose leucopathique aux dépens des nappes ou des nodules lymphocytaires d'apparence gommeuse. En quelques jours, il s'est fait d'énormes placards d'entartérite.

Au cours de ces expériences, on peut saisir la formation de dilatation bronchique simple : il se produit aussi un emphysème spécial broncho-pulmonaire, à la suite de la fragmentation des bronches en petites masses ou massues broncho-musculaires arrondies, constituées par la couche musculaire portant un épithélium, ramené à l'état cubique.

Tous ces résultats s'obtiennent rapidement aussi par des saignées répétées, par la parathyroïdectomie et par des chocs anaphylactiques.

L'antigène seul peut donc produire les mêmes lésions que le choc.

L'emphysème atrophique, affection essentiellement chronique ultérieurement peut être considérée fréquemment au point de vue pathogénique comme une affection suraiguë du poumon : il peut s'accentuer par une succession de chocs dyscrasiques successifs.

On peut déduire de ces expériences que l'asthme peut créer l'emphysème.

L'examen des malades doit être complété par l'établissement de la formule leucopathique sanguine et par la recherche de la fragilité leucocytaire.

Comme traitement curatif ou préventif on visera surtout la défense leucocytaire. Dans toutes les affections broncho-pulmonaires on peut obtenir des résultats très favorables, parfois surprenants par le traitement mercuriel, même en dehors de toute présomption de syphilis; on y adjoindra l'opothérapie thyroïdienne. Dans les cas aigus, on ajoutera, dès le début, trois à six injections intramusculaires de 10 centimètres cubes d'électrargol ; on prescrira de plus l'ingestion de poudre de surrénal.

Rétraction hypertrophique de l'estomac chez un nourrisson. (*Présentation de pièces.*) — MM. Variot et Cailleux.

(Séance du 26 octobre 1923)

Azotémie et troubles psychiques. — M. A. Lemierre à propos de deux observations de M. Urechia, précise les conditions d'observation clinique permettant d'attribuer à l'azotémie certains troubles psychiques survenant chez les brightiques. Le plus souvent ces troubles psychiques relèvent d'une pathogénie complexe où interviennent des poussées de chlorurémie, d'azotémie, d'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et l'athérome cérébral.

Pour que les désordres intellectuels puissent être attribués légitimement à l'azotémie et à l'azotémie seule, il faut que l'azotémie existe chez le malade comme seul témoin de l'affection rénale et notamment à l'exclusion de la chlorurémie et de l'hypertension artérielle. C'est là une circonstance assez rare, tout au moins dans les cas où les signes psychiques constituent à peu près tout le tableau clinique et font considérer les malades comme des mentaux. M. Lemierre après avoir rappelé des faits antérieurs de Dieulafoy, Dufour, Gelma, en rapporte deux observations personnelles.

Névrite post-sérothérapique. — MM. Sézary et Dessaint relatent un cas de polynévrite sensitive survenue chez une femme qui avait reçu une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Cette injection avait provoqué au bout de huit jours une éruption urticarienne et c'est au déclin de l'éruption que sont apparus les troubles nerveux, en même temps qu'un œdème fugace des membres inférieurs. La particularité la plus intéressante de cette polynévrite consiste dans les fourmillements douloureux que provoque l'élongation des nerfs des membres supérieurs ou inférieurs. Il n'y a aucun trouble moteur ou trophique. Une abolition des réflexes achilléens semble due à un tabès fruste concomitant, car la malade est syphilitique et il existe un signe d'Argyll-Robertson unilatéral, mais le liquide céphalo-rachidien est normal, et la séro-réaction négative.

Ces troubles nerveux qu'on ne saurait imputer au tabès ou à une névrite toxique, sont indiscutablement liés à la maladie du sérum. Ils évoluent rapidement vers la guérison, et les auteurs se demandent s'ils ne relèvent pas d'un œdème interfasciculaire des troncs nerveux.

Deux nouveaux cas de rhumatisme chronique déformant poly-articulaire syphilitique. — MM. H. Dufour et Duchon présentent deux malades atteints de rhumatisme chronique déformant; l'un âgé de trente ans, l'autre de quarante-sept ans. Le premier en plus de poussées synoviales des articulations des membres présente une raideur presque ankylosante de la colonne dorsale; le deuxième a des déformations des mains et doigts caractéristiques. Or, tous deux sont syphilitiques, le plus jeune a eu comme seule manifestation de syphilis l'existence d'un chancre très fugace à l'âge de vingt et un ans. La réaction de Wassermann est très positive dans le sang.

Le deuxième malade ignore avoir été contaminé, aussi s'agit-il peut-être chez lui d'une syphilis héréditaire ou acquise dans la première enfance. Il y a un Wassermann positif dans le sang, une inégalité pupillaire avec irrégularités du contour d'une des pupilles, le signe d'Argyll-Robertson d'un côté et une diminution de la contraction à la lumière pour l'autre œil.

Depuis que l'un des auteurs a commencé à individualiser le rhumatisme chronique déformant syphilitique, des faits nombreux viennent chaque jour confirmer l'existence de ce type clinique.

Hémicraniose au cours d'une maladie de Paget. — MM. Sicard et Laplane présentent un malade atteint d'une maladie de Paget ayant précocement provoqué au niveau du crâne une hypertrophie osseuse unilatérale rappelant de très près la déformation observée par Brissaud et Lereboullet et décrite par ces auteurs sous le nom d'hémicraniose.

L'analyse des observations, publiées jusqu'ici sous le nom d'hémicraniose permet de définir celle-ci comme un syndrome de pathogénie variable.

Il existe une hémi-facio-craniose, syndrôme congénital autonome de Brissaud et Lereboullet.

A côté de ce type bien classé, des hémi-hyperostoses craniennes peuvent relever de pathogénies multipes : gommes osseuses, rachitisme, maladie de Paget, etc.

Lipo-diagnostic des adhérences méningées rachidiennes. — MM. Sicard et Laplane montrent l'intérêt de l'épreuve du lipiodol rachidien dans un cas d'algie rebelle et persistante de la région lombo-fessière deux ans après un traumatisme violent du bassin postérieur. Le lipiodol injecté dans les parties hautes du rachis par voie sous-arachnoïdienne, s'est essaimé pour la plus grande partie au niveau des segments lombaires moyens alors que normalement il se collecte dans le sac terminal dural de la deuxième sacrée. Cette figure radiologique témoigne ainsi d'un processus méningé anormal avec brides adhérentielles, reliquat d'un hématome traumatique sous-arachnoïdien. On comprend l'aide précieuse apportée, dans ces conditions, par la radio-lipiodol, au diagnostic pathogénique et de localisation et dont bénéficirait également l'acte chirurgical, dans l'hypothèse d'une laminectomie.

Pneumothorax spontané et oléothorax. — MM. P. Emile-Weil, Darbois et Pollet rapportent l'histoire d'une femme atteinte de pneumothorax spontané total droit, qui persista sans modifications physiques ni fonctionnelles pendant un an; le moignon pulmonaire était gros comme une mandarine, rétracté au hile, la pression intrapleurale égalait la pression atmosphérique. Au bout d'un an, au cours d'une grippe, la malade présenta des phénomènes de surpression, la pression

intrapleurale devient + 8 + 6, le cœur est dévié à gauche, le foie rejeté en bas. La malade cyanosée, anhélante est en danger. Les auteurs décident de pratiquer un oléothorax et injectent en l'espace de deux mois, en neuf injections, un litre d'huile goménolée à 1 p. 100. Rapide amélioration, diminution de la dyspnée, de la cyanose, chute de la pression intrapleurale. Au bout de deux mois l'oléothorax a supprimé le pneumothorax. Depuis plus de six mois, on n'entretient plus l'oléothorax. Il persiste encore un peu d'huile dans la plèvre. Cependant le poumon a repris sa place, la respiration s'entend partout à droite, quoique faible à la base. La malade a recommencé à travailler et jouit d'une parfaite santé. La guérison paraît parfaite.

Talalgie par exostoses sous-calcanéennes d'origine traumatique. Guérison par radiothérapie. — M. L. Desclaux rapporte le cas d'un malade de soixante-sept ans qu'il eut à soigner pour talalgie droite datant de deux mois. Rien à l'examen ni à la palpation du pied. Pas de syphilis ni de blennorragie. Mais six ans auparavant chute de 3 mètres sur les deux talons.

A la radiographie réaction périostée à forme proliférante de la partie postéro-inférieure du calcanéum droit. De plus même lésion au pied gauche, quoique celui-ci ne fût point douloureux. Le rapport entre le traumatisme et la lésion osseuse était indubitable dans ce cas. Et cependant l'exostose avait succédé au traumatisme après un temps très long; la chose est d'ailleurs connue.

Le traitement radiothérapique a eu complètement raison des douleurs au bout de quatre séances.

Statistique relative au fonctionnement de service de psychiques de l'hôpital Tenon. — MM. Merklen, Minvielle et Hirschbebg présentent la statistique de ce service du 1er janvier 1922 au 30 septembre 1923. Durant ce temps ont été hospitalisés 295 malades, les uns sont des aliénés transitoires, les autres des aliénés durables. Les premiers sont exclusivement des confus, cette appellation englobe toutes les déterminations sur le cerveau des infections et des intoxications. Dans ce groupe, rentrent 49 délirants alcooliques, 4 confus idiopathiques, 20 confus d'infections aiguës diverses, 11 confus par affaiblissement psychique, 21 confus par lésions viscérales prolongées. A la plupart de ces malades l'internement peut être évité, la guérison survenant assez vite pour cela; de plus les affections originelles obligent souvent à les garder.

Parmi les aliénés durables les plus fréquents sont les paralytiques généraux, exactement 46.

Les maniaques sont au nombre de 22, les mélancoliques au nombre de 19. les psychoses puerpérales au nombre de 6. Les démences séniles, les démences par lésions cérébrales figurent dans la statistique pour 28 cas. Tous ces malades sont naturellement justiciables de l'asile.

Sans nous arrêter à 10 épileptiques, 1 débile simple, 2 pithiatiques, signalons 17 anormaux non aliénés : anxieux, hypocondriaques, pervertis, instinctifs, etc. Les aliénés vrais, qu'attend l'asile sont au nombre de 20 : mystiques, hallucinés, persécutés, etc. Enfin le service a reçu 19 sujets touchés dans leur psychisme par des affections diverses : méningite tuberculeuse, syphilis cérébrale, fracture du crâne, Korsakoff, inanition, etc.

Ces données suffisent à mettre en évidence l'utilité des services de psychiques à la fois pour les malades variés qui viennent y séjourner et pour l'instruction des élèves qui les fréquentent.

MM. de Massary, Crouzon, Claude, Toulouse, Rist, insistent sur l'importance de ces services de neuro-psychiatrie tant au point de vue pratique que pédagogique.

M. Legendre rappelle qu'il fut le premier à demander la création de ces services spéciaux.

Note sur les séquelles pulmonaires de l'intoxication par les gaz. — M. Brelet. Sur 50 anciens gazés examinés au Centre de Réforme de Nantes, 7 ne présentaient que des symptômes fonctionnels sans signes physiques broncho-pulmonaires, 3 étaient atteints de tuberculose pulmonaire évolutive, mais, dans deux cas, la tuberculose avait débuté trois ou quatre ans après l'atteinte par les gaz, 7 autres gazés avaient de la bronchite localisée, de la sclérose pulmonaire ou des reliquats de congestion pleuro-pulmonaire. Chez tous les autres malades (33 sur 50), on trouve un syndrome de bronchite chronique sèche avec emphysème pulmonaire; c'est le catarrhe sec avec emphysème décrit par Laënnec; cette forme d'emphysème pulmonaire n'est pas fonction de tuberculose.

Présentation d'appareils. — M. G. Rosenthal a réuni dans une boîte tous les instruments qui servent à réaliser la transfusion sanguine, opération de petite chirurgie.

— M. Grenet présente un appareil à pneumothorax.

LIVRES NOUVEAUX

La Thérapeutique du nourrisson en clientèle (1), par le professeur Nobécourt et Maillet.

Rien de délicat comme la santé du nourrisson. Et cela s'explique. Il est, de par le peu de développement de certaines fonctions, l'activité exagérée d'autres, en état d'équilibre physiologique très instable. Il se trouve en état d'infériorité dans ce conflit de deux facteurs en présence : l'organisme et le milieu. Cet équilibre, les moindres causes suffisent à le troubler. La maladie, rencontrant un terrain favorable, se déclare avec plus de facilité que chez l'adulte, les réactions défensives étant nulles, insuffisantes ou désordonnées. « La modalité vitale du nouveau-né, a dit le professeur Parrot, est très mobile; il suffit de peu pour en changer le cours, pour le faire passer de la nutrition à la dénutrition, de l'état de santé à l'état de maladie. »

Sa vie doit donc être entourée de soins particuliers. Tout d'abord il faut s'occuper de son *hygiène*, les moindres fautes, en pareille matière, pouvant comporter des conséquences fatales, ou, si elles n'entraînent pas la mort immédiate, avoir des répercussions lointaines et imprimer à l'organisme des tares indélébiles. « La médecine des enfants, a dit justement Bouchut, repose presque tout entière sur leur hygiène. »

De même, la *thérapeutique* du nourrisson mérite une étude spéciale. Elle se fonde, avant tout, sur l'anatomie et la physiologie comme sur la pathologie du premier âge. Posologie, mode d'administration, choix des médicaments, doivent être familiers au médecin. Et c'est pour ceux d'entre eux qui ne sont pas des spécialistes que le professeur Nobécourt et M. Maillet viennent de publier dans la *Bibliothèque des praticiens* un livre des plus intéressants et dont on ne saurait trop recommander la lecture. Tout y est, depuis les généralités sur la séméiotique, le diagnostic et le traitement des maladies de la première enfance, depuis l'exposé des notions essentielles relatives à l'hygiène, à l'alimentation et aux diverses médications externes ou internes, jusqu'au traitement des diverses maladies, en passant par le traitement des principaux symptômes. Grâce à leur expérience du sujet et à leur habitude de l'enseignement, les auteurs ont réalisé ce tour de force de faire tenir, en moins de 1.000 pages, tout ce qu'il est indispensable de savoir pour traiter un nourrisson malade et ont su, malgré le peu de place accordé à chaque sujet, l'exposer de la façon la plus claire et la plus pratique.

L. BABONNEIX.

Mœurs intimes du passé (8e série). *Education de princes* (2), par le docteur Cabanès.

Ce nouvel ouvrage de l'auteur du *Cabinet secret* et des *Indiscrétions de l'histoire*, fait suite à celui précédemment paru sous le titre d'*Enfances royales*. Il nous apporte une gerbe de documents des plus neufs, sur les premières années du grand Dauphin, qui eut tant à pâtir des fautes de l'inexorable M. de Montausier. Il nous dévoile comment furent élevés les petits-fils du grand Roi, nous révèle maints détails ignorés ou peu connus, sur l'enfance de Louis XV, sur l'édu-

(1) *Comment guérir?*. Bibliothèque des praticiens. In-4 de 864 pages. — Paris 1923, Maloine et fils.

(2) Un vol. in-16 de 538 pages orné de 138 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Albin Michel.

cation plutôt négligée de ses filles, *Mesdames de France.* Que de pages touchantes on y lira, sur la détention du petit Capet au Temple, sur la triste destinée de l'Aiglon! Le livre se termine par une monographie des plus passionnantes, sur cette admirable éducatrice que fut Madame de Genlis, cette disciple de Jean-Jacques, qui réussit à faire de ses élèves, non pas seulement des rois, mais des hommes dans le sens le plus large, le plus viril du mot. Faut-il ajouter que l'ouvrage du docteur Cabanès est, comme ses aînés, abondamment illustré, l'image et l'autographe se mariant très heureusement au texte pour en rehausser l'intérêt.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE DU CÆCUM [1]

DIAGNOSTIC. — **Au début**, le diagnostic est presque impossible. Les troubles fonctionnels intestinaux feront penser à la colite muco-membraneuse, à la diarrhée simple, aux divers syndromes douloureux d'ordre mécanique développés au niveau du cæco-ascendant (cæcum anormalement mobile, accolements en canons de fusil irréductible, membrane de Jackson, périviscérites, etc.) [de Martel et Ed. Antoine]. L'examen radiologique pourra mettre sur la voie du diagnostic exact, en montrant les modifications dans la forme, la situation, l'anatomie du cæco-ascendant. Si l'on ne constate aucune de cette modification anatomique de l'intestin, le diagnostic sera presque impossible à cette période.

Certes, à la radioscopie ou sur une radiographie, on peut constater parfois des petites déformations du cæcum, l'absence d'homogénéité, des bords flous et irréguliers, une spasmodicité anormale. Rien n'est pathognomonique à cette période.

On fouillera avec soin les antécédents du malade, on examinera attentivement ses poumons, son état général, on cherchera les signes de présomption de tuberculose. On pourra rechercher l'épreuve à la tuberculine, l'épreuve de la séroréaction de Courmont. On ne doit pas non plus négliger l'examen des selles et la recherche du bacille de Koch dans les fèces.

Ultérieurement, lorsque la tumeur se sera constituée, les rayons X donneront des signes de première valeur. Ils permettront de voir si la tumeur est intestinale ou extra-intestinale, si le cæcum se voit normal ou bien s'il est coudé ou déplacé par le développement d'une tuméfaction extra intestinale. Mais lorsqu'il s'agit bien d'un tuberculome iléo-cæcal, l'examen par le lavement opaque ou par l'épreuve des repas successifs donne des signes indiscutables.

Avec le lavement opaque, le lait de baryte pénètre normalement jusqu'au côlon ascendant. Mais le remplissage du cæcum est incomplet, irrégulier, donnant lieu à une image cæco-ascendante, tronquée, anfractueuse, lacunaire. La palpation est douloureuse et permet de percevoir la tumeur cæcale au niveau du défaut de remplissage du cæcum.

Dans l'épreuve des repas opaques successifs, l'examen radioscopique en position debout, puis couchée, révèle une image très caractéristique, connu sous le nom d'*image de Stierlin.* La substance opaque s'accumule en grande quantité au-dessus de la tumeur iléo-cæcale, donnant lieu à une stase cæcale volumineuse, avec un iléon fortement dilaté. En aval de la tumeur, une certaine quantité de baryte remplit normalement le côlon ascendant. Entre les deux images iléale et colo-ascendante il n'y a rien ou seulement une mince traînée opaque; l'absence de baryte au niveau de la tumeur fait un contraste avec la stase iléale. C'est qu'en effet le canal rétréci, la muqueuse ulcérée et sécrétant des liquides anormalement abondants ne gardent pas le contact avec la substance opaque, qui s'accumule au-dessus et au-dessous de la tumeur. Cette image caractéristique d'une tumeur cæco-ascendante n'est cependant pas pathognomonique pour la tuberculose car elle peut être observée dans toutes les tumeurs cæco-ascendantes. Le dernier mot reste donc à l'examen clinique.

Devant un tuberculeux avéré, ou quand les fistules sont caractéristiques le diagnostic de tuberculose cæcale se fait facilement. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Le *cancer du cæcum* survient, en général, après quarante ans; il donne lieu à une tumeur plus irrégulière, plus dure, longtemps mobile, parfois assez douloureuse. Les douleurs sont peut-être moins violentes, il évolue plus rapidement et s'accompagne de présence de sang dans les selles, d'amaigrissement rapide, d'anémie vite marquée avec polynucléose. En cas de doute, d'ailleurs, le traitement est le même, il est d'ordre chirurgical.

L'*actinomycose iléo cæcale* est beaucoup plus rare. Elle donne lieu à la période d'état à une tumeur, dont les limites sont indécises; elle est ligneuse, fixe, donnant lieu à l'impression d'une masse de suif poussée entre le squelette et la paroi (Poncet et Bérard). L'empâtement, les abcès violacés, le pus contenant des grains jaunes feront le diagnostic.

L'*appendicite chronique récidivante* peut, dans certains cas, amener la production de fausses membranes péricæcales, de tissu scléro-adipeux, d'épiploïte chronique, qui peuvent réaliser une tumeur dure, mate, douloureuse, à limites imprécises dans la fosse iliaque droite. Si le début des accidents a été marqué par des crises appendiculaires, le diagnostic est assez facile. Mais dans certains cas le diagnostic apparaît impossible à établir, et seule une laparotomie exploratrice peut révéler la nature exacte des lésions : tuberculome, cancer ou typhlite avec pérityphlite, périviscérite du carrefour inférieur avec épiploïte.

Les *tumeurs stercorales* sont pâteuses, se voient surtout chez la femme; elles cèdent à un purgatif.

Exceptionnellement, on se trouvera en présence d'une adénite iliaque, d'un kyste hydatique du psoas, ou d'un abcès froid de la fosse iliaque, lié à une coxalgie ou à un mal de Pott.

Une fois posé le diagnostic de tumeur tuberculeuse de la fosse iliaque droite, on peut encore chercher à préciser son siège et son étendue. Dans la *tuberculose hypertrophique de l'iléon,* la tumeur est sous ou péri-ombilicale, elle n'est pas franchement dans la fosse iliaque. Les symptômes de sténose sont plus constants et plus précoces que dans le tuberculome hypertrophique du cæcum. Dans la *forme entéro-péritonéale,* l'abdomen est météorisé, et la tumeur est souvent formée d'amas irréguliers, de gâteaux péritonéaux multiples. Gérard Marchant a enfin signalé des *adénites précæcales* tuberculeuses qui ont pu en imposer pour un tuberculome cæcal.

TRAITEMENT. — Le **traitement médical** est celui de la tuberculose entéritique banale et celui des diarrhées. Il est classique d'y ajouter la cure de repos, l'héliothérapie précoce, le bleu de méthylène (Rénon) et le collargol (Netter).

Le **traitement chirurgical** est spécialement indiqué dans le tuberculome hypertrophique du cæcum. La résection de la tumeur est une opération relativement simple et bien réglée (Quénu, Segond, Hartmann). L'opération est indiquée dans tous les cas où le poumon est intact et où l'état général du malade n'est pas trop atteint.

La guérison complète surviendrait dans 50 à 60 p. 100 des cas. Deux opérations sont possibles : la résection iléo-cæcale ou le court-circuit.

1. La *résection iléo-cæcale* sera pratiquée en un temps chez les sujets jeunes, résistants, qui n'ont pas trop souffert, et si la tumeur est libre, mobile, sans abcès ni fistule.

2. Le *court-circuit* sera indiqué dans tous les cas où la résection n'est pas possible d'emblée. On fera une iléo-sigmoïdostomie ou mieux une iléo-transversotomie Les accidents d'obstruction ou d'occlusion chronique disparaîtront aussitôt, les douleurs cesseront, et le malade pourra s'alimenter d'une façon satisfaisante : On devra alors l'envoyer faire ou sur le bord de la mer ou à la haute montagne, une cure prolongée d'héliothérapie. Il est vraiment remarquable de voir, à la suite de ce traitement, l'état général se remonter, le malade engraisser rapidement, la tumeur cæcale régresser, les abcès et les fistules se tarir.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 85, p. 1370, et n° 87, p. 1403.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 5 novembre. — Question donnée : « Angine de Ludwig. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 5 novembre. — Questions données : « Diagnostic des gastrorragies. — Polypes de l'utérus. »

MM. Seligman (Pierre), 30; Duhail, 28; Lemière (Maurice), 24; Ragot, 16; Blondin (Marcel), 32; Codet, 33; Tariel, 23; Lonjumeau, 32; Mlle Wolff (Madeleine), 34; M. Buisson, 22.

Séance du 6 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic des embolies de l'artère pulmonaire. — Symptômes, complications et traitement des fractures des deux os de l'avant-bras à la partie moyenne. »

MM. Gouvenot, 21; Guérin (Paul), 32; Cahen (Pierre) et Krief, 30; Depouilly, 20; Lemaire (André), 31; Ferey, 28; Rosier, 20; Moruzi, 15; Mer, 34.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 5 novembre 1923. — Question donnée : « Veine cave inférieure. »

MM. Jesover, 13; Hamelin (Robert) et Ho-Dac, 14; Jonard, 12; Jourdan (Georges), 13; Joseph, 10; Hervy, 14; Guillot (Félix), 9; Guyot (Jean), 15; Hazan, 11; Jourdan (Pierre), 19; Juge, 12; Jehiel et Hude, 14; Heim, 11; Deleau et Horovitz, 14; Hodanger, 10; Mlles Jacob et Imbert, 13.

Séance du 6 novembre. — Question donnée : « Nerf médian à partir du pli du coude. »

MM. Guillain, 12; David, 15; Chauvineau, 13; Caïn, 10; Grollet, 11; Jouniaux 12; Heber-Suffrin, 16; Guybert de la Beausseri, Herman, Mlle Courtine et MM. Guillemin, 13; Dansaert, 12; Hébert, 14; Jouanneau, 12; Hamel, 6; Ilaire et Alavoine, 15; Bloch (E.), 13; Ashtiany, 14; Brandy, 15.

Pathologie. — Séance du 5 novembre 1923. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la grossesse à terme. »

MM. Pigache (André), 9; Phalippou, 14 1/2; Mlle Oguse, 14; MM. Fardeau, 15; Mouchet, 16; Merle et Nicolle, 13; Mlle de Mayo, 18; MM. Meyer, 15; Mercier, 13; Mlle Oppenot, 14; MM. Monod (Pierre) et Pirel, 12; Mlle Monneyrat, 17; M. Monmignaut, 12; Mlle Maunoury, 16; MM. Montant, 19; Milleret, 15; Milhiet, 13.

Séance du 7 novembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. »

MM. Papaïoannou, 15; Patte, 12; Naggiar, 15; Monod (Olivier), 16; Mlle Neveu, 11; MM. Matifat, Moussette et Ollivier-Henry, 12; Mlles de Montauzon, 14; Moreau, 12; MM. Philouze, 15; Nicoglou, 9; Picarda, 12; Parent, 13; Mlles Odru, 17; Pichot, 15; MM. Massot, 20; Picard, 13; Mialaret, 14.

Erratum. — Dans la séance du 26 octobre, M. Weyl a obtenu la note 18 et non 10.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Section d'oto-rhino-laryngologie.* — Liste des candidats :

Bordeaux : M. Georges Portmann. — Lyon : MM. H. Aloin, René Gaillard, Jacod, Rebattu, Louis Rendu, Sargnon. — Paris : M. Lemaître.

LES ÉLÈVES ET LES AMIS DU DOCTEUR PROSPER MERKLEN, à l'occasion de sa nomination à Strasbourg comme professeur de clinique médicale, ont décidé de lui offrir un souvenir.

Ceux qui désirent participer à cette manifestation de sympathie sont priés de bien vouloir envoyer le plus tôt possible leur souscription au docteur G. Heuyer, médecin des hôpitaux, 74, boulevard Raspail (VIe) ou à M. Pr. Veil, interne des hôpitaux, 27, avenue Rapp (VIIe).

LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE. — L'ŒUVRE FRANCISCAINE INTERNATIONALE DE SECOURS « PRO LEPROSIS ». — Notre confrère, M Vincent d'Amato, professeur de dermatologie à l'Université de Rome, vient de fonder une institution philanthropique de la plus haute importance : l'Œuvre franciscaine de secours pour aider tous les missionnaires qui vont soigner volontairement les lépreux à l'étranger.

L'Œuvre « Pro Leprosis » est une œuvre universelle de charité et de pitié; elle s'appuie sur la générosité des riches, sur les petites contributions des moins riches, surtout sur la science et sur la bienveillance des médecins qui plus que personne sont à même d'apprécier les dangers de la redoutable infection et les services rendus par les missionnaires, sœurs

et religieux qui exposent leur vie pour traiter les malheureux lépreux.

Ceux de nos confrères qui désireront s'associer au Comité international de l'Œuvre « Pro Leprosis » sont priés d'envoyer leur adhésion à M. le professeur d'Amato, à Rome, via Cesare Battisti 133, en suggérant leur opinion sur la meilleure manière de faire connaître l'institution en France : conférences, articles dans les journaux politiques, comités universitaires, comités de dames, etc.

Les auteurs et les éditeurs de publications scientifiques sur la lèpre sont priés de vouloir bien les envoyer à titre gracieux à « Opera Pro Leprosis » (Sezione tecnico-scientifica), Convento S. Antonio, via Merulana, 124, Roma.

Les offrandes devront être adressées au Rev. P. Cipriano Silvestri O. F. M., directeur de l'Œuvre franciscaine, « Pro Leprosis », collegio Sant'Antonio, via Merulana, 124, Roma.

LA PROTECTION DU CHIMPANZÉ. — Le correspondant du *Temps* à Dakar lui signale les mesures de protection que le gouverneur général de l'Afrique occidentale française vient de décider pour conserver aux laboratoires le chimpanzé que traquaient trop vivement les chasseurs de fourrures.

Par arrêté en date du 6 septembre 1923, la capture, la détention, le commerce et l'exportation des chimpanzés vivants sont interdits dans toute l'étendue de l'Afrique occidentale française.

Des autorisations exceptionnelles de capturer, de garder en captivité et de sortir de la colonie ces singes peuvent être, toutefois, accordées sur demandes motivées émanant d'établissements scientifiques ou médicaux ou de personnalités qualifiées : elles sont accordées à titre personnel et ne peuvent être transférées. Les titulaires doivent être munis du permis de capture scientifique qui mentionnera la durée de validité de l'autorisation ainsi que le nombre de chimpanzés vivants dont la capture sera autorisée. Les chasseurs pourront être accompagnés d'indicateurs indigènes, mais la capture ne pourra se faire qu'au moyen de filets ou de trappes et le rabattage devra exclure tout procédé susceptible de blesser les animaux. L'interdiction de tuer ou de blesser ne pourra souffrir d'exception qu'en cas de légitime défense.

La nouvelle réglementation prévoit enfin des mesures de contrôle de capture et d'exportation.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Bataille, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. (Hôtel-Dieu. Professeur : M. F. DE LAPERSONNE.) — PROGRAMME GÉNÉRAL DES COURS ET CONFÉRENCES. — M. le professeur de Lapersonne recommencera ses leçons cliniques le vendredi 9 novembre 1923, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Dupuytren et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du service. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 1/2 : Conférences à la policlinique Panas.

Les mardis, jeudis et samedis, à 9 h : Opérations.

Enseignement spécial pour les stagiaires. — La première série de cet enseignement sera donnée à partir du mardi 13 novembre 1923, les mardis, jeudis et samedis, à 10 h., à l'amphithéâtre Dupuytren, pour les élèves de quatrième année.

Ces leçons, accompagnées de présentations de malades, de projections en couleurs, etc., pourront être suivies par les auditeurs bénévoles qui se feront inscrire auprès du professeur.

La deuxième série commencera le deuxième mardi de janvier 1924 et sera donnée dans les mêmes conditions.

Institut de médecine coloniale. — Une série de leçons sera faite par M. F. de Lapersonne, en novembre et décembre 1923, sur les questions intéressant la médecine exotique.

Cours de neurologie oculaire. — Sous la direction du professeur de Lapersonne, MM. Foix et Velter, agrégés, feront un cours sur les manifestations oculaires des maladies du système nerveux, à partir du mardi 8 janvier 1924 et le continueront les mardis, jeudis et samedis suivants, dans l'après-midi.

Cours de perfectionnement. — Ce cours technique, avec examens cliniques, travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire sera fait en mai et juin 1924 par M. F. de Lapersonne, assisté de MM. Velter, agrégé; Hautant, oto-rhinologiste des hôpitaux ; Prélat, Monbrun et Cousin, chefs de clinique et de laboratoire.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE. (Clinique Baudelocque.) — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 9 novembre 1923, à 11 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion des observations cliniques.
Mercredi : Présentations de malades.
Vendredi : Leçon clinique.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital des Enfants-Malades.) — M. le professeur Broca, assisté de M. Ombrédanne, agrégé, commencera un cours de clinique chirurgicale infantile le vendredi 9 novembre 1923, à 10 h. 1/2, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

M. le professeur Broca fera la leçon du vendredi et M. le docteur Ombrédanne celle du mardi.

COURS DE CLINIQUE UROLOGIQUE (Clinique Guyon. Hôpital Necker.) — M. le professeur Legueu commencera ses leçons le mercredi 14 novembre 1923, à 11 heures, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des cliniques.

Opérations le lundi de 9 h. 1/2 à 12 heures; le mercredi et le vendredi de 9 h. 1/2 à 11 heures, avant la clinique.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. Hovelacque, agrégé, commencera ces conférences le lundi 12 novembre 1923, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Anatomie des membres.

— M. H. Rouvière, agrégé, commencera ces conférences le mardi 13 novembre 1923, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Splanchnologie.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE MÉDICALE. — M. le docteur Ch. Aubertin, agrégé, commencera ses leçons de pathologie interne le jeudi 15 novembre 1923, à 18 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Maladies du cœur et des vaisseaux. Maladies de la rate.

HOPITAL NECKER. — ENSEIGNEMENT CLINIQUE MÉDICAL. — M. Paul Ribierre, agrégé, médecin de l'hôpital Necker, reprendra ses leçons de clinique médicale le samedi 10 novembre 1923, à 11 heures, à la salle de consultations Henri-Huchard, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Le vendredi, à 9 h. 30, consultation externe pour les maladies du cœur et des vaisseaux.

Les autres jours, à 9 heures, enseignement clinique au lit des malades (salles Chauffard et Henri-Huchard).

HOPITAL BROUSSAIS. — ENSEIGNEMENT CLINIQUE MÉDICAL. — M. le docteur H. Dufour fera tous les vendredis à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins enseignement des stagiaires.

Première conférence le vendredi 16 novembre 1923.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

Par M. BRELET,
Professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

La coexistence de la fièvre et d'une éruption cutanée s'observe très souvent en clinique et l'on pourrait décrire, comme fièvres éruptives, un grand nombre de maladies, par exemple la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la fièvre zostérienne. Mais la nosographie classique, consacrée par l'usage, réserve l'appellation de fièvre éruptive à un petit groupe constitué par la rougeole, la scarlatine, la rubéole (1), la varicelle et la variole, dans lesquelles l'éruption est de toute première importance pour le diagnostic.

Après une incubation plus ou moins longue, les fièvres éruptives débutent par une période dite d'invasion, puis survient un exanthème et c'est alors la période d'éruption; enfin, certaines fièvres éruptives se terminent par une desquamation caractéristique.

A chacune de ces périodes, ou plutôt aux trois dernières, car l'incubation reste habituellement silencieuse, le diagnostic différentiel est souvent difficile, les fièvres éruptives pouvant être confondues les unes avec les autres ou avec d'autres affections. Un diagnostic précoce est cependant très utile, moins pour le malade, les fièvres éruptives n'ayant pas de traitement spécifique, que pour son entourage, les risques de contagion se prolongeant tant que les mesures de prophylaxie, conséquence du diagnostic, ne sont pas prises.

I

Diagnostic à la période d'incubation. — Entre le moment du contage, qu'il est d'ailleurs bien souvent impossible de préciser, et l'apparition des premiers symptômes, s'étend la période d'incubation; celle-ci n'est, dans la plupart des cas, marquée par aucun phénomène morbide. On a mentionné, pour la rougeole, un certain nombre de signes permettant de prévoir que tel enfant, ayant été en contact avec un rougeoleux, n'a pas échappé à la contagion et va lui aussi avoir la rougeole; ce sont de légers malaises, des élévations thermiques passagères, des érythèmes fugaces, l'hypertrophie brusque des ganglions du cou (Sébilleau); ces symptômes ne sont pas constants. Deux autres signes ont été décrits; le premier a été découvert par Meunier: c'est un abaissement notable du poids de l'enfant, *une chute de poids prémorbilleuse* qui débute vers le quatrième ou cinquième jour de l'incubation, par conséquent plusieurs jours avant la fièvre de la période d'invasion; la perte de poids est en moyenne, chez l'enfant, de 60 grammes par jour; elle tient sans doute à un trouble précoce de la nutrition provoqué par l'infection morbilleuse; mais on observerait peut être le même phénomène, si on le recherchait, dans l'incubation d'autres maladies infectieuses, ce qui en diminue la valeur diagnostique, comme Meunier le reconnaît lui-même. Le second signe de l'incubation de la rougeole a été signalé par Combe, bien étudié par Renaud, Plantenga. En examinant le sang et en comptant les globules blancs des sujets qui vont avoir la rougeole, on constate une *hyperleucocytose prérubéolique* qui commence en même temps que l'incubation, augmente rapidement et atteint son maximum le sixième jour environ avant le début de l'exanthème; à ce moment, le chiffre normal des leucocytes est souvent triplé, l'augmentation portant sur les polynucléaires. Ces deux signes (chute de poids et hyperleucocytose) n'ont guère qu'un intérêt théorique; il est, en effet, bien difficile de les rechercher, tout au moins le second.

Si l'incubation des fièvres éruptives ne donne aucun symptôme clinique et ne peut, par conséquent, être diagnostiquée, il est important de bien connaître sa durée pour chacune de ces maladies, car on est souvent consulté à ce sujet. Un enfant a été en contact avec un malade atteint de rougeole, de scarlatine; dans combien de jours saurons-nous si l'enfant a été contagionné? Dans combien de jours apparaîtront les premiers symptômes? L'incubation de la rougeole est longue, dix jours en moyenne, avec un minimum de huit jours et un maximum de quatorze. Dans la scarlatine, l'incubation est de quatre à cinq jours (Teissier et Duvoir), quatre à sept jours (Hutinel et Martin), mais elle peut être plus courte et Trousseau a cité un cas très démonstratif dans lequel l'incubation ne fut que de vingt-quatre heures; on a signalé des incubations très prolongées de vingt, trente et même quarante jours; ces faits sont très douteux, ou plutôt s'expliquent peut-être par la persistance du virus scarlatin dans un objet, un vêtement et la pénétration du germe dans l'organisme à une date plus tardive que ne le faisait supposer l'enquête étiologique.

Les chiffres donnés pour l'incubation de la rubéole sont assez différents; d'après May Michael, l'incubation serait de plus de dix jours; Hutinel et Martin indiquent une moyenne de quatorze jours, avec un minimum de cinq jours et un maximum de trois semaines; d'après Teissier, les chiffres de quatorze jours (Netter), quinze jours (Juhel-Rénoy) et seize jours (Aviragnet et Apert) répondent à la généralité des cas. Chez les sujets inoculés de variole, au temps de la variolisation, l'incubation de la variole était de sept à huit jours; pour ceux qui contractent la maladie par contagion, l'incubation est plus longue, douze jours en moyenne, avec un minimum de huit jours et un maximum de quatorze. Dans la varicelle, il faut compter quatorze à quinze jours d'incubation (Apert), quelquefois un peu moins (onze ou douze jours), quelquefois un peu plus, dix-sept et même vingt et un jours; Gouget a publié des faits où l'incubation a paru ne pas dépasser quatre jours.

II

Diagnostic à la période d'invasion. — La période d'invasion s'étend depuis le début de la fièvre et des symptômes généraux jusqu'à l'apparition de l'éruption. Le diagnostic de la *rougeole* peut et doit être fait, dans la plupart des cas, dès cette période, parce que l'invasion de la rougeole dure habituellement quatre jours, temps assez long pour bien examiner le malade et se garantir ainsi de toute surprise, et parce que l'on peut trouver pendant cette période, à la condition de le rechercher systématiquement et avec soin, un signe presque pathogno

(1) La description d'une quatrième maladie et même d'une cinquième, paraît bien inutile.

monique, le signe de Koplik. En dehors du signe de Koplik, l'invasion de la rougeole est marquée par un ensemble de symptômes assez nets et assez particuliers. Le malade est pris de fièvre, la température s'élève à 38°5, 39 et même parfois 40 degrés, dès le premier ou le second jour; la température est généralement plus élevée le soir que le matin; parfois, le troisième jour, la veille de l'éruption par conséquent, on constate une rémission et une baisse de la température qui peut être de 2 degrés, mais cette rémission n'est pas constante, et, en réalité, la courbe thermique de l'invasion de la rougeole est des plus variables, des plus irrégulières (Comby).

Le pouls est rapide, l'appétit perdu, la soif vive, le sommeil agité; les vomissements ne sont pas rares, et, chez les enfants nerveux, des convulsions peuvent se produire. Avec la fièvre, il existe un catarrhe des muqueuses du nez, des yeux, du larynx, et, en même temps, un énanthème sur la muqueuse bucco-pharyngée. Le catarrhe oculo-nasal se traduit par la rougeur des yeux, le larmoiement, la photophobie, des éternuements, quelquefois des épistaxis et un coryza avec écoulement séreux ou muqueux qui irrite le pourtour des narines; le catarrhe du larynx a comme symptômes l'enrouement et une toux sèche un peu rauque, incessante et pénible; dans quelques cas, le catarrhe du larynx provoque des accès de laryngite striduleuse (Trousseau). Cette infection des voies aériennes supérieures et l'énanthème bucco-pharyngé peuvent avoir pour conséquence des adénopathies cervicales et sous-maxillaires (Dieulafoy).

A l'examen de la bouche et du pharynx on constate plusieurs signes, dont un de la plus grande valeur pour le diagnostic.

Heim, puis d'Espine, décrivent un piqueté rose occupant le voile du palais et constitué par des taches plus ou moins saillantes, à contours bien limités; c'est l'érythème tacheté du voile du palais. très fréquent mais non constant, apparaissant un ou deux jours avant l'éruption (Combe). Comby a montré la fréquence de la stomatite érythémato-pultacée au début de la rougeole; la muqueuse des gencives, de la face interne des lèvres et des joues apparaît gonflée, d'une coloration rouge violacé, recouverte par places d'un dépôt pultacé; mais si cette stomatite est fréquente, elle ne diffère en rien de la stomatite érythémato-pultacée banale; c'est donc une infection buccale qui n'appartient pas en propre à la rougeole, qui peut être observée dans toutes les maladies infectieuses chez les enfants.

Au contraire, le *signe de Koplik* est plus spécial à la rougeole; découvert par Koplik, en 1896, ce signe a été longtemps discuté en France, tout simplement parce qu'on le recherchait mal et parce que les premières descriptions données avaient été inexactes.

Guérin et surtout Bing, dans sa remarquable thèse, eurent le mérite de reprendre complètement l'étude du signe de Koplik et d'attirer sur sa valeur l'attention des médecins français; depuis, les travaux se sont multipliés (Braillon, Apert, Gouget, Brelet, M. de Biehler) pour montrer que ce signe devait devenir classique. Le signe de Koplik est constitué par la présence, sur la face interne de la muqueuse des joues et des lèvres, de taches rouges dont le centre est occupé par un point blanc bleuâtre. La tache, rose ou rouge clair, est irrégulière, étoilée, parfois arrondie; d'abord petite, elle s'élargit et vient se réunir aux taches voisines; le point central, blanc bleuâtre, est l'élément fondamental, seul pathognomonique, du signe de Koplik; il est arrondi, de dimensions très petites, n'atteignant jamais 2 à 6 millimètres de diamètre, comme on l'a souvent écrit par erreur, mesurant tout au plus un millimètre de diamètre et même, dans la plupart des cas, ne dépassant guère 2 à 6/10 de millimètre. Le point blanc bleuâtre fait une légère saillie, adhère à la muqueuse et n'en est détaché qu'assez difficilement par le frottement de l'abaisse-langue. La muqueuse sur laquelle repose la tache de Koplik présente souvent un aspect dépoli assez caractéristique bien mis en évidence par Guérin; quand les taches rouges se sont fusionnées, la muqueuse forme un fond uniformément rouge, mais les petits points d'un blanc bleuâtre ne se réunissent jamais les uns aux autres; la tache de Koplik ne s'ulcère pas et disparaît en trois à cinq jours. La localisation exclusive du signe de Koplik est la muqueuse des joues et des lèvres, avec une grande prédominance sur la face interne des joues; le nombre des taches et des points blancs est très variable; si parfois il en existe seulement quelques-uns, dans d'autres cas ils sont en très grand nombre; certains auteurs indiquent une moyenne de six à vingt points sur la face interne de chaque joue; cette moyenne est très au-dessous de la réalité. Pour bien voir les taches de Koplik un bon éclairage est indispensable; on examinera la bouche du malade au grand jour, près d'une fenêtre. Le signe de Koplik apparaît l'un des trois jours qui précèdent l'éruption, dans la majorité des cas l'avant-veille d'après Bing, un jour avant l'éruption d'après M. de Biehler; il peut apparaître plus tôt, et M. de Biehler cite un fait exceptionnel dans lequel les taches de Koplik précédèrent de dix jours l'éruption morbilleuse. Quand on trouve ce signe, on peut presque affirmer que le malade est en incubation de rougeole; on se souviendra cependant que, pour quelques auteurs, le signe de Koplik n'est pas pathognomonique : Perrin a constaté sa présence dans la grippe, l'angine érythémateuse, Weill, dans la scarlatine et la varicelle, Weill et Gardère dans les oreillons; Aviragnet et Apert, Netter, Teissier ont observé le signe de Koplik, mais très exceptionnellement, dans la rubéole. Quant à l'absence de signe de Koplik, elle ne doit pas faire écarter complètement le diagnostic de rougeole, car, dans quelques cas exceptionnnels, ce signe paraît manquer; en 1905, Bing écrivait qu'on trouve le signe de Koplik dans 80 p. 100 des cas environ. Aujourd'hui qu'on le recherche avec plus de soin, le pourcentage est beaucoup plus élevé puisque M. de Biehler n'a constaté l'absence des taches de Koplik que dans 3 cas sur 947. Le signe de Koplik est donc sans doute constant, mais, comme les autres exanthèmes et énanthèmes des fièvres éruptives, il peut parfois être réduit au minimum ou n'avoir qu'une durée très éphémère et échapper ainsi à l'observation. M. de Biehler a donc parfaitement raison de conclure que l'examen de la bouche, chez les malades suspects de rougeole, doit être toujours fait, cet examen ayant au moins autant d'importance que celui de la gorge et que l'auscultation.

Ainsi donc fièvre, catarrhe oculo-nasal, signe de Koplik, tels sont les grands symptômes de l'invasion morbilleuse. Les troubles digestifs sont aussi assez fréquents; ils consistent en nausées, vomissements et diarrhée, diarrhée souvent bilieuse, chargée de matières verdâtres, surtout chez les enfants en dentition (Borsieri). Il est presque inutile de mentionner le signe de Bolognini, un froissement péritonéal

fin et neigeux, perçu à la palpation de l'abdomen et attribué par cet auteur à un énanthème du péritoine; ce signe est rare, difficile à rechercher; il peut se rencontrer dans toute diarrhée (Comby). Quant aux rash, ils sont exceptionnels, fort heureusement, car rien ne complique le diagnostic des fièvres éruptives comme l'apparition de rash; quand ils apparaissent au début de la rougeole, ce sont des érythèmes rubéoliformes ou scarlatiniformes, de nature infectieuse; ils ont une certaine importance pour le pronostic car ils indiquent que l'enfant est menacé, dans le cours ou dans la convalescence de sa maladie, par des infections secondaires (Hutinel et Martin). Nous avons vu que, dans la plupart des cas, l'invasion de la rougeole dure quatre jours; mais parfois elle se prolonge cinq, six et jusqu'à huit jours (Trousseau); elle peut aussi être plus courte et même manquer complètement, l'éruption apparaissant d'emblée sans avoir été précédée de fièvre ni de catarrhe oculo-nasal (Comby).

L'invasion de la *scarlatine* est plus rapide, plus brutale; elle ne dure que douze à vingt-quatre heures, très exceptionnellement deux jours; elle est marquée par trois symptômes : la fièvre avec tachycardie, les troubles gastro-intestinaux, l'angine ou plutôt les signes amygdalo-pharyngés. La fièvre débute brusquement, s'élève quelquefois jusqu'à 39°5, 40 degrés et même plus; la peau est brûlante, sèche, le malade est agité, anxieux, peut avoir dès les premières heures du délire; avec cette fièvre, le pouls devient très rapide, 120 à 140 et au delà chez les jeunes enfants; Trousseau a bien montré que cette fréquence du pouls avait une grande importance pour le diagnostic; Fiessinger a signalé des cas de scarlatine peu fébrile dans lesquels on pouvait noter la tachycardie. Les signes gastro-intestinaux ne manquent presque jamais; ce sont des nausées et des vomissements, alimentaires d'abord, puis bilieux; la diarrhée est parfois abondante; Raoul, Tissier accordent une grande valeur diagnostique à ces symptômes; d'après Raoul, ils existent dans les quatre cinquièmes des cas et beaucoup plus souvent que dans tous les autres cas d'angine où au contraire les troubles digestifs sont rares; cette assertion est peut-être un peu exagérée, toute angine à début brusque et très fébrile pouvant s'accompagner de vomissements. A l'examen de la gorge, on constate toujours quelque chose d'anormal, mais il est important de bien préciser les résultats fournis par cet examen car les descriptions données diffèrent assez les unes des autres; tantôt on remarque seulement une rougeur diffuse, foncée, recouvrant les amygdales, les piliers et le voile du palais; tantôt existent tous les signes d'une inflammation amygdalo-pharyngée, douleur, rougeur, tuméfaction. Cette variabilité dans l'aspect de la gorge explique pourquoi l'angine est considérée par certains auteurs comme un symptôme, par les autres comme une complication de la scarlatine. Lasègue, Cadet de Gassicourt, Moizard distinguent l'énanthème de l'isthme pharyngé, symptôme de la scarlatine, et les angines qui viennent se greffer sur l'énanthème, constituant par conséquent une complication. Nous croyons aussi que l'énanthème est le véritable symptôme pharyngien de la scarlatine (Babonneix et Brelet), et tout récemment nous avons encore vu plusieurs cas de scarlatine avec énanthème sans angine. Gouget n'admet pas cette opinion et considère l'angine comme un symptôme essentiel de la scarlatine. L'énanthème est une rougeur plus ou moins vive, répandue non seulement sur les amygdales, la luette et le voile du palais, mais encore sur la face interne des joues et sur les gencives; la coloration varie du rose tendre à la rougeur framboisée, écarlate, vineuse; l'énanthème est en nappe ou en pointillé; il ne donne que peu de symptômes fonctionnels, le malade ne se plaignant guère que d'une sensation de sécheresse dans la bouche et dans la gorge. La rougeur peut disparaître, c'est alors une scarlatine avec énanthème sans angine; mais très souvent, l'énanthème ayant préparé l'infection de la gorge, on observe tous les symptômes et signes d'une angine érythémato-pultacée : douleur à la déglutition, voix nasillarde, tuméfaction rouge des amygdales et de la luette, aspect vernissé des amygdales recouvertes d'une légère couche de mucus, enduits pultacés disposés en îlots ou recouvrant uniformément les amygdales et le pharynx. Une adénopathie sous-maxillaire accompagne ces angines, mais elle est habituellement peu développée. On a signalé quelques cas d'angine à fausses membranes précédant l'éruption (Millard); ils sont très rares. Dès cette période de la scarlatine l'examen de la langue est très important; la langue est allongée, rouge vif sur les bords et à la pointe, alors que sur le dos est un enduit pultacé, blanc, épais; ce contraste entre les deux teintes, blanc sur rouge vif, est caractéristique (Lesage, Tissier). Les rash sont très exceptionnels à la période d'invasion de la scarlatine; cependant Monnier a publié une observation de rash purpurique apparu aux cuisses et autour de la ceinture vingt-quatre heures avant un exanthème scarlatineux.

Dans la *variole*, l'invasion est la période la plus aiguë de la maladie, celle où les symptômes généraux sont les plus marqués; de toutes les fièvres éruptives, la variole a l'invasion la plus violente. L'affection débute par un frisson intense et prolongé; la température s'élève dès le premier jour à 39°5, 40 degrés, le pouls atteint 120, 140; la respiration est accélérée, angoissante; le malade ressent des douleurs vives, une céphalalgie frontale ou généralisée, une rachialgie qui consiste en douleurs de reins tantôt sourdes et contusives, tantôt lancinantes et qui s'accompagnent parfois de troubles de la miction, parfois encore d'impotence des membres inférieurs allant jusqu'à la paraplégie. L'anorexie est absolue, la soif vive, quelquefois le malade a de la gastralgie avec ou sans vomissements; les symptômes nerveux sont fréquents (délire chez les adultes, convulsions chez les enfants). Dans les jours qui suivent, la température atteint quelquefois 41 degrés et même 42 degrés le soir, avec une légère rémission le matin; vers le deuxième ou troisième jour peuvent apparaître des rash; leur fréquence varie suivant les épidémies; ainsi Briquet a observé des rash dans 2,4 p. 100 des cas, Brouardel dans 28 p. 100; d'après Roger et Weill, ils sont particulièrement fréquents dans les cas graves, par exemple dans les varioles hémorragiques. Le rash qui précède l'éruption est le plus souvent scarlatiniforme; il débute par les aines, envahit les régions crurales et l'abdomen, existe aussi aux aisselles et au tronc; il est très rare que ce rash scarlatiniforme se généralise. Dans d'autres cas, c'est un rash morbilliforme, parfois un rash hémorragique généralisé à tout le corps, et alors le pronostic est presque fatal. On décrit aussi un rash ortié qui s'accompagne de prurit, et un rash érysipélateux qui consiste dans une rougeur sombre de la face sans bourrelet péri-

phérique (Hutinel et Martin). La durée de cette invasion de la variole varie entre un et cinq jours; les varioles graves ont une invasion courte; toute invasion qui dure plus de trois jours laisse espérer une variole moyenne ou légère.

Rubéole et varicelle ont une période d'invasion si courte et à symptômes si peu intenses que bien souvent le médecin n'est appelé qu'au moment de l'éruption. Dans la *rubéole*, l'invasion dure quelques heures seulement; on a noté cependant jusqu'à trois, quatre et même cinq jours de prodromes; le malade a de la fièvre à 38°, 38°5, parfois 40 degrés (Comby); on signale aussi des symptômes de catarrhe oculonasal rappelant l'invasion de la rougeole. D'après Aviragnet et Apert, le début se fait brusquement par une légère élévation de température, suivie à bref délai (vingt-deux heures en moyenne) de l'apparition de l'éruption.

L'invasion de la *varicelle* st très souvent insidieuse; beaucoup d'enfants ne se plaignent de rien, continuent à sortir et à fréquenter l'école alors qu'ils ont déjà les vésicules de la varicelle; mais d'autres ont de la fièvre, des vomissements, des convulsions, quelquefois des rash du type scarlatiniforme, plus rarement morbilliforme ou purpurique (Comby, Chauffard, Cerf, d'Halluin). L'invasion de la varicelle dure un jour, deux jours, rarement plus; Galliard a publié deux observations de fièvre prévaricellique prolongée.

Pendant cette période d'invasion, les fièvres éruptives ne peuvent guère être confondues les unes avec les autres; cependant les rash de la variole ressemblent tout à fait à une éruption de scarlatine ou de rougeole, mais ces rash surviennent chez un malade dont l'état général grave, la rachialgie, les symptômes nerveux font penser à une variole, alors surtout que manquent complètement les signes habituels de la scarlatine ou de la rougeole. C'est plutôt avec d'autres affections que le diagnostic est à faire. Un début brusque, brutal, par de la fièvre, des frissons, des troubles gastro-intestinaux est commun à la scarlatine, à la variole, à la *pneumonie*, à l'*érysipèle* et même à la *fièvre typhoïde* qui, surtout chez l'enfant, n'a pas toujours le début progressif décrit autrefois comme classique; dans tous ces cas, c'est un examen complet du malade qui permet de reconnaître les symptômes propres à chaque maladie. Si des *convulsions* apparaissent dès le début d'une fièvre éruptive et comme premier symptôme au moment du frisson initial, il ne faut pas s'alarmer et faire hâtivement le diagnostic d'affection méningo-encéphalique.

Le catarrhe oculo-nasal et le catarrhe laryngo-trachéo-bronchique de la rougeole peuvent être pris soit pour un *coryza* et un rhume vulgaires, soit pour une *grippe*, mais la grippe a un début plus brutal, elle donne presque immédiatement de la courbature, des douleurs dans la tête, le rachis et les membres, un abattement profond, phénomènes qui font défaut dans la rougeole; celle-ci, par contre, a son signe de Koplik qui impose le diagnostic. Si dans la rougeole, la laryngite du début prend les caractères de la laryngite striduleuse, c'est alors avec le *croup* que la confusion devient possible; cette laryngite striduleuse, ce faux croup peut aussi être observé au début de la variole, mais il est, dans la variole, beaucoup moins commun que dans la rougeole (Trousseau). Pour la laryngite striduleuse de la rougeole il faut d'abord faire le diagnostic de faux croup en se basant sur le début brusque, la dyspnée violente d'emblée, les caractères de la voix et de la toux qui sont rauques, bruyantes, mais ne sont pas éteintes dans l'intervalle des accès, alors que dans le croup le début est lent, des modifications de la toux et de la voix précèdent la dyspnée, celle-ci s'installe progressivement et persiste ensuite entre les paroxysmes; mais il faut reconnaître que ce parallèle théorique entre les symptômes du croup et du faux croup ne peut suffire à résoudre toutes les difficultés cliniques que l'on rencontre parfois.

Pour la *scarlatine*, c'est avec toutes les angines que le diagnostic est à faire. On pensera toujours à la scarlatine en présence d'une affection à début brusque marqué par de la fièvre, des troubles gastro-intestinaux et des symptômes pharyngiens; la scarlatine est très souvent méconnue, aussi toutes les fois qu'on est appelé auprès d'un enfant et même d'un adulte atteint d'*angine* « il faut songer à la possibilité d'une scarlatine, la chercher dès le premier jour, et les deux ou trois jours suivants » (Comby). L'aspect de la langue sera noté avec soin, car il est très spécial dans la scarlatine.

La *variole* se présente au début comme une maladie générale grave; elle peut être différenciée de toutes les grandes pyrexies par l'acuité de ses symptômes et par leur réunion qu'on ne trouve vraiment que dans la variole (Hutinel et Martin). Dans la *grippe* à forme nerveuse le début se rapproche beaucoup de celui de la variole; mais en général les symptômes s'amendent très rapidement. La *néphrite* aiguë et la *myélite* aiguë ont avec la variole quelques symptômes communs (douleurs lombaires, rachialgie), mais on peut les différencier par l'étude détaillée des symptômes urinaires ou nerveux qui les accompagnent.

III

Diagnostic à la période d'éruption. — Si j'ai longuement insisté sur les signes qui marquent le début des fièvres éruptives, c'est qu'il faut tenir grand compte pour le diagnostic du début de la maladie, des signes de la période d'invasion. Un érythème morbilliforme, un érythème scarlatiniforme ne peuvent parfois être distingués d'une rougeole, d'une scarlatine que par la notion des circonstances dans lesquelles sont apparus les exanthèmes.

L'éruption de la *rougeole* débute, au quatrième jour de la maladie, alors que l'enfant a les yeux bouffis et larmoyants, les conjonctives injectées, du coryza et de la toux; les premières taches seront recherchées en arrière des oreilles, sur le front, sur le cou, puis sur le reste du visage; ce sont d'abord de petites taches rouges, des macules isolées, ayant à peine la dimension d'une lentille; elles deviennent bientôt plus grandes et plus nombreuses, se réunissent en grappe, et couvrent la face, mais en laissant par places des intervalles de peau saine; à ce moment les macules se sont légèrement surélevées, devenant ainsi des papules; au toucher, la peau donne une sensation comparée à celle d'un velours très fin. De la face et du cou, l'éruption s'étend, gagne le tronc et les membres, mettant environ deux jours à se constituer; sur la poitrine, sur les bras et les jambes, les taches sont étendues, formées de larges macules rouges à contours irréguliers, groupées souvent en corymbes; comme à la face, il y a toujours sur le corps des intervalles de peau saine. Les éléments éruptifs perdent rapidement la vivacité de leur coloration, si bien qu'à la face ils pâlissent

déjà quand l'éruption atteint les membres inférieurs. Pendant toute la durée de l'éruption, la température oscille entre 39 et 40 degrés; puis la défervescence se fait brusquement ou par échelons.

L'éruption peut présenter quelques anomalies : les taches forment parfois une véritable saillie, ce sont des papules très accentuées (rougeole boutonneuse); dans certains cas, les taches sont hémorragiques (rougeole hémorragique, rougeole ecchymotique) mais il en faut distinguer deux variétés : chez des enfants ayant une toux quinteuse et pénible, les macules deviennent ecchymotiques, parce que, sous l'influence des efforts de toux, les capillaires de la peau se dilatent à l'excès et peuvent même se rompre, la forme ecchymotique n'a pas alors de pronostic grave; au contraire, quand les éléments éruptifs deviennent hémorragiques, chez des enfants infectés, affaiblis ou cachéctiques, le pronostic est toujours redoutable (Hutinel et Martin). Il existe aussi de grandes variations dans l'intensité de l'éruption : rougeole confluente, rougeole discrète; on a même décrit la rougeole sans éruption, *morbilli sine morbillis*; Hutinel et Martin disent n'en avoir jamais observé un seul cas; d'après Comby, les observations publiées sont sujettes à caution. Notons enfin que parfois l'éruption est prurigineuse, ce qui a pour conséquence des lésions de grattage (Vergely).

Dans la plupart des cas, quand la rougeole est régulière, se présente avec tous ses symptômes, le diagnostic est vraiment très facile; mais souvent aussi, les symptômes sont incomplets, l'éruption discrète et alors le diagnostic devient délicat. Nous verrons plus loin comment différencier la rougeole de certaines autres fièvres éruptives : rubéole, scarlatine et même variole. Sous le nom de *roséole saisonnière*, on décrit une éruption morbilliforme ou plutôt rubéoliforme, qui évolue sans fièvre, apparait et disparait en vingt-quatre heures; l'éruption, qui n'est précédée d'aucun catarrhe, se généralise d'emblée, ses macules ne présentent aucun soulèvement; cette roséole saisonnière n'est pas une maladie contagieuse, c'est très probablement un érythème d'origine intestinale et de nature infectieuse (Hutinel).

La *roséole syphilitique* est exceptionnelle chez les enfants, à l'âge habituel de la rougeole; elle rappelle un peu la rougeole comme éruption; il n'y a ni fièvre, ni catarrhe oculo-nasal, et, par contre, on constate habituellement d'autres accidents spécifiques, mais il faut y penser et les rechercher.

La *suette miliaire* présente quelques analogies avec la rougeole; cependant le début par des sueurs profuses et des accidents nerveux (étouffement, angoisse épigastrique, palpitations) est bien spécial à la suette; après trois ou quatre jours, apparaît une éruption qui peut prendre trois aspects, morbilliforme, scarlatiniforme ou purpurique, mais qui toujours s'accompagne de miliaire, l'élément de la miliaire étant constitué par une petite élévation de la peau qui forme un relief appréciable au toucher. Dans sa forme commune, la suette se distingue donc nettement de la rougeole, mais on a décrit une forme rubéolique de la suette, qui s'observe chez des enfants, et qui débute par du catarrhe oculo-nasal; on se basera, pour faire le diagnostic de suette sur l'abondance des sueurs, sur le polymorphisme de l'exanthème et sur l'éruption miliaire (Thoinot, Hontang).

C'est surtout avec les éruptions d'origine médicamenteuse et avec les érythèmes toxi-infectieux que l'on peut confondre la rougeole. Parmi les *éruptions médicamenteuses* qui ressemblent à l'exanthème de la rougeole, il faut citer celles qui sont dues à l'antipyrine, au chloral, à la quinine et aux balsamiques; l'antipyrine donne de larges placards rouges qui prédominent à la face et aux membres; l'érythème du chloral est constitué par de petites taches rosées, arrondies, répandues sur tout le corps mais respectant souvent la face. Les éruptions dues à la quinine et aux balsamiques sont souvent prurigineuses et rappellent plutôt l'urticaire. Dans tous ces cas, il n'y a ni fièvre, ni catarrhe oculo-nasal, ni énanthème. Des éruptions médicamenteuses, on rapprochera les *éruptions sériques* qui apparaissent après une injection de sérum antidiphtérique ou de tout autre sérum, et qui présentent des modalités nombreuses, parmi lesquelles l'érythème morbilliforme; celui-ci. qui, d'après Marfan, doit être rattaché, comme pathogénie, non pas au sérum, mais à une toxi-infection secondaire, le plus souvent streptococcique, diffère de la rougeole par plusieurs caractères : l'éruption débute plutôt aux fesses, aux genoux qu'à la face; elle est souvent accompagnée de prurit; elle est fugace, disparaît pour se montrer de nouveau quelques heures après. Mais dans un hôpital d'enfants, un convalescent de diphtérie peut avoir une véritable rougeole; il faut donc quelquefois y regarder de près pour différencier un érythème sérique morbilliforme d'une rougeole authentique. Reste à faire le diagnostic avec les *érythèmes toxi-infectieux* qui ont pris une place importante en pathologie infantile, à la suite des travaux de Hutinel et de ses élèves; ils se montrent au cours ou dans la convalescence de maladies générales (fièvre typhoïde, grippe, par exemple), d'infections pharyngées, gastro-intestinales ou pulmonaires; ils sont quelquefois morbilliformes, scarlatiniformes, mais plus habituellement ils sont polymorphes; ils siègent surtout au niveau des articulations, aux coudes, aux genoux et restent localisés aux membres; ils s'accompagnent souvent de douleurs articulaires. Leur apparition au cours d'une maladie antérieure, l'absence de période d'invasion et par conséquent de catarrhe oculo-nasal et d'énanthème permettent de les différencier assez facilement de la rougeole.

Dans la *scarlatine*, l'éruption débute sur la poitrine, sur le ventre et les aines, puis elle gagne les membres où elle est surtout nette aux jarrets, aux plis des coudes. Au début, c'est un pointillé rouge, formé de très petites papules grosses au plus comme une tête d'épingle et faisant à la surface de la peau une saillie appréciable au toucher; ce pointillé est entouré d'une zone de congestion rosée. Selon le nombre et la confluence des papules, l'éruption présente un aspect très variable : souvent elle reste très discrète, réduite à un pointillé sur la région antérieure du thorax et sur les aines; dans d'autres cas, les éléments sont beaucoup plus nombreux, occupant une plus grande étendue de la surface cutanée; si l'éruption est intense, les papules sont tellement confluentes qu'elles se confondent avec la zone congestive, et l'on voit alors de grandes nappes éruptives, d'une coloration rouge écarlate qui rappelle la couleur de l'écrevisse cuite (rouge astacoïde), du jus de framboise ou de la lie de vin; à la périphérie de ces grandes nappes éruptives, on retrouve le pointillé caractéristique. Au début, la rougeur de la scarlatine s'efface à la pression : en appliquant la main, les doigts ouverts, au niveau d'une plaque scarlatineuse, on voit l'empreinte des doigts se des-

siner en blanc quelques instants; en faisant des stries avec l'ongle sur une partie rouge de la peau, on voit apparaître des raies blanches; c'est la raie scarlatineuse de Borsieri. A la face, l'éruption est rare (Moizard); quand elle envahit le visage, elle s'y montre sous forme d'éléments papuleux isolés ou sous forme de bandes éruptives qui donnent l'apparence de l'empreinte des doigts, comme si le malade avait reçu un soufflet; la peau de la face est alors un peu tuméfiée. Avec une éruption scarlatineuse intense, on observe souvent de la miliaire (Archambault), surtout au niveau du ventre, du cou et sur la poitrine (Moizard). L'éruption de scarlatine ne s'accompagne pas habituellement de démangeaisons; cependant, parfois, il y a du prurit et le malade se gratte (Grisolle, Rilliet et Barthez, Saint-Philippe). Mayer a signalé un engourdissement des mains qui apparaît en même temps que l'éruption et donne une sensation d'épines, de fourmis, à la face palmaire des mains; ce trouble dure un jour ou deux, ou seulement quelques heures; Aubertin, atteint de scarlatine, a constaté sur lui-même ce symptôme et confirme la description de Mayer; il a souvent rencontré ce signe chez les scarlatineux adultes.

L'éruption scarlatineuse se constitue toujours rapidement, en vingt-quatre ou trente-six heures au plus; dans les cas moyens, elle dure quatre à six jours, dans les cas intenses elle peut persister plus longtemps et rester encore nettement perceptible dix jours après son début. Mais il y a souvent des cas frustes avec exanthème discret et fugace; nous y reviendrons.

En ces dernières années, plusieurs signes ont été décrits qui seraient utiles pour le diagnostic des cas difficiles. C'est d'abord le signe de Filatow, bien étudié en France par Fromont; il consiste en une pâleur péribuccale, une pâleur des lèvres et du menton faisant contraste avec la rougeur des joues; la pâleur péribuccale est un signe de début de l'éruption, mais elle persiste plusieurs jours pendant la période d'état. Pastia a décrit, en 1910, le signe du pli du coude; c'est un exanthème linéaire, très intense, localisé au niveau des plis de flexion du coude; sa teinte, d'abord rosée, devient rouge foncé ou lie de vin, puis souvent ecchymotique; on observe ainsi deux à quatre traînées linéaires entre lesquelles est un exanthème semblable à celui qui se développe sur les autres parties du corps; ce signe se voit aussi parfois, mais plus rarement qu'au coude, au niveau des plis de l'aisselle; il est précoce, apparaissant dès le début, persistant pendant toute la durée de l'éruption, et même quelque temps après, sous forme d'une pigmentation linéaire très intense; d'après Pastia, le signe du pli du coude, qui n'existe pas dans les éruptions médicamenteuses, est presque constant dans la scarlatine (94 cas sur 100); la valeur de ce signe a été discutée, on l'aurait constaté dans la rougeole, dans l'érythème mercuriel; cependant Stoïanovitch lui attribue une importance séméiologique très grande, admettant que les traits rouges scalariformes du coude appartiennent en propre à la scarlatine.

Pour beaucoup d'auteurs, le signe de Pastia est simplement une éruption plus intense, avec tendance ecchymotique en une région où la peau est plus fine et plus fragile. L'exanthème scarlatineux a, en effet, une certaine tendance aux ecchymoses, tendance que l'on peut rendre manifeste par plusieurs procédés : constriction du bras par une bande élastique (Rumpel, Leede), par un lacet (Weill), application d'une ventouse (d'Œlsnitz), pincement de la peau (Hecht).

Il faut insister sur la grande fréquence des scarlatines frustes; l'éruption est alors très légère, ne persistant parfois que quelques heures; parfois, l'éruption est localisée en certaines régions. Braun, Gimmel, Lemoine ont signalé des scarlatines frustes avec éruption localisée à la face; Stoupy a décrit un exanthème palmaire et plantaire, le reste de la peau restant normal; ces cas ne peuvent être parfois diagnostiqués que par l'examen de la gorge, de la langue, et plus tard par la desquamation. Notons encore diverses anomalies de l'éruption, par exemple l'exanthème en plaques irrégulières n'ayant aucune tendance à se rejoindre; c'est la *scarlatina variegata*; on peut observer aussi des pétéchies, plus ou moins abondantes, qui sont d'un pronostic très grave quand elles s'accompagnent d'autres hémorragies.

Après avoir bien recherché l'éruption de scarlatine, il faut examiner avec autant d'attention *la gorge et la langue* du malade. Sur le voile du palais, les piliers, les amygdales, on voit une rougeur uniforme qui augmente avec l'éruptipn et prend la teinte framboisée. La muqueuse du voile du palais est lisse, vernissée; souvent les amygdales sont plus ou moins recouvertes d'un enduit pultacé ou même de fausses membranes; c'est alors l'angine pseudo-membraneuse précoce qui n'est presque jamais une angine diphtérique à bacilles de Lœffler.

L'aspect de la langue est peut-être encore plus caractéristique; la signature de la maladie est inscrite sur la langue et la gorge (Lesage). On observe, en effet, un véritable cycle d'évolution linguale, dont nous avons déjà décrit le premier stade (blanc sur rouge vif); au deuxième stade le dépôt pultacé diminue d'étendue et tombe d'avant en arrière, si bien que le liseré rouge vif s'élargit sur les côtés et forme un V qui circonscrit le V blanc; vers le septième ou huitième jour (troisième stade), toute la langue est dépouillée, rouge écarlate, framboisée, la desquamation ayant mis à nu les papilles; cet aspect spécial dure deux à quatre jours, puis (quatrième stade), l'épithélium se refait, les papilles deviennent moins saillantes, la langue perd sa teinte rouge écarlate, devient lisse et vernissée pour reprendre vers le quinzième jour son aspect normal; la scarlatine détermine donc une glossite aiguë, proliférative, exfoliatrice (Lesage, Tissier). Pendant la période d'éruption, la température est plus ou moins élevée, mais quelquefois la scarlatine est apyrétique; le pouls reste fréquent, la soif est vive, l'appétit nul. Les symptômes généraux sont très variables; parfois le malade n'a qu'un malaise presque insignifiant, il y a d'autres cas, au contraire, dans lesquels il succombe rapidement, après avoir présenté tous les signes d'une toxi-infection profonde.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1923)

L'éloge de Montprofit — M. HARTMANN donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument élevé, à Angers, en l'honneur de Montprofit.

A propos de la journée anglaise. — M. Léon BERNARD, au nom de la Section d'hygiène, fait un rapport sur la question posée par M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, à propos de la journée anglaise. En voici le résumé :

Du point de vue physiologique, ce n'est pas la considération de l'hygiène de la nutrition qui milite contre la journée de travail en un seul poste, mais bien celle du rendement du travail. La journée dite anglaise, contraire aux traditions et à l'organisation de l'existence des travailleurs français, ne semble pas à recommander pour notre pays.

Le statut des sages-femmes. — La discussion porte sur l'article suivant : Les sages-femmes pourront donner leurs soins aux femmes enceintes dont la grossesse est certaine.

A partir du moment où survient une complication ou une difficulté, elles devront appeler un médecin.

M. HERGOTT regrette cet article.

Afin d'éviter les avortements criminels, surtout fréquents dans les deux ou trois premiers mois de la gestation, on a pensé à ne permettre aux sages-femmes les soins aux femmes enceintes qu'après cette première période de la gestation.

M. Hergott estime que nous devons combiner tous nos efforts pour diminuer les avortements volontaires. Il regrette, à ce point de vue, qu'on n'ait pas défendu la vente des instruments utilisés pour ces avortements.

Revenant au rôle de la sage-femme durant la gestation, il estime qu'elle doit avoir le droit de donner ses soins aux femmes enceintes, durant toute la période de la gestation.

M. PINARD estime qu'il faut faire quelque chose de nouveau pour le statut des sages-femmes. Jusqu'à ces derniers temps, on ne s'est pas assez préoccupé de l'hygiène spéciale de la gestation. Les anciens traités classiques de l'obstétrique n'en parlent même pas.

Il est de toute importance que les sages-femmes soient instruites des questions de cette hygiène spéciale. Les sages-femmes doivent avoir le droit et le devoir de s'en occuper. Il faut aussi qu'elles soient à même de reconnaître les deux grandes complications possibles de la gestation, la présentation de l'épaule et l'éclampsie, cas pour lesquels on a proposé qu'elles doivent aussitôt appeler un médecin. Il est de toute évidence, en effet, que lorsqu'on a fait, à temps, le nécessaire, on doit venir à bout de ces deux redoutables complications.

On ne devrait plus voir de présentations de l'épaule, ni d'éclampsies.

M. Pinard insiste donc pour que les sages-femmes, instruites à cet effet, aient le droit et le devoir de donner aux femmes enceintes tous les soins qu'exige l'hygiène spéciale de la gestation.

En terminant, M. Pinard est d'avis de remplacer le terme de grossesse par celui de gestation.

M. BAR n'est pas de cet avis et tient au terme de grossesse qu'il trouve parfaitement honorable.

On veut que la sage-femme ait le droit et le devoir de donner des soins hygiéniques pendant tout le cours de la grossesse. On a fait, à cette proposition, l'objection qu'il pourrait être plus prudent de ne la faire intervenir auprès d'une femme enceinte qu'après le troisième mois, afin d'éviter les avortements criminels. Il peut aussi y avoir des complications et des difficultés d'ordre gynécologique. Il faut donc que la sage-femme puisse reconnaître une grossesse anormale. Il y a là une grosse difficulté sociale. On sait combien peuvent être graves les conséquences d'une erreur de diagnostic. Aussi M. Bar préférerait-il qu'on dise que la sage-femme peut, et non pas doit, donner ses soins aux femmes enceintes.

M. BALTHAZARD s'étonne de voir la Commission abandonner complètement ses premières conclusions. Il rappelle le point de départ de la discussion, l'avortement criminel. Or, les médecins légistes savent bien que, toutes proportions gardées, il y a beaucoup plus de sages-femmes que de médecins qui pratiquent cet avortement. Il est donc tout naturel qu'on prenne, à leur égard, plus de précautions. Il demande donc le maintien de la conclusion de la Commission.

M. Balthazard fait observer à M. Hergott qu'il y a parfaitement une loi, celle du 30 juillet 1921, qui prohibe la vente d'instruments destinés à pratiquer l'avortement.

M. BAR reconnaît qu'il peut y avoir un certain danger à ce que certaines sages-femmes soient mises en rapport avec des femmes enceintes dès les deux premiers mois de la grossesse. Il est vrai qu'on a admis qu'elles pouvaient être contrôlées. Comment, d'ailleurs, pourrions-nous empêcher une femme enceinte d'aller consulter une sage-femme dès le début de sa grossesse ?

— L'Académie se trouve donc en présence de quatre vœux différents. M. le Président met aux voix le dernier amendement proposé, celui de M. Balthazard, c'est-à-dire celui de la Commission, ainsi conçu : « La sage-femme a le droit de donner ses soins aux femmes enceintes dont la grossesse est normale. » Cet amendement est adopté par 17 voix contre 6.

Flatulence d'origine fermentative. — M. Georges HAYEM communique à l'Académie l'étude d'un syndrome qu'il dénomme « flatulence d'origine fermentative ».

En employant d'une manière méthodique et systématique, l'auscultation de la paroi abdominale, il a établi l'existence de deux espèces distinctes de flatulence.

Dans la première, les gaz qui distendent le tube digestif proviennent de l'extérieur; c'est de l'air atmosphérique dégluti.

Le plus habituellement, ainsi que l'a démontré l'auteur, il y a plus de vingt ans, l'air est entraîné par la salive hypersécrétive, « sialophagie ou hypersialophagie ».

La seconde espèce de flatulence, objet du travail actuel, est produite par le développement du gaz *in situ* dans l'intérieur même des « cavités » estomac et intestins.

Elle a pour signes essentiels des bruits d'auscultation : au niveau de l'estomac, on entend une sorte de bouillonnement, à résonance parfois amphorique au niveau des intestins, des bruits assez divers, plus éclatants, produisant un véritable tapage gazeux.

Quand l'estomac est distendu, le cardia est franchi un peu difficilement, même par les boissons; le pylore peut être, au contraire, relâché, comme forcé, d'où résulte une évacuation gastrique précoce.

La grande distension du côlon, particulièrement du côlon gauche, détermine dans quelques cas, une déformation plus ou moins notable de l'estomac.

La flatulence est partielle, stomacale pure ou intestinale, pure, ou bien, ce qui est plus fréquent, générale, à la fois stomacale et intestinale.

L'auteur en fait connaître les retentissements, le diagnostic, les causes et le traitement.

C'est une affection fréquente, rebelle; nécessitant la prescription d'un régime et de divers antifermentescibles, notamment du kaolin et du képhir.

Dans les cas où ces moyens se montrent insuffisants, il convient de recourir aux lavages de l'estomac.

Vaccinothérapie des paradénites. — M. DELBET, en son nom et au nom de MM. BAUVY et MENEGAUX, fait une intéressante communication sur ce sujet. Les résultats obtenus par cette méthode sont très encourageants.

La vaccination obligatoire chez les indigènes musulmans de la Régence. — M. DINGUIZLI nous fait une curieuse communication sur ce sujet.

Devant la résistance des Mahométans à la vaccination, il a demandé l'opinion des maîtres de la mosquée. Après un historique complet de la variole et de la vaccine, la question porte sur le fait de savoir si l'on peut recourir à une médica-

tion par des impuretés, médication interdite par les paroles du prophète.

Toutefois, cette médication pourrait-elle être utilisée, si elle est prescrite par un médecin musulman, et s'il n'est pas d'autre médication contre la variole? Dans ce cas, la prohibition s'effacerait devant la nécessité.

La réponse est que cette médication est licite. La vaccination a pour but, il est vrai, d'introduire une maladie dans le corps, maladie bénigne qui met sûrement à l'abri d'une maladie grave, souvent mortelle et, quand elle guérit, laissant des traces enlaidissantes indélébiles.

Entre deux maux, il faut choisir le moindre. On ne doit donc pas hésiter à se préserver d'un mal grave par un mal bénin.

Après quelques considérations et citations de textes, on arrive à cette conclusion « que l'inoculation de cette maladie (vaccine) sous une forme bénigne en vue de se préserver de la dangereuse maladie dite « variole » est licite et permise ».

Il est bon d'ajouter que la pratique de cette opération (vaccination) n'est permise qu'à l'homme de l'art.

La vaccination est donc permise par la loi religieuse, et si le prince des croyants décrétait que la vaccination est licite cette pratique serait obligatoire.

Amibiase primitive dans les bronches des enfants. — Mme PANAYOTATON lit une note sur ce sujet.

Spirochétose ictéro-hémorragique. — Ayant découvert, à l'armée de Verdun, une nouvelle forme de jaunisse (spirochétose ictéro-hémorragique), M. Auguste PETTIT fut chargé par M. Godart, sous-secrétaire d'Etat au service de santé, d'étudier cette affection au front; il isola ainsi un grand nombre de souches de spirochètes, nécessaires pour préparer un sérum thérapeutique utilisé non seulement en France, mais par l'armée belge et l'amirauté anglaise.

La pénurie d'animaux et d'aides ne lui a permis de conserver qu'une souche, isolée sur un soldat de l'armée de Verdun en 1916.

Depuis sept ans, chaque semaine, environ, le virus est passé à un nouveau cobaye; tous les quinze jours, d'autre part, on réensemence le microbe en milieu de culture.

Ce n'est pas là du dilettantisme microbiologique stérile.

Cette souche, à peu près unique, est fournie constamment aux médecins des deux mondes; elle sert dans le laboratoire à de nouvelles recherches; enfin, elle est indispensable pour préparer le sérum antispirochétosique et assurer le service de séro-diagnostic auxquels recourent notamment les médecins des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1923)

Ligature de la carotide externe. — M. BAUDET fait un rapport sur un nouveau procédé de ligature de la carotide externe dans les cas de cancers inopérables et ayant pour but d'arrêter les hémorragies, procédé imaginé par son interne M. Hartglass.

Il consiste à se diriger directement sur la jugulaire interne, à la libérer et à la repousser en avant avec les ganglions et le tronc thyro-linguo-facial. On voit alors nettement la carotide primitive au niveau de sa bifurcation et on peut aisément placer un fil sur la carotide externe. M. Hartglass, dans deux cas, serait ainsi parvenu à arrêter de graves gémorragies.

Anus artificiel sur le côlon ascendant. — M. ROUX-BERGER fait un rapport sur une observation adressée par M. Hertz, dans laquelle, pour des résections de la portion sigmoïdienne de l'intestin, l'auteur pratiqua l'anus préalable sur le côlon ascendant, selon le procédé de Bouchet, trouvant à cet anus en éperon plusieurs avantages, entre autres, celui de donner des selles pâteuses et d'être conséquemment plus continant.

M. Roux-Berger a relevé huit cas dans lesquels ce procédé a donné de bons résultats.

Kystes hydatiques multiples du foie. — M. ROUX-BERGER fait un second rapport sur un cas de kystes hydatiques multiples du foie opéré par M. Constantini (d'Alger). Laparotomie, incision, formolage et suture de plusieurs kystes. Restait un kyste postérieur. M. Constantini prolongea alors son incision, en pratiquant une phréno-thoracotomie, opération qu'il a antérieurement décrite.

A signaler, dans ce cas, l'épreuve de Weinberg négative et l'intradermo-réaction positive, ce qui semble indiquer la supériorité de cette épreuve sur la réaction de Weinberg.

Intoxication par le protoxyde d'azote. — M. Anselme SCHWARTZ revient sur le cas qu'il a présenté en février dernier. Rappelons qu'il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans, bronchitique, chez laquelle il pratiqua une cholécystectomie avec l'anesthésie par le protoxyde d'azote.

Cette malade présenta, presque aussitôt après l'opération, les accidents les plus graves : teint violacé, facies grippé, pouls rapide et petit, succession de syncopes, langue rôtie, anurie, vomissements, respiration de Cheyne-Stokes. Après deux ou trois jours, pendant lesquels ont été mises en œuvre les médications les plus énergiques, disparition des accidents, retour à l'état normal. Rien du côté de la plaie, réunion par première intention.

M. Schwartz avait conclu à des accidents produits par le protoxyde d'azote.

— Plusieurs membres n'ont pas admis la conclusion de M. Schwartz et ont attribué ces accidents à d'autres causes.

M. Schwartz maintient sa conclusion.

Pancréas accessoire. — M. TUFFIER, opérant une femme pour des accidents pyloriques, trouva une petite tumeur comme un noyau de cerise qu'à l'examen histologique on reconnut être un pancréas accessoire.

Tumeur de l'estomac. — M. GOSSET rapporte l'observation d'un homme de quarante-huit ans qui présentait des hémorragies gastriques, sans autre symptôme. La radiographie montrait une petite encoche sur la petite courbure.

A l'opération, M. Gosset trouve une tumeur du volume d'une orange, d'aspect sarcomateux. Il ouvre l'estomac et constate que cette tumeur avait perforé la muqueuse gastrique en deux points et ouvert deux vaisseaux qui saignaient. Résection de la tumeur avec le segment gastrique où elle siégeait. Fermeture, sans gastro-entérostomie.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un gliome, tumeur bénigne, dont M. Gosset a déjà montré plusieurs exemples. Les hémorragies gastriques sont le seul symptôme de ces tumeurs.

— Parmi les présentations, nous signalerons celle qu'a faite M. BROCA, d'un enfant d'un an, auquel il a refait un palais sans recourir à l'éclairage frontal, ni à la sonde nasale pour le chloroforme, ni à l'aspiration qu'il considère comme dangereuse. Il s'est contenté d'assurer l'hémostase par simple compression à l'aide des éponges montées, car M. Broca est resté fidèle aux éponges qu'il préfère de beaucoup aux tampons de gaze.

M. VEAU rend, tout d'abord, grandement hommage à l'habileté bien connue de M. Broca qui a acquis une telle expérience de ces opérations sur le palais, qu'il peut se passer de bien des perfectionnements qui sont cependant fort utiles pour des chirurgiens n'ayant pas l'extrême habileté, ni l'expérience de M. Broca.

Nous admettons que, parmi ces perfectionnements, il en est de très bons, tels, par exemple, que l'éclairage frontal Mais, M. Broca n'a certainement pas tort, quand il vante, comme moyen hémostatique, l'éponge, et la préfère à la gaze.

Nous avons vu Péan pratiquer, nombre de fois, des staphylorraphies et palatoplasties avec une extrême habileté et un succès presque constant.

Comme M. Broca, il assurait l'hémostase par un bon tamponnement avec des éponges montées sur des pinces languettes, qu'il faisait appliquer d'avance de chaque côté de la bouche et qui étaient changées fort souvent. Comme M. Broca, Péan profitait des tamponnements hémostatiques pour faire donner le chloroforme à la compresse, par intermittence. Enfin, pour ses sutures, il se servait d'un chasse-fil à roulettes qui était extrêmement commode pour passer les fils d'argent.

Il n'y a donc, en réalité, rien d'absolument nouveau sous le soleil, si ce n'est l'éclairage frontal qui, incontestablement, nous semble un réel progrès pour opérer dans des cavités telles que la bouche, le vagin ou même le ventre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1923) (*suite*)

Sur le mécanisme de l'hypertension postdépressive qui accompagne la reprise des battements cardiaques après excitation centrifuge du vague. — MM. A. Tournade, M. Chabrol et S. Taditch, par l'étude de l'oncogramme du rein irrigué par un autre sujet, du rein normal et du rein énervé, montrent l'intervention de réactions vaso-constrictives à la fois nerveuses et adrénaliniques à l'occasion de l'excitation centrifuge du vague au cou.

La sécrétion d'adrénaline est démontrée par la méthode de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire. Quand on excite le bout périphérique du vague au cou chez le donneur, on observe de l'hypertension artérielle et de la bradycardie chez le transfusé.

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1923)

La réaction du benjoin colloïdal dans la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. Guy Laroche et Dauptain ont observé un cas de spirochétose ictéro-hémorragique avec réaction méningée clinique et biologique extrêmement intense. Le liquide céphalo-rachidien était jaune et contenait 200 cellules mononucléaires et lymphocytes par millimètre cube. La réaction du benjoin colloïdal fut complètement négative. Leur cas se rapproche de celui récemment publié de M. Lecomte et de Mlle Joltrois où le syndrome méningé s'accompagnait d'iritis avec névrite optique; la réaction du benjoin colloïdal faite sur le liquide céphalo-rachidien avait été également négative.

Leur observation montre que la réaction du benjoin colloïdal reste négative dans la spirochétose ictéro-hémorragique, même lorsque la réaction cellulaire est considérable.

Ces constatations s'ajoutent à celles déjà faites avec le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de zona, d'oreillons, de rubéole, etc.

Malgré l'intensité des réactions méningées, le type lymphocytaire mononucléaire et même polynucléaire, la réaction du benjoin colloïdal faite avec ces liquides demeure négative.

Essais d'isolement d'agents microbiens dans la rhinite atrophique ozéneuse par inoculations expérimentales. — MM. F. Arloing, L. Thévenot et Jacod n'ont pu, au cours d'essais répétés d'inoculations au lapin, isoler un microbe électif des sécrétions des ozéneux. Les injections intraveineuses de cultures microbiennes de bacilles de Perez ou d'Abel-Löwenberg aussi bien que celles d'émulsion de sécrétions ozéneuses ou de cultures fraîches en provenant n'ont pu provoquer chez le lapin les manifestations septicémiques et nasales décrites par Perez, Hofer et d'autres auteurs; une fois seulement ils ont observé au niveau de l'oreille inoculée la plaque gangréneuse notée par Perez.

Cultures des sécrétions nasales des malades atteints de rhinite atrophique. — MM. F. Arloing, L. Thévenot et Jacod n'ont pas rencontré d'agent aérobie ou anaérobie constant particulier dans les sécrétions nasales des ozéneux. Le bacille d'Abel-Löwenberg est évidemment le plus fréquent des germes observés 30 fois, puis viennent le pseudo-diphtérique 13 fois, le pseudo-Perez 11 fois, le staphylocoque blanc ou doré 10 fois, le pneumocoque 5 fois, le tétragène 3 fois, etc.

Le réflexe médio-pubien. — MM. Georges Guillain et Th. Alajouanine décrivent sous le nom de réflexe médio-pubien un réflexe osseux qui se recherche avec la technique suivante. Le sujet étant étendu sur le dos, dans un état de relâchement musculaire, les membres inférieurs modérément écartés l'un de l'autre, les cuisses en légère abduction et rotation externe, après avoir repéré à travers les téguments la région de la symphyse pubienne, on percute à ce niveau avec le marteau à réflexe. On obtient une double réponse. La réponse inférieure porte sur les muscles adducteurs (pectiné et adducteurs) dont la contraction détermine un mouvement d'adduction plus ou moins marqué; parfois s'y joint, mais de façon inconstante, une contraction légère des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin. La réponse supérieure porte sur les muscles de l'abdomen dont la contraction resserre la sangle abdominale; elle est surtout marquée au niveau des grands droits, moins intense au niveau des obliques et des transverses; enfin on peut observer, de façon inconstante, une contraction du grand dorsal visible à la paroi postérieure du creux axillaire.

Le réflexe médio-pubien existe chez tous les sujets normaux présentant les deux conditions suivantes : paroi abdominale à tonicité normale, région pubienne non empâtée par le tissu graisseux au point d'amortir l'excitation de percussion. La réponse réflexe est normalement symétrique à droite et à gauche, la dissociation da ce réflexe entre les deux côtés du corps est très apparente dans les cas d'hémiplégie ou d'hémiparésie même peu accentuée. L'exagération du réflexe médio-pubien se traduit surtout par la diffusion de la réponse dans des zones muettes normalement, ainsi dans des affections pyramidales bilatérales on note pour la réponse supérieure une forte contraction du grand dorsal et du grand pectoral, pour la réponse inférieure une flexion marquée de la cuisse sur le bassin. L'abolition du réflexe médio-pubien a une valeur séméiologique utile de localisation; sa réponse supérieure abdominale est surtout intéressante à explorer car elle correspond aux segments radiculaires de D_6 à D_{12}, segments que seuls jusqu'ici les réflexes cutanés abdominaux nous permettent d'interroger. Le réflexe médio-pubien présente aussi une sensibilité spéciale pour le déterminisme des réflexes d'automatisme médullaire.

Action des rayons ultraviolets sur une souche de bactériophage. — M. Ch. Zoeller, ayant étudié l'action sur le bactériophage des rayons ultraviolets, a constaté que le bactériophage est très sensible à ces rayons et qu'il est tué après une irradiation de quinze minutes, la température ne dépassant pas 45 degrés. Il est indispensable que le bouillon contenant le bactériophage ait subi une dilution dans l'eau physiologique; car employé pur il est imperméable aux rayons ultraviolets.

NOTES DE PRATIQUE

CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Se rappeler les préceptes de Huchard et Fiessinger :

« Le traitement rénal constitue la base fondamentale de la médication. Seulement, si l'on renforce la valeur diurétique de la théobromine par l'action cardiotonique de la digitaline à très faibles doses, les effets heureux seront bien plus marqués. »

Il convient donc de prescrire, cinq à dix jours de suite, deux cachets par jour de 0g50 de *Théosalvose digitalique*. On suspend quatre à cinq jours, pour reprendre ensuite cinq à dix jours.

Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose sparteinée*. Continuer plusieurs mois.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 12 novembre. — Jury : MM. Roger, président; Sergent, Binet et Lian. — M. Peignoux (J.). Le toisage des nourrissons. — M. Blanc (Hubert). La mort par le tabac.

Mardi 13 novembre. — Jury : MM. Achard, président; Letulle, Claude et de Jong. — M. Bourges (Jean). Etude des syndromes parkinsoniens au cours de l'encéphalite. — M. Queyssac (J.-Baptiste). De l'emploi des sels de bismuth dans la syphilis. — M. Chausseblanche (Louis). Les tumeurs du IIIe ventricule.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

R. C., 263, Cosne (Nièvre).

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 8 novembre. — MM. Raison, 20; Puig, 28; Merville, 28; Darcissac, 28; L'Hirondel, 30.

Epreuve clinique. — Séance du 10 nov. — MM. Puig, 12; Darcissac, 13; Merville, 17.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 8 novembre. — Questions données : « Symptômes, évolution et diagnostic de la péricardite rhumatismale. — Causes, symptômes et complications de l'anthrax. »

MM. Vadon, 20; Lévy dit Lévy-Weismann, 33; Rossert, 19; Armigeat, 30; Wahl, 26; Waitz et Arrivot, 25; Pegnet, 30; Levassor, 25; Willemin (Louis), 30.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 8 novembre 1923. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de la vessie chez l'homme. »

MM. Archigènes, 6; Bonnier et Bosquet, 15; Amid, 12; Boidot, 15; Billard, 14; Blin, 15; Benech, 13; Baussan, 9; Amiot, 13; Baillet, 17; Boutot, 13; Bertrand (Jean-Raymond), 15; Bertrand (Jean-Philippe), 12; Baratoux, 6; Mlles Arrighi de Casanova, 15; Bondoux, 13; Bourdin, 18 1/2; Begaud, 12.

Séance du 9 novembre. — Question donnée : « Artère axillaire. Citer les branches sans les décrire. »

M. Ardin et Mlles Arnould, 12; Blanchy, 11; MM. Bonnet (André), 10; Aujay et Béraut, 15; Bérard, 12; Arnaudet, 19; Allard, 14; Bachman, 12; Barreau, 10; Bernard (Paul), 15; Bailby, 16; Arnoux, Baudet et Beauvais, 10; Bessot, 9; Bordier, 19.

Pathologie. — Séance du 9 novembre 1923. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'angine diphtérique. »

M. Moutarde et Mlle Schwirsky, 17; MM. Roulin, 12; Sourice, 13; Rogès, 11; Soulié, 15; Terrenoire, 10; Mlle Stankiewicz, 14; MM. Schapiro, 16; Schiever, 10; Lignières, 16; Sevestre, 15; Rabetrano, 16; Séjournet, 15; Rudaux et Prévost, 17; Rone, 9; di Ruggiero, 13.

— Concours du prix Fillioux. — Le jury est composé de MM. Bourgeois, Baldenweck, Hautant, Barbier et Ombrédanne.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — *Concours de l'internat.* — Ont été nommés internes : Mlle Seillier, MM. Horveno, Reyt, Delaunay, Jagot et Bonté.

Internes provisoires : MM. Aubry, Neis et Bertrand.

Concours de l'externat. — Ont été nommés externes des hôpitaux : MM. Houllier, Vromet, Ménager, Boquien, Sambron, Biot, Soulard, Desjars, Ouvrard, Drouet, Bertho, Mlle Gaité, MM. Minaud, Blineau, Bréchoteau, Perrodo, Dorion, Martin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — *Section d'oto-rhino-laryngologie.* — *Exposé de titres.* — MM. Jacod, 17; Lemaître, 30; Portmann, 29; Gaillard, 11; Arloin et Rendu (Robert), 15; Rebattu, 12.

Sont admissibles : MM. Lemaître, Portmann, Jacod, Arloin, Rendu (Robert) et Rebattu.

Ordre de passage pour la leçon orale de 3/4 d'heure. — MM. Jacod, Rebattu, Lemaître, Rendu (Robert), Arloin et Portmann.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix décernés en 1923 :

Physique. — Fondation Danton (1.500 fr.). — M. Fernand Holweck, préparateur au laboratoire de Mme Curie, à la Faculté des sciences, pour ses recherches sur les radiations comprises entre celles de la lumière et celles des rayons X.

Fondation Clément Félix (2.500 fr.). — M. Raymond Jouaust, chef des travaux au laboratoire central d'électricité, pour ses recherches sur la photométrie et particulièrement sur la photométrie hétérochrome.

Chimie. — Prix Montyon des arts insalubres. — Un

prix de 2.500 fr. à M. Eugène Tassilly, professeur agrégé à la Faculté de pharmacie de Paris, pour ses études de protection collective contre les gaz de combat; une mention honorable de 1.500 fr. à M. Roger Douris, professeur à la Faculté de pharmacie de Nancy, pour sa contribution à l'étude des gaz asphyxiants pendant la guerre.

PRIX JECKER (10.000 fr.). — M. Marc Tiffeneau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour l'ensemble de son œuvre scientifique.

FONDATION CAHOURS (3.000 fr.). — Les arrérages de la fondation sont partagés entre Mlle Lévy, docteur ès sciences, pour ses études sur les transformations moléculaires, et Mme Mélanie Rosenblatt, préparateur à l'Institut Pastesr, pour ses travaux de chimie biologique.

PRIX HOUZEAU (700 fr.). — Le prix est décerné à M. Hippolyte Copaux, professeur à l'Ecole municipale de physique et de chimie de la Ville de Paris, pour ses travaux de chimie minérale.

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Prix de 2.500 fr. à M. Georges Bourguignon, chef du laboratoire d'électroradiothérapie à la Salpêtrière; à MM. Georges Guellaurs, Guy Laroche et Paul Lechelle et à MM. Eugène Rochard et Wolf, Maurice Stern. — Mentions honorables de 1.500 fr. à M. Jean Guisez; à MM. Thierry de Martel et Edourd Antoine; à M. Maurice Segard. — Citation, à M. Paul Blum, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

PRIX BARBIER (2.000 fr.), à M. Maurice Fontoynont, directeur de l'Ecole de médecine indigène de Tananarive.

PRIX BRÉANT (5.000 fr.), à MM. Robert Sazerac et Constantin Levaditi, de l'Institut Pasteur.

PRIX CHAUSSIER. — Prix de 5.000 fr. à M. Justin Jolly, directeur du laboratoire d'histologie de l'Ecole pratique des hautes études au Collège de France. Prix de 5.000 fr., à M. Maurice Nicolle, de l'Institut Pasteur.

PRIX MÈGE (300 fr.), à M. Arthur Leclercq.

PRIX BELLION (1,400 fr.), à M. Paul Ravaut, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DU BARON LARREY (750 fr.), à MM. Fernand Visbecq, médecin principal de 1re classe, et Armand Jeandidier, médecin-major de 1re classe.

Physiologie. — PRIX MONTYON (750 fr.), à M. Henry Bordier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX POURAT (2.000 fr.), à M. Pierre Girard, attaché au laboratoire de chimie physique de la Sorbonne.

PRIX PHILIPEAUX (900 fr.), à M. Robert Noël, chef des travaux pratiques à la Faculté de médecine de Lyon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. Largeau et Gauraud, médecins sanitaires maritimes.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Léon Bérard est nommé directeur du centre régional de lutte contre le cancer de Lyon et du Sud-Est.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ertzbischoff, père, décédé à Paris à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. Nous adressons à ses fils les docteurs P. et A.-H. Ertzbischoff l'expression de nos sincères condoléances; — de Lapomarède (de Neuilly-en-Thèle); J. Massot (de Perpignan); Quintard (de Paris); Reboulet (de Lyon); Marcel Richard (d'Annecy); Caty (de Bruxelles); Giacomo Fiorani (de Plaisance); le professeur Lorenzo Ellero (de Milan).

CONFÉRENCES DE PHARMACOLOGIE. — M. Busquet, agrégé, commencera le cours le mercredi 14 novembre 1923, à 15 heures (amphithéâtre Vulpian), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Antispasmodiques, modificateurs des réflexes, modificateurs de la nutrition, modificateurs des sécrétions et des excrétions. — Parasiticides, antiseptiques et désinfectants, modificateurs locaux.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

SOINS DONNÉS A UNE PERSONNE PRÉSENTÉE PAR UN CLIENT DU MÉDECIN. PAIEMENT DU PAR LE CLIENT

La situation du médecin est parfois très délicate, quand il s'agit de récupérer le montant des honoraires qui lui sont dus.

Une personne malade lui est présentée par un de ses clients; cette personne refuse de payer. Le médecin a-t-il un recours contre ce client? Il n'y a évidemment pas de réponse absolue à cette question dont la solution dépend des circonstances de fait; il ne paraît pas douteux que ce client n'aurait aucune obligation au paiement des honoraires s'il s'était contenté d'*adresser* au médecin un de ses amis ou parents. Mais s'il présente la personne au médecin dans des conditions telles que ce dernier croit de bonne foi l'existence de liens entre elle et le client, d'où résulte un état de dépendance de celle-là envers ce dernier, c'est à juste titre que les honoraires lui sont réclamés. Nous avons déjà donné des exemples dans lesquels il s'agissait d'une femme séparée ou même divorcée. Voici un autre exemple qui a fait l'objet d'un jugement rendu par le Tribunal civil de la Seine le 30 juillet 1923 :

« Attendu que le docteur C... a assigné L... en paiement de la somme de 1.170 francs pour soins donnés en 1920;

Attendu qu'il s'agit dans l'espèce de soins donnés par le demandeur à une dame S... qui lui avait été adressée par le défendeur; que déjà, en 1919, ladite dame S... avait été traitée par le docteur C... dont les honoraires avaient été payés par L... lui-même;

Attendu que sur la réclamation de la somme de 1.870 francs présentée par le docteur C... à L..., dans laquelle somme de 1.870 francs 700 francs se rapportaient aux soins donnés à L... et à sa famille et 1.170 francs à la dame S..., L... a payé au docteur C... la note de 700 francs qui lui était personnelle, mais a refusé de solder les 1.170 francs concernant la dame S..., alléguant que ladite dame S... n'avait avec lui *aucun lien officiel*;

Mais attendu que dans une lettre qu'il a adressée au docteur C... le 18 mars 1921 et qui sera enregistrée en même temps que le présent jugement, L... s'exprime ainsi : « Il m'est pénible en ce moment actuel des affaires de me voir illégalement réclamer une somme que je ne dois plus, cette somme ayant été réglée à la personne »; qu'il résulte des termes de cette lettre que L... reconnaît qu'il a dû à un certain moment au docteur C... la somme qui lui était réclamée pour les soins donnés à la dame S... présentée par lui, que, cependant, il estime ne plus la devoir parce qu'il l'a versée entre les mains de la dame S...; que le docteur C... ne saurait être rendu responsable de ce que ladite dame S... a donné à l'argent qu'elle avait reçu de L... une destination autre que celle pour laquelle il lui avait été remis; que, dans ces conditions, c'est à bon droit que le docteur C... s'est adressé à L... pour le règlement de ses honoraires relatifs aux soins donnés par lui à la dame S..., ayant entendu faire confiance à L... qui lui était connu et non à la dame S... qu'il ignorait;

Par ces motifs,

Déclare le docteur C... bien fondé dans sa demande;

En conséquence, condamne L... à lui payer la somme de 1.170 francs pour les causes sus-énoncées avec les intérêts de droit. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CHORÉE ET SYPHILIS

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

La chorée de Sydenham a été longtemps considérée comme « le résultat de la diathèse rhumatismale » (G. Sée). Cette diathèse est-elle seule en cause? Autrement dit, ne faut-il pas, dans l'étiologie de la chorée, faire intervenir d'autres infections : fièvres éruptives, dothiénentérie, etc., et, surtout, syphilis? Peu de questions ont été aussi discutées : c'est, aussi, que peu méritent autant de retenir l'attention.

Entrevu par divers auteurs : Kowaleski, Brüning, Alison, None, Mattler, Gaucher, Rose et Chartier, Flatau, le rôle de la syphilis, surtout héréditaire, a surtout été mis en lumière par M. Milian.

A l'appui de sa thèse, M. Milian invoque des arguments de diverse nature et d'inégale valeur.

Arguments *positifs*. Ils sont eux-même d'ordre :

Etiologique : existence fréquente, chez les parents, d'une syphilis, soit certaine, ainsi qu'il résulte des aveux, des constatations cliniques, des résultats fournis par la réaction de Wassermann, soit seulement probable;

Clinique : d'une part, présence, chez presque tous les petits malades, de stigmates dystrophiques : malformations cranio-faciales, altérations dentaires, retards ou anomalies de développement; de l'autre, possibilité de rattacher à l'hérédo-syphilis la plupart des symptômes de la chorée. « Rien, dans la symptomatologie de cette affection, n'est contraire à l'idée de la syphilis. N'y voyons-nous pas les paralysies, l'hémiplégie, considérées comme d'une fréquence suffisante pour constituer une forme à part, la chorée molle? Les réflexes rotuliens n'y sont-ils pas fréquemment diminués ou abolis? L'hémorragie cérébrale ne s'y rencontre-t-elle pas comme complication? Même remarque pour l'aphasie. » Il n'est pas jusqu'aux cardiopathies qu'il n'y ait lieu de rattacher à la syphilis plutôt qu'au rhumatisme, puisque, sur six cas de cardiopathie mitrale relatée par M. Milian, quatre fois, la syphilis héréditaire était certaine, une fois, probable, et une fois seulement, douteuse. De même, la fièvre, qui, constamment, accompagne les chorées graves, se voit souvent dans la syphilis secondaire;

Biologique : caractère positif de la réaction de Wassermann dans plus de 60 p. 100 des cas.

Anatomique : présence, chez les choréiques, de productions spécifiques indiscutables, telles que gomme splénique (Apert).

Thérapeutique : 1° L'arsenic anorganique, spécifique de la chorée, donne d'excellents résultats dans le traitement de la syphilis; 2° les arseno-aromatiques réussissent également bien dans l'une et dans l'autre; 3° les effets de la médication iodo-mercurielle, dans la chorée, sont parfois remarquables : « N'ai-je pas guéri d'une manière rapide et parfaite, deux choréiques par le biodure de mercure associé à l'iodure de potassium, en m'abstenant de toute autre médication?... Trousseau a publié dans ses *Cliniques* (t. II, p. 225) la guérison merveilleuse d'une chorée grave par le calomel à doses réfractées » (Milian); 4° le tartre stibié, médicament des chorées graves, est employé, non sans succès, dans la syphilis : « Il est remarquable que ces trois spécifiques de la chorée : le mercure, l'antimoine, l'arsenic, soient également les spécifiques de la syphilis. » Argument *négatif*. Le rhumatisme articulaire aigu, dans lequel les classiques mettent toutes leurs complaisances, est au moins inconstant, puisque, chez ses malades, M. Milian ne l'a trouvé une seule fois. Il a bien observé un cas de rhumatisme chronique avec souffle mitral, mais, dans ce cas, la réaction de Wassermann était fortement positive.

* * *

De ces divers arguments, développés avec beaucoup d'art, que conclure, si ce n'est que la « syphilis doit jouer un rôle considérable dans l'étiologie de la chorée? L'avenir nous apprendra si elle doit être seule incriminée ou si elle doit partager ce rôle étiologique avec d'autres facteurs infectieux ».

* * *

En faveur de cette théorie militent un certain nombre de faits. Voici les principaux publiés par les auteurs français :

Rizat (1912) : chorée survenue chez une syphilitique héréditaire et guérie, en quinze jours, par le traitement spécifique;

Grenet et Sédillot (1913) : chorée typique chez une fillette dont le père est mort paralytique général; la petite malade présente : 1° une iritis améliorée par le mercure; 2° de nombreux stigmates dystrophiques; 3° une réaction de Wassermann faiblement positive;

P. Merklen (1913) : chorée chez une fillette jadis soignée pour gomme du frontal, et double kératite interstitielle;

Apert et Rouillard (1913) : chorée chez une femme enceinte, avec réaction de Wassermann positive; chorée intense et compliquée chez une femme hérédo-syphilitique et syphilitique secondaire;

Dufour, Thiers et Charbon (1913) : état choréiforme, où l'examen du liquide céphalo-rachidien décèle, et une réaction de fixation positive, et une lymphocytose discrète;

Professeur Hutinel (1913) : chorée franche chez une fillette hérédo-syphilitique, comme le prouvaient l'existence de nombreux stigmates, et le caractère positif de la réaction de Wassermann pour le sang;

Chevron (1913) : deux cas de chorée vraie chez des enfants ayant une réaction de Wassermann partiellement positive et dont les parents étaient notoirement syphilitiques;

Roustan (1914) : six observations de chorée liée à l'hérédo-syphilis : 1. chorée simple : présence de stigmates et d'une réaction de fixation positive; 2. chorée avec présence de stigmates; 3. chorée avec présence d'une réaction de fixation positive; 4. ancienne perforation syphilitique du voile; plusieurs attaques de chorée, la première à seize ans, la dernière très intense au cinquième mois d'une grossesse; 5. chorée syphilitique familiale chez une femme enceinte; 6. chorée chez une fillette dont la mère présente de l'inégalité pupillaire;

Dufour (1916) : chorée à type récidivant et hémichorée chez des femmes enceintes, entachées d'hérédo-syphilis;

Professeur Hutinel (1916) : chorée sévère et prolongée, rapidement guérie par les injections de 914; chorée grave, améliorée par les injections intraveineuses de cyanure mercuriel; chorée paralytique, presque guérie par le 914; dans les deux premiers cas, réaction de Wassermann positive;

Cassoute et Giraud (1920) : chorée chez une enfant dont le liquide céphalo-rachidien présente les modifications biologiques et cytologiques propres à la syphilis; guérison par le traitement spécifique;

Mouriquand, Martine et Régnier (1921) : chorée chez une fillette hérédo-syphilitique, dont les incisives médianes supérieures présentaient l'encoche d'Hutchinson.

Des cas analogues ont été publiés à l'étranger, notamment par Flatau (1912), Mantella (1913), etc.

D'autre part, d'une statistique portant sur 145 cas, nous avons conclu, en 1912, que l'hérédo-syphilis se retrouve assez souvent dans les antécédents des choréiques.

*
* *

La théorie soutenue par M. Milian a soulevé de nombreuses objections, que l'on peut répartir en plusieurs groupes selon qu'elles sont d'ordre :

ETIOLOGIQUE. — *Le rôle de l'hérédo-syphilis dans le développement de la chorée semble négligeable :* Triboulet n'a pu la mettre en cause que dans 3 cas sur 350; pour M. Nobécourt, elle ne se rencontre pas plus fréquemment dans les antécédents des choréiques que dans ceux des autres enfants; M. Claude tire de sa statistique personnelle, le résultat que 40 p. 100 des choréiques ont des antécédents tuberculeux : qui oserait, cependant, faire de la chorée une manifestation tuberculeuse? M. Guillain n'a constaté de stigmate dystrophique chez aucun de ses malades. M. Queyrat établit une différence très nette entre la *chorée*, infection générale, pouvant toucher, en plus des centres nerveux, le cœur et les articulations, et les *états choréiformes*, dont la plupart sont sous la dépendance de la syphilis.

ANATOMIQUE. — *Pas de rapprochement possible entre les lésions de la chorée et celles de la neurosyphilis :* ici, grosses lésions méningées et vasculaires diffuses; là, les lésions cellulaires discrètes, localisées (Claude, Guillain).

CLINIQUE : trois principales :

1° *Les phénomènes généraux :* fièvre, arthropathies, délire, albuminurie, complications cardiaques, qui, si souvent, accompagnent les chorées graves, *plaident bien plus en faveur d'une infection générale aiguë* que de la syphilis (Guillain, Nobécourt). D'ailleurs, les endocardites de l'hérédo-syphilis ne ressemblent en rien aux endocardites de la chorée (Nobécourt);

2° *On ne voit jamais, dans celle-ci, les troubles moteurs, sensitifs, réflexes, et surtout, sensoriels* (ptosis, inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson) qui s'observent si communément dans la syphilis du névraxe (Guillain);

3° *Celle-ci laisse*, presque toujours, *des séquelles, celle-là n'en laisse* pour ainsi dire *jamais* (Id.).

Biologique : trois également :

1° *Dans la chorée, la réaction de Wassermann est souvent négative* pour le sang (Crouzon); pour le liquide céphalo-rachidien (Babonneix).

2° *Quand elle est positive, cela ne signifie pas grand chose.* Pourquoi lui attribuer plus d'importance qu'à la cuti-réaction? Pourquoi chercher à établir une loi de la causalité là où il n'y a que coïncidence (Comby)? Elle peut rester positive après guérison (Mouriquand).

3° *Les modifications du liquide céphalo-rachidien, dans la chorée, ne rappellent la neuro-syphilis, ni par leur forme, ni par leur durée* (Claude, Guillain).

Thérapeutique : d'une part, *nombre de chorées guérissent toutes seules* (Guillain, Hallé, Triboulet), sans arsenic, sans antimoine, sans mercure; de l'autre, *ces médicaments échouent dans bien des chorées* graves (P. Nobécourt) ou autres (Koplik, Mouriquand).

*
* *

De cet exposé, que conclure?

1° *Certains des arguments invoqués par M. Milian semblent inopérants.* — Nous ne pouvons le suivre quand il proclame, dans la chorée, la fréquence des paralysies, de l'hémiplégie, de l'hémorragie cérébrale, de l'aphasie; ce sont là complications si rares, qu'un grand clinicien comme le professeur Hutinel peut compter celles qu'il a observées en plus de quarante ans d'une immense pratique. Inversement, avec la presque unanimité des auteurs, nous avons trouvé si souvent le rhumatisme à l'origine de la chorée, qu'il nous est impossible de lui dénier toute influence, et de considérer des endocardites essentiellement aiguës, ulcéreuses, perforantes, emboligènes, comme autant de déterminations de l'hérédo-syphilis.

2° *Toutes les critiques qu'on lui a adressées sont*, d'autre part, *loin d'être décisives.* Il s'en faut de beaucoup. Que M. Comby nous le pardonne : elle nous paraît bien aventureuse, la comparaison qu'il établit entre la réaction de Wassermann et la cuti-réaction! Nous ne pouvons nous empêcher de penser, non plus, que dans certaines chorées graves liées à l'encéphalite léthargique, les lésions, par leur diffusion, comme par leur systématisation périvasculaire, se rapprochent beaucoup de celles que produit la syphilis et que les séquelles ne sont pas rares. De même, de l'intégrité du liquide céphalo-rachidien, nous n'oserions déduire que la neuro-syphilis n'est sûrement pas en cause : ne connaît-on pas, aujourd'hui, des cas indiscutables où cette affection ne se compliquait, ni de lymphocytose, ni d'hyperalbuminose?

3° Tout bien pesé, *il y a certainement quelque chose d'exact dans la théorie si brillamment soutenue par M. Milian.* L'hérédo-syphilis joue un rôle déterminant dans le développement de certaines chorées et, particulièrement, comme le pense le professeur Hutinel, de celles qui durent longtemps, présentent une indiscutable gravité, et se montrent rebelles à toute thérapeutique autre que les injections de sels arsenicaux organiques. Mais faut-il faire table rase des données classiques et admettre que jamais, dans le déterminisme de cette affection, n'intervient une autre cause? C'est ce qu'il est difficile d'admettre. Que la part de la syphilis soit réelle, importante même : rien de plus juste. Qu'elle doive être considérée comme exclusive : c'est ce qui reste à démontrer.

XXXIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[Paris, 8-13 octobre 1923 (1)]

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

ABDOMEN. ESTOMAC. INTESTIN.

Greffes de séreuse pour la péricolite et la périsigmoïdite membraneuse. — M. MAUCLAIRE (de Paris). Dans les cas de péricolite membraneuse, M. Mauclaire fait l'ablation de la membrane en la sectionnant à mi-chemin de la paroi abdominale et des viscères, puis en détruisant les adhérences des deux lambeaux. Il verse ensuite de l'huile de vaseline sur les viscères pour faciliter leur glissement.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 81, p. 1297; n° 83, p. 1329; n° 84, p. 1345, et n° 89, p 1425.

La récidive est la règle et s'annonce par des phénomènes douloureux.

Dans le but d'éviter la production de nouvelles adhérences, l'auteur a greffé à titre d'expérience des fragments d'épiploon et d'amnios pris par césarienne sur la lapine.

Il a greffé également sur les côlons transverse et ascendant des lambeaux de péritoine pariétal empruntés au mouton.

Les grands épanchements de bile dans la cavité péritonéale. — M. GUYOT (de Bordeaux). A la suite d'un grave traumatisme de l'abdomen un jeune homme présente un shock marqué, puis cinq jours plus tard une ascite avec ictère généralisé, enfin un syndrome péritonéal pour lequel il est opéré le huitième jour.

On trouve 6 à 7 litres de bile pure sans caillots sanguins; pas de lésions intestinales, pas de déchirure du foie, mais le cholédoque porte une petite plaie latérale. On assèche le ventre et on tamponne sur drain. Le malade meurt rapidement.

Les épanchements de bile dans la cavité péritonéale par rupture des voies biliaires principales sont rares. Cotte les a spécialement étudiés. Il y a lieu de reconnaître deux syndromes distincts : syndrome de rupture de la vésicule avec ascite et ictère; syndrome de rupture du cholédoque avec ascite, ictère et décoloration des matières.

Quatre cas d'hydrocèles du canal de Nück. — M. PERAIRE (de Paris). Les kystes du canal de Nück sont très rares. Beaucoup de praticiens n'ont jamais eu l'occasion d'en observer. Personnellement l'auteur a eu la bonne fortune d'en voir quatre cas :

Le premier se rapporte à une jeune fille de vingt-cinq ans dont l'hydrocèle fut prise pour une hernie oblique externe et traitée comme telle. C'est là, du reste, une erreur fréquente. La seconde malade portait une tumeur arrondie, bilobée, dont le diagnostic avait été successivement adénite puis hernie.

M. Peraire rapporte deux autres observations de kystes du canal de Nück avec bon résultat opératoire. Il insiste sur l'identité parfaite du canal séreux de Nück de la femme et du canal vagino-péritonéal de l'homme, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue pathologique. Le traitement est purement chirurgical.

Technique de la résection de la petite courbure. — M. HARTMANN (de Paris) est intervenu nne centaine de fois pour ulcères de la petite courbure et a pratiqué les opérations les plus diverses.

Contrairement à l'opinion courante, il a constaté que la gastro-entérostomie simple donne un pourcentage considérable de guérisons.

La gastro-pylorectomie est également une bonne opération. Il ne l'a pratiquée que pour des ulcères siégeant sur la moitié droite de la petite courbure ; pour les autres il a fait la résection de la partie malade simplement. Dans ce dernier cas, les résultats n'ont pas été constamment bons et il dut, plusieurs fois, réintervenir et faire une gastro-entérostomie supplémentaire.

Il croit inutile, après une résection en selle, de suturer transversalement l'estomac pour lui restituer sa forme normale; la partie postérieure de cette suture est délicate et prend du temps. Il est plus simple de refermer la brèche en passant l'aiguille d'avant en arrière ; la région pylorique est ainsi rétrécie, parfois même supprimée complètement. Cette mutilation paraît sans importance, la bouche gastro-jéjunale remplaçant le pylore au point de vue fonctionnel. Peut-être même est-ce là un avantage si, comme le pense l'Ecole de Vienne, les ulcères sont le résultat d'une sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique, cette sécrétion se faisant dans la portion pylorique de l'estomac.

Quelques points de technique ont leur importance. Le malade est placé en hyperextension du tronc. L'incision commencée immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde se recourbe après 2 centimètres, à gauche, un peu au-dessous et parallèlement au rebord costal. Le ventre ouvert, on a, en relevant un peu le foie, toute la petite courbure sous les yeux jusqu'au cardia.

Cette incision donne des facilités opératoires qu'on ne peut avoir avec l'incision médiane sur le malade couché à plat.

L'auteur suture en deux plans ; un plan total, un plan d'enfouissement; puis il verse, dans la région opératoire, 500 centimètres cubes de sérum chaud. Il termine en établissant sur la partie gauche de l'estomac une bouche gastro-jéjunale postérieure. Un drain n° 40 est maintenu sous le foie pendant quarante-huit heures.

Les résultats sont excellents et cette technique mérite d'être conseillée.

Imperforation anale. Ampoule rectale arrêtée au dôme vésical et abaissée au périnée. Guérison. — M. LEO (de Trouville). L'auteur considère que le traitement de choix de ces malformations rectales est l'abaissement de l'anse à travers le pelvis, et non pas l'anus iliaque recommandé par les classiques. L'enfant qu'il a opéré vingt heures après la naissance est encore vivant au bout de deux ans.

TÊTE. COU. THORAX

Traitement de l'angine de poitrine par la sympathectomie cervicale — M. JONNESCO (de Bucarest) considère cette intervention comme peu dangereuse et s'étonne qu'elle ne soit pas pratiquée plus souvent. On la pratiquera sous anesthésie « rachidienne haute ». Les quelques insuccès publiés doivent être attribués à une technique défectueuse ou à ce fait qu'on est intervenu chez des asystoliques.

L'extirpation du ganglion de Gasser peut guérir la névralgie rebelle du trijumeau même après échec de la neurotomie rétrogassérienne. — M. LOUBAT (de Bordeaux). Dans un cas de névralgie du trijumeau dite essentielle à prédominance ophtalmique, ayant débuté neuf ans auparavant, après échec des divers traitements médicaux et de l'alcoolisation des branches périphériques, la gassérectomie s'est montrée la suprême ressource thérapeutique. La neurotomie rétrogassérienne n'ayant pas amené la cessation des crises, l'extirpation du ganglion de Gasser fut pratiquée douze jours après et fut suivie de la disparition immédiate des phénomènes douloureux.

— M. DENICKER (de Paris) pense que les insuccès enregistrés après la neurotomie rétro-gassérienne sont dus souvent à une opération incomplète. La section n'a peut-être pas intéressé les filets nerveux supérieurs qu'il n'est pas toujours aisé de découvrir.

Aussi quand on pratique cette intervention, est-il bon, avant de refermer la plaie, d'interroger le réflexe cornéen; s'il persiste on peut être certain que la neurotomie n'a pas été exécutée complètement et l'on doit parfaire l'opération.

Traitement chirurgical des amygdales infectées. Amygdalectomie par morcellement et évidement. — M. MALHERBE (de Paris). Toute amygdale infectée chroniquement doit être enlevée; c'est le seul traitement logique et vraiment efficace.

De nombreux procédés ont été proposés pour cette ablation totale. La plupart d'entre eux présentent des inconvénients qui expliquent pourquoi l'amygdalectomie n'a pas encore la place qu'elle devrait occuper. La faute en est à la technique qui laisse fort à désirer.

Ce qui prime tout d'abord c'est de faire courir le moins de risque aux opérés. La technique que propose l'auteur consiste en un évidement complet sous anesthésie générale de toute la loge amygdalienne, évidement pratiqué à l'aide de différents morcelleurs à écrasement qui vident entièrement cette loge par destruction progressive et ablation totale du tissu tonsillaire.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Quelques résultats éloignés. — M. GUISEZ (de Paris) rapporte une série de cas de cancers de l'œsophage soignés depuis plus d'un an par application de radium dont le début remonte à treize, six, quatre et trois ans et chez lesquels la guérison semble se maintenir complète.

Chez tous ces malades le diagnostic a été fait sous endoscopie et contrôlé par biopsie. M. Guisez reste fidèle aux longues sondes porte-radium et rejette tous les porte-radium courts qui se perdent dans la dilatation sus-jacente à la sténose cancéreuse. Il affirme que les résultats sont meilleurs

depuis que les séances sont plus longues, les doses moins fortes et réparties en plusieurs tubes.

Les succès s'expliquent aussi par ce fait que les cancers œsophagiens sont particulièrement sensibles au radium, qu'ils évoluent lentement sans tendance à la généralisation. Ce qui fait surtout leur gravité c'est leur situation sur un segment important du tube digestif.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

L'urétérostomie iliaque bilatérale définitive. — M. Duvergey (de Bordeaux) a pratiqué deux fois cette opération chez des malades atteints de cancers vésicaux étendus, inopérables, se traduisant cliniquement par des hématuries, des douleurs et une pollakiurie très pénible. Les patients ont été remarquablement soulagés, leur vie a été rendue tolérable grâce au port d'un appareil prothétique recueillant l'urine de chaque fistule urétérale s'ouvrant dans la région iliaque. L'auteur étudie la technique de l'urétérostomie, les soins postopératoires. C'est dans les cancers inopérables de la vessie, ceux de la prostate propagés à la vessie, dans les cystites tuberculeuses graves et rebelles, très rarement dans certains cas d'extrophie vésicale que l'urétérostomie bilatérale définitive trouve ses indications. Elle permet d'assurer le repos complet de la vessie en l'excluant définitivement ; en cela elle est supérieure à la cystostomie. Elle vaut mieux aussi que la néphrostomie qui traumatise un rein déjà altéré, sans compter que la fistule lombaire est difficilement entretenue par l'opéré. Quant à l'implantation des uretères dans l'intestin, il s'agit là d'une opération exceptionnellement sévère, tandis que l'urétérostomie iliaque est une intervention relativement facile et peu grave.

Reconstitution des ligaments ronds par la greffe de tendons morts dans les rétrodéviations utérines et dans les prolapsus génitaux. — M. Regard (de Genève). Le raccourcissement et la fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale serait une excellente méthode si le plus souvent ces ligaments n'étaient frêles et allongés. Dans l'impossibilité où se trouve parfois le chirurgien d'exécuter cette opération pourtant physiologique, il recourt à la ventrofixation, opération de pis-aller. La greffe de tendon mort permet dans ces cas de fixer la matrice d'une façon naturelle quelle que soit l'atrophie des ligaments ronds.

Voici la technique proposée par l'auteur : après ouverture de l'abdomen on soulève l'utérus par deux pinces tire-balle. On recherche les ligaments et l'on constate leur atrophie. Une pince de Chaput est placée sur un des ligaments à 5 ou 6 centimètres de la matrice et permet une légère traction. Le péritoine est incisé et l'on découvre le ligament jusqu'au-dessous de la corne utérine. On greffe alors un tendon de veau traité par l'alcool à 60 degrés, long de 10 centimètres. Par un rapide surjet on referme le péritoine. Avant de faire le dernier point on introduit à travers la gaine du muscle grand droit une pince de Kocher et l'on va chercher par-dessous le péritoine la portion externe du ligament rond et du tendon greffé. On les ramène l'un et l'autre sur la gaine du grand droit où on les fixe par des points de fil séparé non résorbable de manière que la matrice se trouve exactement en place. La même manœuvre est exécutée du côté opposé. La fixation de l'utérus est très puissante et les greffes de tendon mort faites en tissus sains réussissent toujours.

Dans le cerclage du vagin chez les femmes âgées, on peut employer le tendon de veau de préférence aux fils métalliques. En procédant ainsi on ne laisse pas de corps étranger dans le vagin et les suites opératoires en sont améliorées.

Des ligatures veineuses dans le traitement de l'infection puerpérale. — M. Maurer (de Paris). Contrairement à ce qu'il a écrit il y a dix ans dans le *Journal de chirurgie*, l'auteur croit que chez les femmes atteintes d'infection puerpérale ou de fibromes infectés, mieux vaut lier la veine iliaque primitive que l'iliaque interne. Il a pratiqué cette opération à l'occasion d'un abcès du ligament large consécutif à des manœuvres abortives septiques et qui s'accompagnait d'un état général grave avec température oscillant entre 37°8 et 41°2. La malade guérit.

MEMBRES

Paralysies obstétricales des membres supérieurs. Traitement chirurgical et orthopédique. — M. Mencière (de Reims) complète ses études antérieures sur les paralysies du membre supérieur envisagées au point de vue chirurgical et orthopédique, en exposant sa technique dans la paralysie obstétricale radiculaire du plexus brachial.

La paralysie du sous-épineux et du petit rond rotateurs externes permet au sous-scapulaire de fixer le membre en rotation interne : position vicieuse telle que la plupart des mouvements utiles deviennent impossibles ; notamment le port de la main à la bouche et en arrière sur la nuque.

Or, une opération simple, d'exécution rapide (ostéotomie sus-épicondylo-épitrochléenne) permet de faire décrire un quart de cercle à l'avant-bras et de replacer la trochlée face en avant.

Les photographies présentées par l'auteur concernant des malades opérées depuis nombre d'années montrent que la fonction du membre est redevenue pratiquement normale.

Omogreffe osseuse et ostéo-périostique pratiquée à ciel ouvert pour pseudarthrose du col du fémur. — M. Dupuy de Frénelle (de Paris) traite la pseudarthrose du col du fémur par une double greffe. Après avoir mis l'articulation à nu pour aviver les fragments et réséquer le tissu fibreux, il place une fiche osseuse péronière ou tibiale qui unit le col fémoral au centre de la tête. Il enveloppe ensuite le col fémoral au niveau du foyer de la pseudarthrose avec un large manchon ostéo-périostique.

Cette opération doit être réservée aux sujets qui ne sont ni trop vieux, ni trop faibles, ni trop gras.

Coxite sèche de croissance. — M. Frœlich (de Nancy) attire l'attention sur une forme fréquente d'arthrite chronique non tuberculeuse de la hanche chez l'enfant et qu'il a appelée « coxite sèche » avec luxation progressive de la tête fémorale. Elle débute vers cinq ou six ans, au milieu d'un état général excellent et se manifeste par des douleurs et une claudication en plongeon. Elle aboutit à une luxation ou subluxation de la hanche.

La radiographie montre une usure périphérique de la tête fémorale et une disparition partielle du toit de la cavité cotyloïde.

Pour cette affection qui n'a rien de commun avec l'ostéochondrite déformante juvénile, on peut discuter l'idée d'une insuffisance congénitale de la cavité cotyloïde, mais la luxation ici se fait, non pas progressivement, comme dans la luxation congénitale, mais par poussées d'arthrite.

Le traitement consiste à immobiliser le membre en abduction de façon à fixer l'articulation ; il est nécessaire quelquefois pour amener l'ankylose de faire une arthrodèse et un enchevillement de l'articulation coxo-fémorale.

Technique simplifiée du vissage des fractures du col du fémur. — M. Reynes (de Marseille). Cette technique qui a donné à l'auteur d'excellents résultats dans cinq cas, utilise de simples vis à bois de menuisier, longues de 8 à 9 centimètres.

Une petite incision cutanée est faite sur la face externe du trochanter à 3 centimètres de son sommet. Une percerette fait un trou dans l'os où la vis est engagée et poussée jusque dans la tête.

Ces vis sont très bien tolérées.

Dans un cas de fracture bi-condylienne, l'auteur a obtenu également un bon résultat.

Fracture du col du fémur chez le vieillard. Un cas de décapitation consolidée osseusement par l'appareil plâtré. — M. Judet (de Paris). Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, atteint de fracture intracapsulaire du col du fémur. La consolidation fut obtenue sous appareil plâtré, placé après traction forte dans la position d'abduction modérée.

Trois mois plus tard, le malade marchait sans souffrance ni boiterie.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'adolescent par le vissage fémoro-coxal. — M. Descarpentries (de Roubaix) pense que la guérison de la luxation congénitale de la hanche chez l'adolescent peut s'obtenir à

l'aide d'une intervention chirurgicale relativement simple à condition que la hanche, soit réductible par manœuvres orthopédiques.

La réduction étant obtenue; il suffit de la maintenir à l'aide d'une vis passée à travers le fémur et dont la pointe est enfoncée dans l'os iliaque à la place de l'ancienne cavité pathologique. Deux malades, l'un de dix-sept ans et l'autre de vingt et un ans ont été ainsi traités.

Les hanches étiquetées « rhumatismes », « arthrite sèche ou déformante », « coxa plana », « morbus coxæ senilis », sont des malformations congénitales méconnues. — M. Calot (de Berck), ayant étudié quatre-vingt pièces étiquetées arthrite sèche ou rhumatisme de la hanche, ou morbus coxæ senilis, a pu poser les conclusions suivantes :

1° Ce que Charcot et les médecins appellent rhumatisme localisé de la hanche, ce que les chirurgiens, avec Deville et Paul Broca, appellent arthrite sèche de la hanche et avec Niemeyer, arthrite déformante, ce que tous, avec Adams appellent le *morbus coxæ senilis*, c'est, en réalité, une malformation congénitale méconnue, sur laquelle peut évidemment se greffer, quelquefois, des manifestations « d'arthritisme » comme il s'en produit souvent sur des fractures ou luxations non réduites ou mal réduites.

Ainsi s'explique le paradoxe qui frappait Dieulafoy, à savoir que la hanche, presque toujours indemne dans le rhumatisme chronique généralisé, est, au contraire, presque toujours prise dès qu'on parle de rhumatisme partiel. Le paradoxe n'est qu'apparent, puisque ce n'est pas ici du rhumatisme, mais une malformation. Ainsi s'explique aussi cet autre paradoxe qui est la constatation, chez l'enfant, de lésions identiques à celles du morbus coxæ senilis.

2° De cela, d'après l'auteur, on peut faire la preuve sur toutes les pièces anatomiques et sur toutes les figures des livres classiques de toutes langues portant l'étiquette rhumatisme ou arthrite sèche ou déformante de la hanche. Mais, ce qui vaut mieux, on peut aussi faire sur le vivant cette preuve et ce diagnostic avec les appoints réunis de la clinique et de la radiographie.

3° Et ces conclusions s'appliquent aux arthrites déformantes de la hanche chez l'enfant aussi bien qu'à celles de l'adulte ou du vieillard ; à ce qu'on appelle ostéo-chondrite ou coxa plana, ou morbus coxæ juvenilis, comme au morbus coxæ senilis. De plus, c'est toujours (sous ces diverses étiquettes) la même malformation congénitale, à savoir une subluxation de 1 centimètre à 3 centimètres de haut aux aspects multiples et changeants suivant les individus et suivant les âges.

4° Mais comme on est encore peu familiarisé avec les aspects protéiformes de cette lésion, elle reste, en fait, la plus méconnue des lésions de la hanche, ce qui est d'autant plus fâcheux qu'elle en est aussi la plus fréquente, si fréquente que l'on peut dire aux praticiens : Une hanche pour laquelle on vous consulte est une malformation, avant vingt ans 50 fois sur 100, après vingt ans 90 fois sur 100.

5° Au point de vue clinique, ces malformations restent latentes, aussi longtemps que le bon équilibre de la hanche n'est pas rompu. La rupture d'équilibre peut être produite par des causes *physiologiques* (grossesse, accouchement, ménopause, obésité, *sénilité*), *traumatiques* (surmenage, métiers fatigants, coups et chutes) ou *pathologiques* (toutes les maladies intercurrentes qui diminuent le tonus des muscles de la hanche, ou encore diathèse arthritique).

Mais ce ne sont toujours là que des clauses révélatrices, *occasionnelles* ayant déclenché l'extériorisation clinique de la malformation congénitale fondamentale, toujours démontrable par la radiographie qui permet de retrouver un double cotyle ou un cotyle à double fond, c'est-à-dire l'ancien et le nouveau cotyle, celui-ci (le néocotyle) empiétant plus ou moins sur le cotyle originel.

Présentation d'instruments.

M. Barbarin (de Paris) présente **un appareil pour fractures du col du fémur.**

M. Gourdet (de Nantes) présente : 1° **Une table cystoscopique pliante.**

2° **Un écarteur genre Gosset-Jayle à pièces démontables.**

3° **Un séchoir électrique.**

M. Jentzer (de Genève) présente : **Un trépan à main.**

M. Trèves (de Paris) présente :

1° **Un appareil pour le traitement de la luxation congénitale de la hanche.**

2° **Uue table orthopédique.**

M. Mencière (de Reims) présente **une masse et un ostéotome.**

Assemblée générale.

Au cours de l'Assemblée générale qui a eu lieu le jeudi 11 octobre à deux heures et demie. M. Bérard (de Lyon) a été élu vice-président du Congrès de 1924 et M. Roux a été élu membre d'honneur.

D'autre part, il a été décidé que le prochain Congrès s'ouvrirait à Paris, sous la présidence de M. Tuffier, le 6 octobre 1924.

Enfin, les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès de 1924 :

1° *Traitements des fractures de l'extrémité supérieure du fémur et leurs résultats éloignés.* — Rapporteurs : MM. Dujarier (de Paris) et Imbert (de Marseille).

2° *Indications du traitement chirurgical des fibromes utérins.* — Rapporteurs : MM. Robineau (de Paris) et Tixier (de Lyon).

3° *Soins pré et post-opératoires et anesthésie dans les opérations gastro-intestinales.* — Rapporteurs : MM. Lardennois (de Paris) et Lembret (de Lille).

Chastenet de Géry et Dariau.

ACTUALITÉS

ÉLOGE DE L'HUITRE

Brillat-Savarin raconte qu'un de ses amis mangea un soir trente-deux douzaines d'huîtres et s'en trouva si peu incommodé qu'il dîna ensuite copieusement. Au temps du célèbre gastronome, cette débauche paraissait énorme; il y a quelque dix ans, on l'eût déclarée impossible; maintenant, elle ne cause plus la même peur et l'heure n'est peut-être pas lointaine où des médecins, empressés à faire profiter leurs malades des progrès de la science, organiseront l' « ostréi-consommation » sous forme de cure. C'est que, à l'égard de ce savoureux mollusque lamellibranche, nous revenons à des idées que la prudence nous avait momentanément contraints d'abandonner.

Tout d'abord, en effet, l'huître fut considérée comme un mets de choix, très digestible, eupeptique et apéritif, en raison de la saveur que lui confèrent l'eau de mer et les condiments qu'on y ajoute souvent, et on le conseillait sans scrupule aux convalescents et aux personnes affligées d'un estomac délicat. Du reste, l'usage alimentaire de l'huître est extrêmement ancien, puisque, déjà, dans les déchets de cuisine de la Scandinavie remontant à l'époque néolithique, on trouve d'abondantes accumulations d'écailles d'ostréacées. Les Romains en furent également très friands, bien que les huîtres des côtes tyrrhéniennes n'eussent pas le mérite de celles qui provenaient de l'Armorique. Depuis deux siècles et surtout depuis les études de Coste, l'utilisation s'en était beaucoup étendue et nous nous souvenons encore des années proches où il ne se donnait guère de déjeuner sans qu'il débutât par des huîtres. Malheureusement, en 1905, on fit une désagréable découverte.

*
* *

Il était recommandé et l'usage s'était établi de ne pas manger d'huîtres de mai à septembre (mois

sans R), parce qu'elles sont nocives durant cette période, qui est celle du frai. De cette nocivité, la preuve n'a pas été absolument faite, puisque, en juin et en juillet, les Anglais et les Américains consomment sans inconvénient des huîtres directement pêchées dans les eaux profondes de la mer. En France, au contraire, nous usons presque exclusivement des huîtres cultivées, élevées en parcs, et les nécessités de la reproduction et de l'élevage jouent un rôle dans l'interdiction de la consommation. Néanmoins, il est certain que ces coquillages ont déterminé parfois des empoisonnements, quelques-uns suivis de mort, empoisonnements caractérisés par des nausées, des vomissements, des coliques, de la diarrhée, des douleurs, des éruptions, etc., et que l'on attribuait aux substances toxiques dont l'huître s'était nourrie.

Un beau jour, cependant, on s'aperçut que l'huître peut donner la fièvre typhoïde ; d'assez nombreux cas de cette infection, tant en France qu'à l'étranger, ne reconnaissaient pas d'autre origine, ainsi que l'établirent de rigoureuses enquêtes hygiéniques et bactériologiques, dont Chantemesse fit état dans son rapport décisif à l'Académie de médecine. Sa conclusion était la suivante : l'huître est un aliment inoffensif mais qui peut se contaminer dans les parcs d'engraissement ou de réserve installés près de l'embouchure des rivières, des canaux, des ruisseaux, des égouts, lesquels, charriant des déjections et des germes de toutes sortes, infectent les mollusques et les rendent dangereux. Le procédé de l'arrosage à l'aide d'eaux plus ou moins propres auquel se livrent aussi les vendeurs au détail peut être également une cause de contamination.

Sans doute, l'huître est capable de se débarrasser par elle-même de ces microbes ; elle les phagocyte et les détruit en quelques jours, six à huit, quand elle est placée dans une eau bien pure, et se débarrasse, grâce à l'activité de son foie, de toutes les substances nuisibles qu'elle contient. Mais on ne sait jamais, faute de prescription, si cette précaution a été prise, si, au dernier moment, quelque pollution n'est pas intervenue et, dans le doute, pour les gens méfiants, le mieux est de s'abstenir. Ainsi fut donnée la consigne : « Ne mangez plus d'huîtres ou gare à la fièvre typhoïde. » Tout le monde ne l'observa pas, mais il n'en résulta pas moins une gêne pour les gourmands et surtout le dommage assez sérieux porté, par la diminution de la consommation, à l'une des sources de notre richesse.

En somme, la garantie de la parfaite innocuité de l'huître réside dans la salubrité des parcs et des dépôts. Il suffit donc d'assurer, d'une manière efficace, le contrôle de cette salubrité pour que chacun, sans crainte, puisse introduire l'excellent mollusque dans ses menus. C'est ce à quoi avait déjà pensé l'Angleterre. Dès 1913, à l'inspiration de MM. Hinard et Prunier, on organisa, dans la région de la Seudre, en Bretagne puis à Arcachon, le contrôle des établissements ostréicoles. Mais ce contrôle, qui cessa en partie de fonctionner pendant la guerre, parut insuffisant aux hygiénistes. En 1921, MM. Courtois-Suffit et Bourgeois réclamèrent l'examen bactériologique obligatoire, puis, l'année suivante, le Comité interministériel, créé à la demande du ministre de l'Hygiène, M. P. Strauss, mit au point cette question qui a abouti, enfin, au décret du 31 juillet 1923, par lequel est définitivement institué le contrôle sanitaire de la production, du transport et de la consommation des huîtres. L'année prochaine, par conséquent, le certificat de garantie sera exigé et désormais le consommateur, mis ainsi à l'abri de tout risque, pourra user à sa fantaisie des précieux coquillages.

*
* *

Parler, à ce propos, de la réhabilitation de l'huître n'est pas assez dire. On va plus loin, jusqu'à son apologie. Elle ne constituerait pas seulement un délicieux hors-d'œuvre ; elle représenterait encore un aliment de valeur et même à l'occasion un utile médicament.

Brillat-Savarin, déjà cité, pensait que l'huître est peu nourrissante, puisqu'on en peut manger une grande quantité avant le repas sans que cela paraisse nuire à l'appétit. Cette constatation était exacte, mais pour un autre motif.

Voici, d'après les tableaux d'Alquier (1906), la composition centésimale de l'huître française, *ostrea edulis*.

	Composition totale	Partie digérée
Eau	86,63	»
Cendres	2,16	1,62
Matières azotées	10,01	9,71
Matières grasses	1,20	1,14
Matières hydrocarbonées	non dosées	»

D'autres auteurs donnent une composition un peu différente :

	J. KOENIG	ATWATER
Eau	80,52	88,3
Matières minérales	1,96	1,1
Matières azotées	9,04	6,0
Matières grasses	2,04	1,3
Matières hydrocarbonées (glycogènes)	6,44	3,3

Ces différences sont en partie imputables sans doute à l'espèce. On sait, en effet, que l'huître française dite *plate* (Cancale, Marennes, Arcachon, etc.) est plus riche en phosphore et en glycogène, mais moins riche en fer et en iode que l'huître dite *portugaise* (*gryphœa angulata*), aujourd'hui partout répandue. Quant à l'huître américaine (*ostrea virginiana*), elle paraît se rapprocher de notre huître.

Quoi qu'il en soit, on voit que l'huître est un bon aliment, inférieur cependant à l'escargot, d'après Balland ; mais elle possède, sur ce dernier, une grande supériorité ; elle est d'une digestion très facile et les expériences de M. Joubin ont montré que sa chair est rapidement attaquée et peptonisée dans notre estomac, ce qui justifie l'emploi qu'on en faisait, et qu'on en fera certainement de plus en plus, chez certains dyspeptiques et même les tuberculeux dont l'appétit est languissant et qui ont cependant besoin d'être assez largement nourris. Il est fâcheux à cet égard que l'huître reste un aliment de luxe, car elle serait, sans cela, introduite avec avantage dans le régime de beaucoup de malades.

Il y a mieux. Mme Raboin a étudié, à l'Institut d'hygiène alimentaire de Paris, la teneur en vitamines de certains aliments et en particulier des huîtres et elle a découvert que celles-ci renferment une proportion élevée de vitamine C ou antiscorbutique. C'est ainsi que, à des animaux rendus scorbutiques par carence alimentaire, il suffit d'administrer quelques huîtres pour guérir en quarante-huit heures tous les symptômes morbides. Voilà un traitement qui serait accueilli avec joie par nos troupiers si le malheur des temps voulait qu'ils eussent à rouvrir la tranchée contre les barbares.

Toutefois, notons-le, la vitamine C est sensible à la chaleur. Il s'en suit que, pour profiter des avantages de l'huître, il faut se garder de la faire cuire, pratique du reste détestable et qu'il convient de laisser aux philistins. Pourquoi, parmi ceux-ci, doit-on ranger Voltaire, dont le cœur tendre, se refusant à manger l'huître vivante, ne la supportait que grillée.

A parler franc, je crois qu'on exagère quelque peu l'innocuité et la digestibilité des huîtres. Elles sont parfois toxiques pour des raisons qui n'ont rien à voir avec l'infection et peuvent parfaitement bien déterminer des indigestions; il est vrai que bon nombre de gens ont l'habitude de les avaler sans les mâcher, ou de se gaver simultanément et de pains frais et de vins corsés, sans compter tout ce qui s'en suit. Plus de modération s'impose aux amateurs, même s'il n'existait pas de crise qui dépeuple nos parcs; et une douzaine d'huîtres additionnées de jus de citron doit satisfaire le goût tout en assurant les précieux bénéfices que la précédente doxologie leur promet.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1923)

Goitre basedowifié, diabète, phtisie pulmonaire. — MM. L. Babonneix et Jean Hutinel présentent une femme de soixante ans, atteinte, depuis des années, d'un goitre parenchymateux, et chez laquelle sont apparus tour à tour dans ces derniers temps, des phénomènes d'ordre basedowien, avec tachy-arythmie, du diabète et une tuberculose pulmonaire à marche subaiguë. Il s'agit bien de diabète, et non de glycosurie simple, puisque le taux du sucre s'élevait, il y a encore quelques mois, à 40 grammes par litre, et qu'il existe de plus, de la polyphagie, de la polydipsie, et de la gingivite. D'autre part, l'examen des crachats n'a jamais permis de déceler qu'une fois des bacilles de Koch après homogénéisation. Le diagnostic de phtisie diabétique semble donc légitime. Mais quelles relations établir entre diabète. d'une part, et goitre basedowifié de l'autre? C'est ce qu'il est bien difficile de dire.

Maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen. — MM. André Léri, Faure-Beaulieu et Ch. Ruppe présentent un malade atteint d'une forme très rare, presque inconnue en France, de la curieuse maladie osseuse décrite par Recklinghausen sous le nom d' « ostéite fibreuse déformante avec formations kystiques et tumeurs multiples ».

Ce sujet âgé de 60 ans présente : 1° Une tête énorme, couverte de larges et épaisses hyperostoses, tant sur la face que sur le crâne; 2° de volumineux kystes intra-osseux dans le maxillaire inférieur, les deux humérus, une clavicule, plusieurs côtes, plusieurs métacarpiens et phalanges, etc.; 3° des fractures multiples au bras, à la mâchoire; 4° une très petite taille (1^m47). Le début date de l'enfance, l'évolution s'est faite jusqu'à la fin de l'adolescence, sans aucune douleur.

L'image radiographique du crâne a l'aspect moucheté des radiographies d'os pagétiques; ce même aspect se retrouve dans la lame osseuse qui borde les kystes.

Il s'agit, en effet, d'un processus qui est commun à cette affection et à la maladie de Paget, de même qu'à certains cas de léontiasis ossea, voire de rachitisme ou d'ostéomalacie, et, d'une façon générale, à toutes les inflammations osseuses chroniques ou prolongées, à savoir : la transformation de la moelle graisseuse en moelle fibreuse et la destruction, avec ou sans hypertrophie apparente de l'os, d'une notable partie des travées osseuses. Aussi Recklinghausen décrivait-il toutes ces affections comme des variétés de l' « ostéite fibreuse ».

Mais, au point de vue clinique, ces variétés gardent bien leur individualité, et la formation de kystes est bien spéciale au type décrit par Recklinghausen. Ces kystes sont dus à la fonte localisée de la moelle fibreuse, peu vasculaire, et des restes des travées osseuses : ce processus, qu'on peut pour ainsi dire suivre sur les radiographies, aboutit, en réalité, à la formation de pseudo-kystes, contenant du liquide séreux ou séro-hématique, mais dépourvue de membrane limitante épithéliale ou endothéliale.

La pathogénie de cette affection est tout à fait inconnue. La syphilis ne paraît pas en cause. Comme pour toutes les maladies osseuses plus ou moins généralisées, on a voulu en faire, à l'exemple de l'acromégalie, une maladie d'une glande vasculaire sanguine; mais on n'en a apporté aucune apparence de preuve. Dans le cas présenté, les altérations osseuses semblent avoir débuté après une longue affection fébrile à caractère cérébro-méningé (contracture permanente avec rétraction des membres); or, des travaux récents ont montré que les hémicranièses et nombre d'ostéomes du crâne sont généralement consécutifs à des endothéliomes d'origine méningée, souvent congénitaux ou infantiles. D'autre part, l'un des auteurs a récemment rapporté deux cas de dysostose cléido-cradienne, autre maladie osseuse congénitale, où, à l'autopsie, on avait découvert de grosses lésions cérébro-méningées bilatérales anciennes, jusque-là méconnues; aussi il paraît légitime de se demander si des lésions du cerveau ou des méninges n'entrent pas, pour une part au moins, dans la pathogénie de la maladie osseuse fibro-kystique.

Un cas fruste de syndrome de Klippel-Feil associé à une surélévation des omoplates. — MM. Crouzon et René Martin présentait un cas de syndrome de Klippel-Feil typique, mais dont la réduction numérique est limitée à une vertèbre.

Cette anomalie comporte un spina bifida, ainsi que cela est presque constant et est associée à une surélévation des omoplates (coexistence plus rare). Les auteurs présentent par comparaison un cas de Klippel-Feil typique et complet présenté antérieurement par eux.

Sclérodermie progressive avec cataracte double précoce chez un infantile. — MM. Georges Guillain, Th. Alajouanine et R. Marquézy présentent un homme de vingt-huit ans, chez lequel s'associent trois ordres de manifestations : 1° Un infantilisme avec taille de 1^m48, système pileux peu développé, organes génitaux de petit volume, gynécomastie, métabolisme basal très diminué; 2° une sclérodermie progressive surtout marquée au niveau des membres inférieurs avec troubles vaso-moteurs, hypothermie, douleurs à type causalgique, maux perforants et douloureux empêchant la marche; 3° une cataracte double précoce.

Les auteurs insistent sur le caractère très douloureux, causalgique, des maux perforants et des ulcérations des sclérodermiques contrairement au caractère non douloureux des maux perforants des tabétiques; ces douleurs coexistant avec les phénomènes vaso-moteurs et trophiques indiquent un trouble de l'innervation sympathique. La cataracte double précoce, qui n'a pas été signalée au cours de la sclérodermie, existait chez une autre malade observée par MM. F. Bezançon et Guillain. La coexistence de l'infantilisme avec une diminution marquée du métabolisme basal indique chez ce malade une atteinte de l'appareil thyroïdien qui peut exercer une influence sur la sclérodermie progressive.

MM. Guillain, Alajouanine et Marquézy attirent l'attention sur la présence, dans ce cas et dans un autre semblable, d'une hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans lymphocytose, la réaction de Wassermann et la réaction du benjoin colloïdal étant d'ailleurs négatives. Ils envisagent, au point de vue thérapeutique, outre l'opothérapie thyroïdienne, la possibilité d'intervenir sur le sympathique péri-vasculaire (opération de Leriche); ils insistent aussi sur ce fait qu'un appareil orthopédique de marche, mettant au repos la surface plantaire irritable, peut rendre à ces malades, parfois obligés à la station horizontale à cause de leurs douleurs et de leurs ulcérations provoquées par la marche, un très réel service.

Perforation du rectum, chez un tabétique, à la convalescence d'un érysipèle. — MM. Pagniez et F. Coste ont trouvé à l'autopsie d'un tabétique, mort en quelques heures de collapsus à la convalescence d'un érysipèle, une perforation du rectum, coïncidant avec de nombreux diverticules

en doigt de gant de l'anse sigmoïde. Ils discutent les interprétations possibles de cette lésion d'une exceptionnelle rareté : diverticulite avec escarre, ulcération d'origine infectieuse, ulcération tabétique.

Arthropathie tabétique suppurée par infection secondaire. — MM. PAGNIEZ et COSTE rapportent une observation d'arthropathie tabétique suppurée à bacille d'Eberth par infection secondaire qui démontre la possibilité de l'infection secondaire endogène d'une arthropathie tabétique.

Erythème polymorphe et zona. — MM. J. TROISIER et GEORGE, à propos de 8 cas de zona et 4 cas d'érythème polymorphe se demandent si l'on ne doit pas rapprocher certains érythèmes polymorphes du zona, et si cette ectodermose relativement pure ne relèverait parfois de la même étiologie que la fièvre zostérienne ectodermose neurotrope.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1923)

Teneur en acide urique du sérum et du liquide céphalo-rachidien des enfants. — MM. LESNÉ, HASARD et LANGLE ont dosé l'acide urique par la méthode colorimétrique de Grigaut, dans le sérum d'enfants normaux, âgés de trois mois à douze ans, après avoir pratiqué une série de dosages sur des sérums d'adultes ; les moyennes observées ont été de 0g04, par litre pour l'adulte, et de 0g03 par litre pour l'enfant, chiffres très voisins comme on le voit. Chez des enfants atteints d'athrepsie, de rougeole, de varicelle, de pneumonie, et d'accidents sériques, le taux de l'acide urique est sensiblement le même et les variations ont toujours été très faibles.

Dans le liquide céphalo-rachidien d'enfants normaux, la quantité d'acide urique est toujours très inférieure à celle du sérum (moyenne 0g018).

Au cours de la méningite tuberculeuse, le taux de l'acide urique dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas modifié (0g017). Il en est tout autrement pour les liquides de méningites méningococciques : la perméabilité méningée est alors augmentée et la teneur en acide urique se rapproche de celle du sérum (0g03 comme moyenne).

Action de diverses substances sur les vaisseaux d'un membre isolé. — M. Ch. RICHET fils a étudié par la méthode des circulations artificielles, l'action de diverses substances, sur les vaisseaux d'animaux qu'on venait de sacrifier. Ces actions ainsi privées de toute connexion centrale, cardiaque ou nerveuse, ont toujours réagi dans le sens d'une vaso-constriction, même quand on faisait circuler des substances qui *in vivo* sont vaso-dilatatrices. L'auteur a, de plus, démontré par la méthode de l'atropine que certains agents chimiques agissaient sur l'élément musculaire, d'autres sur l'élément nerveux.

Séro-diagnostic des affections à gonocoques (réaction de fixation). — MM. RUBINSTEIN et M. GAURAN. La recherche des anticorps gonococciques par la méthode de Bordet et Gengeu a une réelle valeur clinique. Elle permet le diagnostic de laboratoire en cas d'étiologie clinique hésitante (arthrites, orchi-épididymites, salpingites). Elle permet dans certains cas d'établir un diagnostic de guérison.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1923)

A propos du cancer des lèvres et de la langue. — M. CAZIN estime que toutes les fois que le traitement chirurgical est possible, il doit être préféré aux autres traitements.

M. PROUST pense que dans le traitement du cancer de la langue, l'exérèse ganglionnaire doit précéder le traitement radiumthérapique. Celui-ci doit suivre l'évolution de l'index kargokinétique et être pratiqué avec une filtration suffisante pour éviter les radiodermites.

M. LÉOPOLD-LÉVI présente un cas d'épithélioma spino-cellulaire de la langue, traité avec succès par le radium.

A propos des grands rétrécissements de l'œsophage. — M. DALSACE apporte un nouveau cas de grand rétrécissement de l'œsophage, montrant l'influence de l'élément spasmodique, l'absence de tout signe clinique de syphilis, la longue durée de l'évolution.

A propos du jeûne thérapeutique. — M. NATIER qui a jeûné quatre-vingts jours en six fois depuis le 24 septembre 1922, pour se débarrasser de maux de tête continuels entreprend une septième cure qui semble l'avoir conduit à la guérison.

Traitement par le collovaccin antituberculeux. — M. GRIMBERG a guéri en deux mois par ce traitement un erythème induré de Bazin, datant de quatre ans et ulcéré depuis deux ans.

M. PROUST considère ce résultat comme remarquable.

Le cuivre dans le traitement du cancer. — M. WALLON utilise le cuivre colloïdal sous forme d'ionoïde de cuivre; il a une action favorable sur la marche du cancer, même incurable. L'amélioration porte sur les troubles fonctionnels, et surtout sur l'état général; l'évolution du cancer est retardée. Ce produit administré par voie intraveineuse est presque toujours bien toléré.

Fibrome de l'utérus sphacèle par torsion. — M. PERAIRE présente un cas de ce genre guéri par hystérectomie et sur lequel la radiothérapie avait échoué.

Valeur nutritive des pâtes alimentaires. — M. LEMATTE a étudié cette valeur chez le sujet sain et chez les malades. Les pâtes au gluten riches en azote doivent faire partie du régime des cardiaques et des albuminuriques, puisque leur azote d'origine végétale ne libère pas de toxines qui irritent le rein et augmente la tension. Chez les diabétiques, les pâtes au gluten apporteront un azote non cétogène et permettront d'instituer des rations d'entretien.

Les états hypnoïdes au point de vue biologique et chimique. — M. BÉRILLON montre qu'entre la veille et le sommeil existent les états hypnoïdes, états intermédiaires caractérisés par une inhibition plus ou moins marquée de l'activité physique et de l'activité mentale. Ces états ont une importance capitale qui explique les prétendues interventions psychothérapiques à l'état de veille qui ne sont en réalité que des interventions à l'état de veille apparente.

NOTES POUR L'INTERNAT

INVAGINATION INTESTINALE

DÉFINITION. — L'invagination intestinale, décrite par Cruveilhier, est la pénétration d'un segment d'intestin dans un segment voisin. C'est une forme bien individualisée de l'occlusion intestinale, caractérisée par ce fait qu'elle frappe essentiellement les jeunes enfants, par l'occlusion incomplète qu'elle détermine avec émission de selles sanglantes, par son pronostic relativement favorable à condition que le diagnostic et l'intervention soient précoces.

ÉTIOLOGIE. — *A.* **Causes prédisposantes.** — Générales : *Age* : maximum de fréquence au cours de la première année et surtout de cinq à six mois. Peut se voir pendant les années suivantes, mais bien moins souvent. Possible aux autres âges, mais c'est extrêmement rare.

Sexe : les garçons sont atteints dans la proportion de trois contre une fille.

Races : plus fréquente dans certains pays : Angleterre, Danemark.

Locales : *Alimentation* : on a invoqué sans aucune preuve l'allaitement artificiel, les purgations trop répétées.

Efforts : à l'occasion de toux (coqueluche).

Traumatismes.

Parasitisme intestinal : ascaris.

Toutes ces causes peuvent exceptionnellement intervenir. Deux causes locales seules méritent d'être retenues :

Une lésion de la paroi intestinale :

Tumeurs (polypes surtout) et tuberculose intestinale.

Mais ceci intervient presque essentiellement chez l'adulte et le vieillard. Il s'agit alors d'invagination associée ou secondaire.

Le défaut d'accolement des mésos :

C'est la cause prédisposante par excellence de l'invagination intestinale des nourrissons : invagination primitive.

Normalement, l'anse iléo-cæcale du nouveau-né peut rester entièrement flottante. Le cæcum et le côlon ascendant ne se fixent à la paroi qu'après la naissance (ils peuvent même rester mobiles dans la portion cæcale, pendant toute la vie).

B. **Causes déterminantes.** — Contractions spasmodiques de l'intestin.

MÉCANISME. — I. **Formation de l'invagination.** — Péristaltisme exagéré de l'intestin. Normalement le bol fécal est précédé d'une onde de dilatation et suivi d'une onde de contraction. Anormalement cette portion contractée pourrait pénétrer dans la portion dilatée qui la précède.

II. **Progression de l'invagination.** — Dès qu'elle est formée, la portion invaginée va se comporter elle-même comme un bol fécal; la contraction normale de l'intestin va tendre à la faire progresser.

Cette progression peut se faire de deux manières. Ombrédanne distingue en effet :

1° L'invagination à tête mobile et à collet fixe : c'est le cas des iléo-cæcales. Elles ne comportent pas obligatoirement de défaut de coalescence des mésos : la valvule de Bauhin joue le rôle de collet, la tête progresse de proche en proche.

2° L'invagination à tête fixe et à collet mobile : le collet se déroulant progressivement.

Cette variété est possible :

Sur le grêle (dans tous les cas), sur le côlon (à condition que le mésocôlon ne soit pas accolé).

III. **Arrêt de la progression.** — Souvent c'est le méso attiré dans le boudin qui fait frein et empêche l'invagination de s'étendre indéfiniment.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Siège.** — Iléo-cæcal le plus souvent (60 p. 100); le grêle entraîné par la valvule de Bauhin dont les parois sont rigides s'invagine dans le cæcum.

Jéjuno-iléal ou iléo-cæcal, moins fréquente.

Colo-colique : le gros intestin, surtout au niveau du transverse, se télescope lui-même.

Variétés rares : invagination de l'appendice, du diverticule de Meckel.

Description. — On appelle boudin d'invagination l'ensemble des segments d'intestin qui se sont déplacés formant en général trois cylindres. De la partie proximale vers la partie distale on trouve : le segment invaginé (ou cylindre interne) dont l'extrémité s'appelle la tête; le segment moyen retourné sur lui-même (ou cylindre de jonction) qui se continue au niveau de la tête avec le cylindre interne; le segment externe (ou gaine) qui se continue avec le précédent en formant le collier.

On voit que, tandis que le cylindre interne et le cylindre moyen se touchent par leur face séreuse, le cylindre moyen et le cylindre externe se touchent par leur face muqueuse.

Caractères du boudin d'invagination. — *Aspect* : masse cylindrique allongée suivant le grand axe de l'intestin. Souvent asymétrique parce qu'il existe une inflexion au point où le méso exerce sa traction.

Couleur : rougeâtre.

Consistance : variable, assez dure le plus souvent, facile à reconnaître pour la main qui explore les anses.

Dimensions : calibre toujours plus considérable que l'intestin normal; longueur très différente suivant les cas, peut n'avoir que quelques centimètres ou au contraire intéresser toute la longueur du gros intestin.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



LE SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1923

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, en 84 lots, des fournitures *d'herboristerie, droguerie, produits et préparations pharmaceutiques, produits chimiques, produits pour laboratoires et matières colorantes et produits chimiques hors série* (*chlorure de méthyle pur et oxygène*), nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant six mois pour les substances pharmaceutiques et produits chimiques et pendant une année pour les produits chimiques hors série (chlorure de méthyle et oxygène) à compter du 1er janvier 1924.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 24 novembre 1923.



N° 92. — SAMEDI 17 NOV. 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 17 NOV. 1923. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* **19-52**

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations. — La Pitié : M. Laignel-Lavastine ; — Laënnec : M. L. Ramond ; — Boulogne : MM. Laubry et Trémolières ; — La Charité : MM. Courcoux et Baudouin ; — Bretonneau : M. Guillemot ; — Tenon : MM. Halbron et Foix ; — Bichat : M. Lemierre ; — Broca : MM. Faure-Beaulieu et Lœderich ; — Andral : MM. Herscher et Paisseau ; — Dubois : M. J. de Jong ; — Sainte-Périne : M. Rivet ; — Beaujon : M. Villaret ; — Bicêtre : MM. Darré et Lian ; — Ivry : M. Tixier ; — Brévannes : M. Heuyer.

— Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 novembre. — M. L'Hirondel, 19.

— Concours de l'internat. — *Oral.* Séance du 12 novembre. — Questions données : « Complications de la rougeole. — Phlegmon périnéphrétique. »

MM. Casaubon, 18 ; Grinda, 28 ; Mayer (Maurice), 23 ; Dolfus, 35 ; Garnier, 17 ; Bourdillon, 30 ; Scemla, 26 ; Schmite, 34 ; Ducuing, 32 ; Laporte (Antoine), 33.

Séance du 13 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la pneumonie du sommet. — Complications et traitement des fractures des côtes. »

M. Callégari, 34 ; Mme Genin, 22 ; MM. Brunet, 16 ; Widiez, 29 ; Delage, 24 ; Mlle Boegner, 25 ; MM. Richard, 15 ; Lefèvre (Pierre), 20 ; Coudrain, 29 ; Moraux, 30.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 12 novembre 1923. — Question donnée : « Anatomie de l'articulation tibio-tarsienne. »

MM. Anglade et Blanquine, 12 ; Bérard (E.), 9 ; Alépée, 14 ; Bérardier, 15 ; Arondel, 14 ; Aubriet, 17 ; Amaraggi, 14 ; Bonnet (Eugène), 12 ; Aubert, 11 ; Attal, 9 ; Ballard, 10 ; Benassy, 15 ; Blavier, 13 ; Beaufils, 11 ; Boyer, 12 ; Barbara, 14 ; Bichet, 13 ; Boureau, 12 ; Arnaud (J.), 15.

Séance du 13 novembre. — Question donnée : « Anatomie des muscles péroniers latéraux. »

MM. Adida, 12 ; Ayzac, 11 ; Ardouin, Bertrand (Pierre) et Asselin, 16 ; Fallex, 15 ; Droux, 8 ; Hamelin (Jean), 14 ; Fromont, 12 ; Garat, 9 ; Glaive, 12 ; Mlles Gillard, 8 ; Goldberg, MM. Gibert, Gaucher et Gerodias, 16 ; Golé, 15 ; Gorodiche, 14.

Pathologie. — Séance du 12 novembre 1923. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la fracture de Dupuytren. »

MM. Signeux, 13 ; Sée, 14 ; Ranglaret, 14 1/2 ; Raganeau, 14 ; Schwob, 17 ; Schlesinger, 11 ; Padovani, 20 ; Sustendal, 15 ; Miget, 13 ; Quivy (Jean), 12 ; Quivy (Jacques), 16 ; Spartzierer, 11 ; Preux, 14 ; Sicard, 17 1/2 ; Ripert et Mlles Simon, 13 ; Sylvestre, 14 ; Rabanit, 16 ; Prieur, 8 ; Polowski, 11.

Séance du 14 novembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic du cancer de la langue. »

MM. Queriault, 8 ; Pugaubert, 10 ; Tabuteau, 13 ; Retat, 16 ; Sallet, 17 ; Sterianos, 11 ; Servy, 15 ; Revel-Moreau, 18 ; Saint-Martin, 17 ; Tchou et Prat, 15 ; Prugniaud, 13 ; Storoge, 12 ; Mlle Seyrig, 16 ; M. Prince, 14 ; Mme Saulnier, 9 ; MM. Sterbini, 11 ; Savigny et Saulgeot, 12 ; Rousseau (Georges), 9.

— Concours du prix Fillioux. — Le jury est définitivement composé de MM. Bourgeois, Baldenweck, Hautant, Barbier et Ombrédanne.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — *Concours de l'internat.* — Sont proposés :

MM. Poinsot, Isemein, Bianchi, Lombard, Trabuc, Montagnier, Esmenard, Caire, Giraud, Raybaud, Jacques, Brunet, Mlle Cousin, MM. Silvan, Darcourt, Poursines, Sesquès, Imbert, Jaur, Sacaze, Mlle Coulange, MM. Jourdan, Escudier, Chosson, Mlle Barjavel, MM. Brugeas, Gavaudan et Mlle Roure.

Concours de l'externat. — Sont proposés :

MM. Brahic, Salmon, Olmer, Guérin, Marion, Silhol, Acquaviva, van Cuyck, Lamouroux, Bernard, Naud, Plantevin, Penel, Arnaud, d'Aubarède, Henry, Gautier, Liotier, Midague, Granier, Mazouyer, Juge, Pourtal, Maurin, Mlle Lafforêt, MM. Mathieu, Gaunet et Donneaud.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — *Section d'oto-rhino-laryngologie.* — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — M. Jacod : « Diagnostic et traitement du cancer de la langue » (note 15).

M. Rebattu : « Kystes et fistules du tractus thyréo-glosse » (note 15).

M. Lemaître : « Les déviations posttraumatiques du septum des fosses nasales » (note 28).

M. Rendu (Robert) : « Symptôme et évolution de la tuberculose laryngée » (note 17).

M. Arloin : « Abcès cérébelleux d'origine otétique » (note 14).

M. Portmann : « Anatomie pathologique, symptômes, évolution et diagnostic différentiel des mastoïdites dites « cervicales » (note 28).

Sont admissibles à la dernière épreuve : MM. Lemaître, 58; Portmann, 57; Jacod et Rendu (Robert) 32.

Epreuve clinique. — MM. Jacod, 21; Portmann, 27; Rendu (Robert), 21; Lemaître, 29.

Total des points : MM. Lemaître, 87; Portmann, 84; Jacod et Rendu 53.

Sont proposés : MM. Lemaître (de Paris) et Portmann (de Bordeaux).

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie publie une nouvelle liste de prix pour 1923 :

Le PRIX LALLEMAND (1.800 fr.) est attribué au docteur André Thomas, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris.

Le PRIX LONGCHAMPT (4.000 fr.) est attribué à M. Albert Goris, professeur agrégé à la Faculté de pharmacie de Paris.

FONDATION LANNELONGUE (2.000 fr.). — Les arrérages de la fondation sont partagés entre Mmes Cusco et Rück.

L'UNIVERSITÉ DE LYON CONFÈRE TROIS TITRES DE DOCTEUR " HONORIS CAUSA ". — L'Université de Lyon a conféré le titre de docteur *honoris causa* à MM. Maragliano, de l'Université de Gênes; Fredericq, de l'Université de Liége, et Brachet, de l'Université libre de Bruxelles.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'UROLOGIE. — Le IIe Congrès de la Société internationale d'urologie aura lieu à Rome, du 23 au 26 avril 1924, sous la présidence du professeur Alessandri.

PROGRAMME DES SÉANCES. — *Mercredi 23 avril.* — Séance de la Société italienne d'urologie en l'honneur des membres étrangers.

24 avril. — Première question à l'ordre du jour : « De l'innervation rénale. » Rapporteurs : MM. Ambard (Strasbourg) et Zoja (Pavie).

25 avril. — Deuxième question : « Vaccinothérapie dans les affections urinaires. » Rapporteurs : MM. Rovsing et Wulf (Copenhague), Dungeon (Londres), Nogués (Paris), Pirondini (Rome).

26 avril. — Troisième question : « Résultats éloignés des opérations contre la lithiase rénale. » Rapporteurs : MM. Brongersma (Amsterdam), Cifuentes (Madrid), Tardo (Palerme).

26 avril (après-midi). — Quatrième question : « Progrès récents de l'urologie. »

1° « Pathogénie de l'hydronéphrose. » Rapporteur : M. Hinman (San-Francisco).

2° « Vésiculotomie et vésiculectomie transvésicale. » Rapporteur : Sir Thomson-Walker (Londres).

3° « Malacoplasie vésicale. » Rapporteur : M. Barrington (Londres).

Les membres du Congrès sont priés de se faire inscrire pour la discussion.

Pour toute question relative à l'administration de la Société (candidatures, statuts, etc.), s'adresser à M. Desnos, 59, rue La Boétie (Paris).

Pour le Congrès de Rome, s'adresser à M. Bonanome, 124, via dei Cracchi (Rome).

LA LUTTE CONTRE LE CANCER. — Par arrêté de M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, M. Léon Bérard, professeur de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé directeur du centre régional de lutte contre le cancer de Lyon et du Sud-Est.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS. — La Société tiendra, le dimanche 18 novembre 1923, sa séance plénière annuelle à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre) selon le programme suivant :

Le matin, à 10 h. 30, conférence de M. le docteur Rathery, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux : « Les conceptions actuelles relatives à la physiologie pathologique et au traitement du diabète. »

Le soir, à 14 h. 30, rapport par M. le docteur Polack : « Le chromatisme de l'œil. »

La discussion est ouverte à tous les confrères, même étrangers à la Société, qui voudront bien au préalable se faire inscrire auprès du secrétaire général, docteur Bailliart, 15, rue Saint-Simon.

UNE RÉUNION MÉDICALE A PROPOS DE LA CRISE DU LOGEMENT. — L'Evolution médico-chirurgicale organise une grande réunion où sont conviés tous les médecins de la Seine le vendredi 7 décembre 1923, à 20 h. 45, à la mairie du IXe arrondissement, rue Drouot (salle des fêtes, 1er étage).

M. Edouard Ignace, avocat à la Cour d'appel, député de Paris, président de la Commission de législation civile et criminelle de la Chambre, ancien sous-secrétaire d'Etat, fera une conférence suivie de discussion sur : « La crise du logement et les médecins. »

MM Paul Boudin, docteur en médecine, docteur en droit, Paul Guillon, président du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement, et Le Corbeiller, député de la Seine, ancien président du Conseil municipal de Paris, prendront la parole.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur de Parrel, secrétaire général de l'Evolution médico-chirurgicale, 5, rue de Thann, Paris (XVIIe), téléphone Wagram 57-20, de 13 à 14 heures.

COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. (Professeur : M. ROGER.) — M. le professeur Roger a commencé son cours le jeudi 15 novembre 1923, à 17 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure.

M. Garnier, agrégé, commencera une conférence complémentaire le mardi 20 novembre 1923, à 17 heures (petit amphithéâtre), et la continuera les mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Programme de l'examen de 3e année. — Des démonstrations pratiques, obligatoires, pour les étudiants de 3e année, seront faites tous les mercredis, à 14 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. La première démonstration aura lieu le 21 novembre.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Asile clinique, rue Cabanis, n° 1, (XIVe). Professeur : M. Henri CLAUDE.) — M. le professeur Henri Claude commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la Clinique le dimanche 18 novembre, à 10 h. 1/2, et son cours de pathologie mentale au grand amphithéâtre de la Faculté le jeuni 22, à 16 heures, et continuera son enseignement les lundis et jeudis suivants, aux mêmes heures.

Le mercredi et le samedi, à 10 heures : Leçon policlinique.

Sujet du cours : « Les démences (syphilis cérébrale, paralysie générale, démences organiques, démences séniles). »

ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — MM. Claisse, Grenet, Laignel-Lavastine, Rist, médecins, et M. Auvray, chirurgien de l'hôpital Laënnec, feront, à partir du jeudi 22 novembre 1923, des conférences cliniques, avec présentation de malades. Ces conférences auront lieu le matin, à 11 heures, à l'amphithéâtre du cours de l'hôpital, sauf celle de M. Rist qui sera faite au dispensaire Léon-Bourgeois.

Elles seront réparties de la manière suivante :

Lundi, M. Rist; mercredi, M. Laignel-Lavastine; jeudi, M. Claisse; vendredi, M. Auvray; samedi, M. Grenet.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Cathelineau et Paul Oudin (de Paris); Crucien Castelli (de Marseille).

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES FIÈVRES ÉRUPTIVES[1]

Par M. BRELET,
Professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le diagnostic de la scarlatine est à faire avec la rubéole et la quatrième maladie ; nous en reparlerons. On risque aussi de la confondre avec une éruption médicamenteuse, avec les érythèmes toxi-infectieux, avec l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Parmi les *éruptions médicamenteuses* pouvant affecter le type scarlatineux, on peut citer les éruptions dues à la belladone, à l'antipyrine, à la quinine, au chloral, qui apparaissent sans fièvre, sans symptômes buccopharyngés, et, par conséquent, seront facilement distinguées de la scarlatine. Au contraire, les érythèmes determinés par le *mercure* sont souvent d'un diagnostic très délicat; l'ingestion de protoïodure de mercure, de calomel, les frictions à l'onguent napolitain, les injections de sublimé peuvent provoquer un érythème scarlatiniforme avec des symptômes généraux et locaux, dont la réunion rappelle beaucoup la scarlatine; le début se fait par de la fièvre, de la céphalée, de la sécheresse bucco-pharyngée, puis l'éruption apparaît aux aines, au ventre ; c'est un granité éruptif sur des placards cramoisis ; cet érythème s'accompagne presque toujours d'un prurit souvent très intense; il reste localisé à la région inguinale ou se généralise ; en même temps, la stomatite augmente d'intensité, quelquefois même la langue desquame ; le malade a des symptômes gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée) et nerveux plus ou moins intenses; la desquamation, au niveau des régions qui ont été le siège de l'éruption, survient rapidement et ressemble absolument à celle de la scarlatine (Morel-Lavallée). Dans ces formes graves d'hydrargyrisme, le diagnostic serait donc impossible sans la notion d'étiologie (Moizard); la salivation mercurielle existe aussi presque toujours et doit attirer l'attention (Hutinel et Martin).

Les *éruptions post-arsénobenzéniques* sont très souvent scarlatinoïdes; elles débutent aux plis articulaires et s'étendent, pouvant couvrir tout le corps ; leur coloration varie du rouge clair ou rouge vif. Ces éruptions simulent parfois de très près la scarlatine, quand elles s'accompagnent de fièvre, de troubles gastro-intestinaux et même d'énanthème bucco-pharyngé, avec langue dépouillée (Milian, Nicolas, Boutelier). Mais la notion du traitement antérieur facilite et impose presque le diagnostic.

L'érythème scarlatiniforme qui apparaît après une injection de sérum antidiphtérique est tellement voisin de la scarlatine que Marfan le décrit sous le nom de *scarlatinoïde métadiphtérique* ; il ne peut être distingué de la scarlatine que par les circonstances dans lesquelles il survient ; quelquefois, comme pour l'érythème sérique morbilliforme, il s'agit d'une véritable scarlatine due, par exemple, à une infection hospitalière. En ce qui concerne les *érythèmes toxi-infectieux* scarlatiniformes secondaires à diverses infections, il y a lieu de faire les mêmes remarques que pour la rougeole. Poisot a bien décrit les érythèmes graves qui se produisent au cours de la fièvre typhoïde; on peut croire alors à une fièvre éruptive associée à la fièvre typhoïde, mais ce diagnostic doit être écarté, parce que l'éruption n'est pas précédée des symptômes qui marquent la période d'invasion des fièvres éruptives.

L'*érythème scarlatiniforme desquamatif* (dermatite exfoliatrice récidivante) a comme principal caractère la discordance entre le peu de gravité des symptômes généraux et l'intensité de l'éruption ; il ne s'accompagne pas du syndrome bucco-pharyngé de la scarlatine; la desquamation est précoce, apparaissant alors que l'éruption est dans son plein développement; cette desquamation est d'ailleurs considérable, déterminant même la chute des poils et des ongles. A la seconde et mieux encore à la troisième atteinte de la dermatite, le diagnostic se fera sans difficulté.

D'autres problèmes se posent quand la scarlatine survient chez un blessé, chez un opéré (*scarlatine chirurgicale*) ou chez une femme récemment accouchée (*scarlatine puerpérale* qu'il est préférable d'appeler, comme le proposent Weill et Péhu, *scarlatine obstétricale*, pour ne faire aucune confusion avec les érythèmes de l'infection puerpérale). On a bien longtemps discuté à propos de ces deux formes de la scarlatine; en réalité, les blessés, les accouchées peuvent présenter des érythèmes infectieux; mais il leur arrive aussi de contracter, en période post-opératoire ou dans le post-partum, une scarlatine banale, scarlatine qui provient d'une autre scarlatine et qui elle-même en engendre d'autres. Ces scarlatines des blessés et des accouchées présentent une particularité curieuse, le peu d'intensité des symptômes amygdalo-pharyngés, la rareté des angines; on peut se demander si le germe de la scarlatine n'a pas pénétré dans l'organisme par la plaie ou par les organes génitaux.

C'est le plus souvent par la face que débute l'éruption de la *rubéole*, mais l'exanthème s'étend avec une grande rapidité, et tout le corps est envahi en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Dans sa forme la plus typique, l'éruption consiste en macules roses, de petites dimensions, rondes ou ovales, légèrement surélevées; les taches sont discrètes, séparées par des espaces de peau saine; cela ressemble donc à une rougeole discrète, mais parfois les taches de rubéole deviennent confluentes, forment des placards rouges irréguliers et alors la rubéole rappelle plutôt la scarlatine; cependant on remarquera dans ces cas qu'à côté des placards scarlatiniformes il existe des macules isolées, si bien que la rubéole devient ainsi un mélange d'érythème scarlatiniforme et d'érythème morbilliforme. Le malade atteint de rubéole a un peu de fièvre, quelques signes de catarrhe oculo-nasal et de bronchite, très souvent de l'angine, fréquemment aussi des adénopathies cervicales ou autres. L'hypertrophie des ganglions a été longtemps regardée comme un symptôme constant; elle manque cependant parfois; quand elle existe, elle est plus ou moins généralisée; bien souvent, les ganglions situés à l'angle de la mâchoire et le long des muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont seuls hypertrophiés; l'adénopathie n'a alors rien de bien caractéristique puisqu'elle existe souvent dans la scarlatine, et quelquefois, à un moindre degré, dans la rougeole; quand les ganglions des aisselles, des aines sont aussi tuméfiés, cette généralisation devient un signe important pour le diagnostic.

C'est avec la rougeole et la scarlatine que l'on est exposé à confondre la rubéole. L'absence ou le peu

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 90, p. 1441.

d'intensité des prodromes et du catarrhe oculo-nasal, la brusquerie du début, l'apparition rapide et l'extension précoce de l'éruption, les caractères de celle-ci, le peu de gravité des phénomènes généraux, les adénopathies, la notion épidémiologique permettent de différencier la rubéole de la rougeole (Nobécourt). La rougeur moins intense du pharynx, les caractères de l'éruption qui est rarement uniformément scarlatineuse font faire le diagnostic avec la scarlatine. On éliminera aussi les érythèmes toxi-infectieux dont nous avons déjà signalé les principaux caractères.

Sous le nom de *quatrième maladie*, Clément Dukes a décrit, en 1900, une fièvre éruptive qui a le même exanthème que la scarlatine et la bénignité de la rubéole; il l'a observée chez des enfants ayant eu déjà la rubéole ou la scarlatine. Cette quatrième maladie se rapproche beaucoup de la rubéole scarlatineuse étudiée en 1884 par Filatow. Après une incubation de neuf à vingt jours survient un léger malaise général et une éruption nettement scarlatiniforme, abondante, généralisée; les amygdales sont tuméfiées et rouges, les ganglions du cou légèrement augmentés de volume; la langue est saburrale, mais ne se dépouille pas comme dans la scarlatine; pendant trois ou quatre jours, le malade a de la fièvre légère, 38 à 39 degrés, puis la température baisse rapidement; la desquamation se fait ensuite comme dans la scarlatine. Cette fièvre éruptive ressemble singulièrement à la scarlatine; Dukes l'en sépare cependant parce qu'il l'a vue survenir chez des sujets ayant eu la scarlatine, mais cet argument n'est pas suffisant puisque la scarlatine peut récidiver. Hutinel et Martin conseillent de traiter les enfants atteints d'une quatrième maladie comme des scarlatineux; Nobécourt déclare que la quatrième maladie n'est pas encore nettement individualisée; Apert la rapproche des scarlatines bénignes. Il est donc bien inutile de faire de la quatrième maladie une nouvelle fièvre éruptive.

En Allemagne et en Autriche, on a décrit une *cinquième maladie* (*érythème infectieux aigu*; *érythème simplex marginatum*), dont les épidémies sont généralement associées à une épidémie de rubéole ou de rougeole. L'éruption débute par la face, sous forme de taches rose pâle ou rouge violacé; ces taches sont assez étendues avec une partie centrale œdématiée dont la saillie va se dégradant vers la périphérie; puis l'éruption gagne les membres, épargne le tronc ou n'y est que très discrète; pas de fièvre, pas de réaction ganglionnaire; la maladie est toujours très bénigne. Pour Weill et Péhu, la cinquième maladie n'est qu'une variété de la rubéole.

L'éruption de la *variole* débute à la face, au front, autour des yeux, pour gagner ensuite le tronc et les membres; elle commence par des macules, taches rouges, arrondies, isolées, disparaissant sous la pression; en quelques heures les macules se transforment en papules, saillies arrondies, aréolées de rouge. Vers la fin du deuxième jour de l'éruption, les papules, surtout à la face, sont déjà devenues des vésicules remplies d'une sérosité claire; les vésicules s'élargissent, se tuméfient, leur centre se déprime ce qui donne naissance à l'ombilication; mais ce phénomène n'est pas constant; on l'observe surtout au tronc, assez souvent à la face; il manque au niveau des extrémités. Entre les éléments éruptifs le derme est infiltré, et, dans les régions où le tissu cellulaire est abondant, il y a un gonflement œdémateux très prononcé. L'exanthème variolique s'accompagne d'un énanthème qui se montre sur les muqueuses presque en même temps que l'éruption cutanée; l'énanthème siège surtout dans la bouche où l'on voit des saillies papuleuses puis des vésico-pustules; d'autres muqueuses peuvent être envahies, par exemple la pituitaire, la muqueuse laryngo-trachéale, les muqueuses anale, vulvaire et vaginale.

Pendant cette période d'éruption, les symptômes généraux de la variole s'atténuent dans la plupart des cas; mais ils prennent une nouvelle violence au moment de la période de suppuration qui commence cinq à sept jours après le début de l'éruption. La température remonte à 39 ou 40 degrés, le pouls est accéléré; il existe de la céphalalgie, de la courbature, des vomissements, parfois de la diarrhée. Les vésicules sont devenues des pustules remplies d'un liquide louche puis purulent; quand l'éruption est discrète, chaque pustule demeure isolée; mais le plus souvent, à la face surtout, les pustules et leurs aréoles inflammatoires se confondent, et on voit ainsi de larges placards représentant des nappes purulentes. La suppuration entraîne un gonflement énorme du tissu cellulaire avec des douleurs très vives, de la cuisson, du prurit, si bien que, dans les formes intenses, la situation du malade devient très grave. La période de suppuration dure de deux à cinq jours; c'est celle où la mortalité est la plus forte, où les complications sont plus fréquentes. Lorsque le malade doit succomber, les symptômes généraux s'aggravent, les urines deviennent rares ou nulles, le pouls petit, filiforme, la mort survient dans le coma. Si le malade doit guérir, tous les symptômes disparaissent; le malade entre en convalescence pendant que des croûtes se forment sur les pustules; c'est alors la période de dessiccation et de desquamation.

Selon les variétés de l'éruption, on décrit plusieurs formes de variole : variole atténuée, variole discrète, variole abondante qui correspond à la forme précédemment décrite, variole cohérente avec des éléments très nombreux mais cependant isolés, variole confluente dont l'éruption couvre toute la surface cutanée, variole hémorragique ou variole noire. Dans cette dernière forme, la variole est hémorragique d'emblée ou secondairement; en cas de variole hémorragique d'emblée, la marche de la maladie peut être foudroyante : après un frisson violent la température monte à 40, 41 degrés; le malade a du délire, de la dyspnée, de l'angoisse, la peau est uniformément rouge, elle ne présente pas d'éléments éruptifs isolés, et le malade meurt en vingt-quatre ou trente-six heures; dans les formes moins rapides, après une invasion d'un à deux jours, on voit aux aines une rougeur lie de vin qui se généralise, se couvre de taches purpuriques ou de plaques hémorragiques, puis de phlyctènes sanguinolentes; en même temps surviennent aussi des hémorragies par la bouche et le nez, des hématémèses; le malade succombe dans le collapsus, la guérison est exceptionnelle. Le pronostic est moins grave quand la variole est secondairement hémorragique; il s'agit alors d'une variole abondante dans laquelle, au moment de l'éruption, des taches purpuriques apparaissent sur la peau, dans laquelle les pustules se teintent de sang; des hémorragies peuvent se produire par diverses voies (épistaxis, hématuries, métrorragies).

Beaucoup d'auteurs décrivent aussi une forme de variole dite *varioloïde*, mais ce terme est employé

dans des sens différents; pour les uns, le mot varioloïde doit s'appliquer à toute variole survenant chez un individu vacciné; pour les autres, la varioloïde est la variole qui évolue sans fièvre de suppuration et dans laquelle les pustules, au lieu de suppurer, se dessèchent rapidement; cet avortement des pustules se voyant surtout chez les sujets antérieurement vaccinés, on revient ainsi à la première acception du terme varioloïde. Hutinel et Martin préfèrent ne pas se servir du mot varioloïde dans leur description de la variole, mais seulement signaler les différences d'évolution de la variole alors qu'elle survient chez un vacciné ou un non-vacciné.

Le diagnostic de la variole à la période d'éruption est relativement aisé; une variole discrète pourrait être confondue avec l'*acné varioliforme*, la *syphilis* varioliforme, l'*herpès* généralisé; mais, dans ces cas, on n'observe ni fièvre, ni vomissements, ni douleurs, l'état général n'est pas atteint comme dans la variole. Une *rougeole boutonneuse* ressemble assez à une variole au début; mais la rougeole boutonneuse a été précédée du catarrhe oculo-nasal; dans les cas douteux, l'examen du sang peut être utile au diagnostic, la variole ayant une formule leucocytaire assez caractéristique. Le *purpura* hémorragique doit être distingué de la variole hémorragique qui, en somme, s'annonce par un véritable purpura; il existe toutefois une grande différence entre les symptômes généraux de ces deux affections : « Le purpura n'est rien à côté de cette variole noire qui plonge d'emblée les malades dans la prostration et l'adynamie et marque leur facies d'une empreinte désespérée. » (Comby.) Dans les cas de variole discrète c'est surtout avec la vaccine généralisée et avec la varicelle que le diagnostic est à faire, comme nous allons le voir.

La *vaccine généralisée* est très rare; en 1883, Dauchez en rapportait dans sa thèse, une trentaine de cas seulement; depuis, quelques observations ont été publiées par Leuret, d'Astros. Dans ces cas, la pénétration dans l'économie du vaccin, qui d'habitude reste local, se généralise sur les téguments, et on voit apparaître des pustules vaccinales plus ou moins confluentes. Il faut distinguer cette vaccine généralisée de l'auto-inoculation vaccinale dans laquelle des pustules vaccinales supplémentaires se montrent en divers points du corps, lorsque le sujet vacciné s'est gratté au niveau des vaccins et a porté ailleurs le virus de la vaccine. Le diagnostic différentiel de la vaccine généralisée et de la variole n'est pas difficile; l'intensité des symptômes généraux est moindre dans la vaccine généralisée; l'apparition des pustules après une vaccination lève tous les doutes, avec cette réserve qu'on a vu parfois la variole et la vaccine évoluer simultanément (Bouchut).

Dans la *varicelle*, l'éruption débute en des points quelconques, la tête, le tronc ou les membres; on n'observe pas cette régularité de l'exanthème morbilleux et de la variole où les éléments éruptifs progressent de haut en bas; c'est déjà un caractère important de diagnostic différentiel. L'éruption de la varicelle consiste d'abord en macules rouges ou rosées, en taches érythémateuses dont le centre devient très vite vésiculeux ou plutôt bulleux; les bulles, arrondies ou ovalaires, ont des dimensions variables, tantôt petites comme des grains de chènevis, tantôt plus grosses et atteignant les dimensions de petits raisins; elles sont remplies d'un liquide clair, transparent comme l'eau de roche, qui s'est formé dans la couche la plus superficielle de l'épiderme. La base des vésicules est variable suivant les cas; c'est une tache rouge plate ou un peu surélevée; mais très souvent cette base manque, et alors les vésicules sont comme des gouttes de rosée semées sur la peau. En regardant ces bulles varicelliques et mieux encore en promenant le doigt sur leur surface, on se rend parfaitement compte qu'elles sont très superficielles, ce qui les distingue bien des vésico-pustules varioliques. D'ordinaire les bulles de varicelle sont en petit nombre, laissant entre elles de grands espaces de peau saine; parfois même il faut les rechercher avec attention pour en trouver seulement quelques-unes sur tout le corps. Mais, dans d'autres cas, elles sont, en certaines régions, plus abondantes et même confluentes, par exemple dans les points qui sont le siège de quelque irritation; Galliard a observé une éruption très confluente au niveau d'une région badigeonnée à la teinture d'iode : j'ai vu un enfant qui, ayant eu de la bronchite quelques jours avant la varicelle, avait été soigné par des badigeonnages à l'essence de térébenthine; au moment de la varicelle, tout le dos fut couvert d'un très grand nombre de bulles alors que sur le reste du corps l'éruption resta assez discrète. Comby, Merklen insistent sur le prurit d'ordinaire modéré, mais parfois très intense; c'est surtout quand des bulles se forment sur le cuir chevelu que les démangeaisons peuvent devenir violentes, ce qui entraîne des lésions de grattage. L'éruption de la varicelle procède par poussées successives, autre caractère très important; ces poussées peuvent être nombreuses et faire durer la période d'éruption une dizaine de jours. Comme anomalie de l'éruption, Le Roy a décrit une forme papuleuse constituée par des saillies rouges qui se recouvrent d'une croûtelle grisâtre sans avoir passé par le stade bulleux.

Avec l'exanthème, on observe aussi un énanthème, des bulles sur diverses muqueuses : muqueuse bucco-pharyngée, muqueuse conjonctivale, muqueuse pituitaire, prépuce, vulve. Quelquefois c'est sur le larynx que se développent les bulles varicelliques; la laryngite varicelleuse peut alors s'accompagner de spasme de la glotte (Boucheron, Marfan et Hallé). A cette période d'éruption le malade a une fièvre légère et quelques symptômes généraux peu marqués; cependant une varicelle confluente peut donner une température de 39 degrés, de l'agitation et de l'insomnie; quelquefois on constate une poussée ganglionnaire diffuse (adénopathies cervicales, axillaires, inguinales) mais presque toujours ce sont des adénopathies antérieures réveillées par l'infection varicelleuse (Merklen). Les bulles de varicelle ne suppurent pas si l'évolution est normale; elles se dessèchent rapidement, l'épiderme s'affaisse et forme une croûtelle noirâtre qui tombe au bout de quelques jours; parfois même la croûte ne se forme pas, la vésicule se flétrit par une sorte d'évaporation de son contenu, laissant à peine une squame pour témoigner de sa présence (Comby). Mais quelquefois des infections secondaires se produisent, ce sont les formes suppurée, ulcéreuse et même gangréneuse de la varicelle; on cite également quelques cas de varicelle hémorragique.

Eruption à topographie irrégulière et à poussées successives, éléments très superficiels, peu d'intensité des phénomènes généraux, tels sont les caractères qui distinguent la varicelle de la *variole*. Mais il faut bien reconnaître que la varicelle confluente simule assez bien une variole; dans ces cas, on peut

recourir à l'inoculation de l'élément éruptif douteux dans l'épithélium de la cornée d'un lapin; Salmon a montré que la variole était ainsi inoculable, tandis que la varicelle ne l'est pas; en cas de variole, on voit apparaître, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, le long des stries d'inoculation de petites saillies transparentes qui se transforment ensuite en vésicules. La varicelle peut être confondue avec l'*urticaire* vésiculeux, avec les *syphilides* varicelliformes, avec certaines *éruptions médicamenteuses* dues à l'arsenic, aux bromures, aux iodures; mais vraiment toutes ces affections ne rappellent que de très loin la varicelle. Le *pemphigus* aigu, quand il se présente sous forme de petites bulles, peut ressembler à la varicelle; bientôt les bulles grandissent et le doute ne persiste pas; il faut savoir cependant que, chez des malades affaiblis, la varicelle prend parfois l'aspect pemphigoïde et que les deux maladies peuvent coïncider. Signalons aussi l'analogie clinique entre une varicelle discrète et un *zona;* Netter admet d'ailleurs l'identité des virus zonateux et varicelleux, en se basant sur l'identité des lésions cutanées et sur certains faits épidémiologiques (cas de varicelle contractés au contact de zonateux; cas de zona succédant à la varicelle). A noter encore l'existence aux Antilles d'une fièvre éruptive, l'*alastrim*, dont Léon Bernard a vu quelques cas au Havre; elle n'atteint que la race noire et présente une bénignité absolue; l'alastrim débute brusquement par un état saburral des voies digestives et une fièvre élevée (39, 40 degrés); au bout de deux jours, la température tombe à la normale, et l'éruption apparait. C'est un exanthème généralisé (face, membres, tronc), constitué d'emblée par des vésico-pustules d'aspect opalescent ou laiteux; les vésico-pustules sont petites ou grosses comme un pois, tantôt distantes les unes des autres, tantôt confluentes; si quelques éléments sont ombiliqués, la plupart ne le sont pas; l'éruption dure une dizaine de jours, puis les éléments se flétrissent mais des petites taches blanches ou des macules rosées persistent longtemps, environ trois mois. Pour Léon Bernard, l'alastrim n'est pas une variole atténuée et se rapprocherait plutôt de la varicelle, sans qu'on doive toutefois les confondre; L. Camus croit au contraire que l'alastrim est une maladie proche de la variole, une variété de varioloïde.

Les fièvres éruptives ne sont pas des maladies à *rechutes*; on cite seulement quelques observations de rechute de rougeole (Chauffard et Lemoine, Comby, Fédou), de scarlatine (Jeanselme, Richardière et Kauffmann, Lettry, Gouget, Brelet, Rouèche). Pour la rougeole, la date de la rechute est variable; dans un cas de Fédou, elle survint après trois jours d'apyrexie; dans une autre observation du même auteur, au bout de neuf jours. Dans la scarlatine, la rechute est, en général, tardive; Lettry relate 18 cas, dans lesquels la rechute débuta du dix-huitième au vingt-cinquième jour après la première éruption, et 21 cas dans lesquels ce début eut lieu entre le vingt-cinquième et le quarantième jour; les symptômes de la rechute sont généralement moins intenses que ceux de la première atteinte et les complications sont exceptionnelles; on a cependant relaté deux cas de rechutes suivies de mort. En règle générale, les fièvres éruptives ne *récidivent* pas, une première atteinte conférant une immunité durable; mais cette règle comporte quelques exceptions.

En résumé, ce qu'il faut retenir de ce diagnostic clinique des fièvres éruptives, ce sont les grandes ressemblances entre l'éruption de la rougeole et les érythèmes toxi-infectieux morbilliformes, entre l'éruption de la scarlatine et les érythèmes scarlatiniformes; c'est encore la difficulté à différencier parfois la varicelle et la variole.

Pour résoudre ces cas, fort embarrassants, il faudrait connaître les microbes des fièvres éruptives: il faudrait les avoir cultivés, pouvoir appliquer au diagnostic des fièvres éruptives les méthodes de séro-réaction agglutinante et d'hémoculture; en attendant, on a voulu trouver dans l'*examen du sang*, des éléments de diagnostic différentiel. Voici, à ce sujet, les conclusions d'un travail de Pater: pour la rougeole et la rubéole, les auteurs ne sont pas d'accord; Combe et Renaut, Plantenga ont trouvé, à la période d'éruption morbilleuse, de l'hypoleucocytose, avec hypopolynucléose, tandis que Courmont, Montagard et Péhu, Tiliston constatent, à ce même stade éruptif, de la polynucléose. Pour la rubéole, mêmes contradictions; il est impossible de distinguer la rubéole ou la rougeole par l'examen hématologique. Rougeole et rubéole ne peuvent non plus être séparées nettement des érythèmes capables de les simuler, sauf dans les cas rares d'érythèmes accompagnés d'une très forte mononucléose. La scarlatine se manifeste, dès le début de l'éruption, par une polynucléose très nette, les mononucléaires subissent une diminution portant surtout sur les lymphocytes; le chiffre des éosinophiles est assez souvent augmenté; la scarlatine peut ainsi être distinguée des érythèmes scarlatiniformes dont la formule leucocytaire est normale ou caractérisée par une mononucléose (Pater). L'étude hématologique de la variole a donné des résultats plus intéressants; E. Weil, Courmont et Montagard ont montré qu'il existait dans cette affection une hyperleucocytose avec mononucléose et apparition de myélocytes neutrophiles. Weill et Decos ont indiqué pour la varicelle une formule hémoleucocytaire différente de celle de la variole (pas d'hyperleucocytose, polynucléose, pas de myélocytes); mais Weil, Nobécourt et Merklen ont parfois trouvé, dans la varicelle, de la mononucléose et de la myélocytose comme dans la variole. L'examen du sang ne peut donc aider beaucoup au diagnostic des fièvres éruptives.

De l'*examen des urines*, on ne peut tirer de conclusions certaines; cependant, d'après Lobligeois, la diazo-réaction d'Ehrlich, très fréquente dans la scarlatine, est exceptionnelle dans les érythèmes scarlatiniformes. Mais Donneaud n'a trouvé la réaction positive que dans 28 p. 100 des cas de scarlatine; d'après Donneaud, cette réaction est presque toujours positive dans la rougeole (93 p. 100).

Plus intéressant est un procédé de diagnostic donné pour la scarlatine, en 1918, par Schultz et Charlton; il est basé sur le phénomène de l'*extinction de l'exanthème* scarlatineux par le sérum d'un scarlatineux convalescent ou d'un sujet n'ayant jamais eu la scarlatine. Si l'on injecte un demi-centimètre cube de ce sérum dans le derme à un endroit où l'éruption de la scarlatine est bien marquée, on voit, au bout de six à dix heures, l'exanthème scarlatineux pâlir, s'effacer complètement dans une zone large comme une pièce de cinq francs ou même comme la paume de la main et l'extinction de l'exanthème dure plusieurs jours. On a constaté, d'autre part, que ce même sérum de scarlatineux convalescent ou de sujet sain est sans action

sur tout exanthème qui n'est pas d'origine scarlatineuse et enfin que le sérum de scarlatineux en pleine maladie, c'est-à-dire dans les vingt premiers jours, est incapable de provoquer l'extinction, si on l'injecte à un malade ayant une éruption de scarlatine.

On utilise en clinique ce phénomène de l'extinction par la méthode directe ou indirecte. Méthode directe, c'est injecter à un malade présentant une éruption douteuse, 1 centimètre cube de sérum de convalescent ou de sérum normal; l'éruption s'éteint-elle, c'est une scarlatine. Méthode indirecte; voici un malade ayant une éruption de diagnostic difficile, on injecte son sérum à un autre malade dont la scarlatine est indiscutable; si l'on obtient l'extinction, c'est que le donneur de sérum n'a pas la scarlatine. Le signe de Schultz et Charlton a été étudié, en France, par P.-L. Marie, Mouriquand et Léorat, Hamel, Pavlovitch, Achard; Saloz et Schiff l'ont recherché à Genève, pendant l'épidémie de 1921. D'après Pavlovitch, ce phénomène présente un grand intérêt, les auteurs qui l'ont étudié considérant que l'extinction est presque toujours positive dans la scarlatine et qu'elle ne l'est jamais dans les éruptions scarlatiniformes, mais cependant Pavlovitch ajoute que la question appelle de nouvelles recherches.

La déviation du complément — *réaction de Bordet-Gengou* — a été recherchée pour le diagnostic de la variole par Teissier et Gastinel. On trouve dans la thèse de Gastinel une étude très complète des réactions d'infection et d'immunité chez les vaccinés et les malades atteints de variole; d'après Gastinel, la fixation, obtenue en employant, comme antigène, des croûtes varioliques conservées, réalise une formule précise de séro-diagnostic de la variole.

IV

Diagnostic à la période de desquamation. — On est appelé à faire le diagnostic d'une fièvre éruptive à la période de desquamation dans deux circonstances, soit que la desquamation permette de réformer le diagnostic primitivement porté et reconnu inexact à l'apparition de ce dernier symptôme, soit que le malade desquamant ait été peu gravement atteint au moment de l'éruption, ait eu une éruption légère et ne se soit pas alors fait examiner par un médecin.

On décrit à la *rougeole* une desquamation furfuracée, en toutes petites écailles qui font que la peau, recouverte de ces furfurs, semble poudrée; la desquamation commence au sixième ou septième jour de l'éruption, débute par le cou et la face, puis suit la même marche que l'éruption, et dure une ou deux semaines. Les cas où la desquamation est absente ne sont pas rares (Dopter); parfois la desquamation est si discrète qu'elle pourrait passer inaperçue (Comby); la desquamation furfuracée typique est donc peut-être plus exceptionnelle que ne l'écrivent les auteurs classiques; bien souvent, c'est plutôt par la persistance sur le thorax et sur le ventre de macules grisâtres, pigmentées, qui donnent aux téguments un aspect tigré, que l'on peut faire le diagnostic rétrospectif de rougeole.

Dans la *scarlatine*, la desquamation est tout à fait caractéristique, mais sa date d'apparition très variable. On peut parfois voir la peau se fendiller dès le septième ou huitième jour; bien souvent la desquamation ne commence qu'au dixième, quinzième jour de la maladie et même plus tard, pour ne se terminer que du trentième au quarantième jour; on a cité des cas de desquamation encore plus prolongée, ayant duré deux mois (Sanné), soixante-dix jours (Trousseau). Rilliet et Barthez, Sanné ont bien décrit la desquamation scarlatineuse; l'épiderme devient rugueux, se ride en formant de petites élevures arrondies, flaccides et sèches; ces élevures restent isolées ou s'agglomèrent, puis elles se déchirent par leur centre, laissant à leur place des surfaces épidermiques nouvelles qui sont limitées par l'épiderme ancien, dont les bords circulaires sont soulevés jusqu'à une certaine distance; le décollement se propage d'une surface à l'autre; la peau présente ainsi un mélange de places dénudées et de lambeaux épidermiques à moitié détachés; peu à peu les squames tombent, l'épiderme nouveau présente une coloration rose pâle, puis reprend lentement sa teinte normale. Aux mains et aux pieds, la desquamation se fait par larges bandes; aux doigts et aux orteils, sur la face palmaire et plantaire, où l'épiderme est plus épais, la peau se détache en grands lambeaux, en véritables doigts de gant. Quelques observateurs ont noté, dans la scarlatine, la chute des poils, des cheveux et même des ongles; le fait est exceptionnel, il se voit plutôt dans l'érythème scarlatiniforme récidivant.

Les squames de la scarlatine ont été longtemps considérées comme très contagieuses; on admet aujourd'hui que les germes de la scarlatine pullulent surtout dans la gorge des malades, et si les squames ont pu parfois transmettre la maladie, c'est alors qu'elles avaient été souillées et infectées par les sécrétions naso-pharyngées (Lemoine, Gouget, Lesage).

La desquamation de la *variole* succède à la dessiccation des pustules; la dessiccation se fait un peu différemment selon les régions; à la face, les pustules se déchirent, au tronc elles se dessèchent sans se déchirer, puis les unes et les autres se recouvrent de croûtes rugueuses, assez épaisses, qui restent adhérentes tant que l'épiderme n'est pas régénéré; parfois les croûtes épaisses tombent pour être remplacées par d'autres plus légères, et le phénomène peut se reproduire deux ou trois fois, ce qui prolonge la période de desquamation. Après la chute des croûtes la peau présente des cicatrices qui restent souvent ineffaçables.

Dans la *varicelle*, la desquamation existe à peine; les bulles se dessèchent et se recouvrent de croûtelles noirâtres qui se détachent rapidement, sans laisser de cicatrices. En cas de varicelle suppurée, la dessiccation est beaucoup plus lente; il peut alors persister quelques cicatrices. Marfan a montré qu'on observe souvent, à la place des bulles varicelliques, des taches blanches pouvant présenter plusieurs aspects : taches blanches achromiques, très lisses, d'un blanc d'ivoire, sans saillie ni dépression; taches blanches saillantes avec plicatures parallèles; taches blanches entourées d'une zone hyperpigmentée. Les taches persistent pendant des années, mais elles doivent finir par disparaître, puisqu'on ne les rencontre plus chez les adultes.

Après avoir fait le diagnostic de rougeole, de scarlatine, de varicelle ou de variole, il faut essayer d'établir un *pronostic*; celui-ci sera basé sur l'examen général du malade, sur la présence ou l'absence de complications; on tiendra compte aussi de l'âge du sujet, du milieu dans lequel il est soigné, les

fièvres éruptives ayant une gravité plus grande dans les hôpitaux d'enfants. En ce qui concerne les *complications*, chaque fièvre éruptive a les siennes qui, sans lui appartenir exclusivement, sont particulièrement fréquentes ; dans la rougeole, ce sont les complications broncho-pulmonaires; dans la scarlatine, les angines, la néphrite, le pseudo-rhumatisme; dans la variole, les suppurations de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, les complications atteignant le système nerveux et l'appareil circulatoire. Les complications sont dues les unes aux germes et aux toxines, encore inconnus, des fièvres éruptives, les autres aux infections secondaires; microbes et poisons envahissent tout l'organisme, pouvant déterminer des lésions dans tous les parenchymes; le foie, le pancréas, les capsules surrénales sont ainsi atteints et les altérations de ces organes glandulaires ont un rôle dans la production des symptômes et des complications de la maladie.

On n'oubliera pas, enfin, la possibilité d'association, chez un même malade, de deux fièvres éruptives, par exemple scarlatine-rougeole, scarlatine-varicelle; il est encore une autre infection qu'il ne faut jamais méconnaître, c'est la diphtérie; la diphtérie complique assez souvent la rougeole, quelquefois elle survient chez un scarlatineux; il importe d'en faire le diagnostic le plus tôt possible pour ajouter immédiatement au traitement de la fièvre éruptive le traitement de la diphtérie, c'est-à-dire la sérothérapie intensive.

Quelques indications bibliographiques (1). — ACHARD. *Journ. des prat.*, fév. 1923.
APERT. Art. ROUGEOLE, *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, 1920, fasc. 2.
BERNARD (Léon). L'alastrim, *Acad. de méd.*, 2 oct. 1923.
BOUTELIER. Les éruptions érythémateuses postarsenobenziques, *Gaz. des hôpit.*, 24 fév. 1923, n° 16.
CAMUS. *Acad. de méd.*, 2 oct. 1923.
DONNEAUD. Diazo-réaction d'Ehrlich dans les fièvres éruptives, *Th. de Lyon*, 20 nov. 1907.
GASTINEL. *Th. de Paris*, 1913.
HALLÉ. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XVI.
HALLUIN (D'). Rash scarlatiniforme dans la varicelle, *Th. de Lille*, fév. 1920.
HAMEL. *Th. de Paris*, 1922.
LEEDE. *Münch. med. Woch.*, 7 fév. 1911, analyse *Semaine méd.*, 19 juillet 1911.
LEMOINE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1897, p. 147.
MARIE (P.-L.). *Presse méd.*, 1921.
MONNIER. Un cas de rash purpurique pré-éruptif au début d'une scarlatine, *Gaz. méd. de Nantes*, 1904.
MOURIQUAND et LÉORAT. *Lyon méd.*, 1922.
NETTER (A.). *Acad. de méd.*, 1920 et 1922; — *Soc. méd. des hôpit.*, 1922.
NETTER. *Th. de Paris*, 1921.
ŒLSNITZ (D'). Note sur le procédé de la ventouse pour le diagnostic des fièvres éruptives, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 oct. 1915.
PAVLOVITCH. Le phénomène d'extinction de Schultz-Charlton et le diagnostic de la scarlatine, *Th. de Lyon*, 1922.
PERRIN. *Paris méd.*, 1922.
ROGER. Le zona, *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 14.
SALOZ et SCHIFF. *Acad. de méd.*, 4 avril 1922.
STOÏANOVITCH. *Th. de Bordeaux*, juillet 1917.
STOUPY. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, juillet 1901.
TEISSIER, TEISSIER et DUVOIR, TEISSIER et TANON. Art. FIÈVRES ÉRUPTIVES, *Nouveau Traité de médecine*, 1922, t. II.
THOUVENY. *Th. de Lyon*, juillet 1922.
WEILL et GARDÈRE. *Lyon méd.*, 1912.
WEILL et PÉHU. Art. FIÈVRES ÉRUPTIVES, *La Pratique des maladies des enfants*, t. VI.

(1) Pour la bibliographie un peu plus complète, voir M. BRELET. Diagnostic des fièvres éruptives, *Gaz. des hôpit.*, 15 et 22 juin 1912, nos 68 et 71.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'insuline. — Dans la séance de l'Académie de médecine du 30 octobre, M. DELEZENNE, en son nom et au nom de M. HALLION et de Mlle LEDEBT a rappelé avoir, dans des communications antérieures, déjà insisté sur les difficultés du tirage physiologique de l'insuline, sur la variabilité du rapport, que l'on observe, chez l'animal, entre les phénomènes convulsifs provoqués et l'hypoglycémie, sur la prudence qui s'impose au médecin dans l'emploi de cette substance, enfin sur l'utilité d'une connaissance plus approfondie de son mécanisme d'action.

Les auteurs ont poursuivi leurs recherches, depuis janvier dernier, au laboratoire de physiologie de l'Institut Pasteur et ce sont les résultats de ces recherches qui font l'objet de la présente communication qui est d'un vif intérêt pour les praticiens appelés à prescrire l'insuline. En effet, on ne saurait trop les mettre en garde contre les inconvénients ou même les dangers que pourraient provoquer des doses plus ou moins élevées de cette substance.

Les auteurs ont préparé eux-mêmes l'insuline en partant du pancréas de bœuf.

Après avoir rappelé comment ont procédé les auteurs canadiens, Banting, Best, Collip, Macléod pour obtenir des extraits pancréatiques doués d'un pouvoir hypoglycémiant et que, le premier, Schœfer a appelé l'insuline, M. Delezenne et ses collaborateurs expliquent qu'ils ont suivi à peu de choses près la même technique, c'est-à-dire les extractions par l'alcool. Ils ont obtenu de même la précipitabilité de la substance active par le sulfate d'ammoniaque.

L'insuline, ainsi obtenue, débarrassée autant que possible de toutes substances étrangères, était dosée par injections au lapin. On a tout de suite constaté qu'à la suite de cette injection, la glycémie baissait, mais pour quelques heures seulement. Une injection plus forte provoquait aussitôt des symptômes de convulsions et de coma, qui tantôt disparaissaient, tantôt entraînaient la mort, accidents auxquels on pouvait remédier par une injection de glycose. Dans les cas où on avait provoqué des convulsions, la glycémie était descendue très bas, jusqu'à 0,45 p. 1000 en moyenne.

C'était là comme un point de repère naturel et ainsi fut définie conventionnellement l'unité d'insuline.

Donc, dans ces expériences, de sérieux phénomènes de convulsions accompagnaient l'hypoglycémie, dans quelle mesure en étaient-ils solidaires ?

Après une injection d'insuline, le taux du sucre sanguin, mesuré à des intervalles réguliers d'une heure et demie à deux ou trois heures, s'abaisse en représentant une courbe régulière, qui remonte ensuite vers le niveau normal.

Toutes ces courbes ne suivent pas cependant la même marche. L'insuline, par ce fait, trahit une certaine irrégularité d'action. Des nombreuses expériences faites par les auteurs sur des lapins, il résulte que cette irrégularité d'action de l'insultne se manifeste de diverses façons. On obtient d'abord des effets franchement inégaux avec des doses identiques. Si, d'autre part, on injecte des doses très inégales, on voit se produire des accidents dont l'intensité est précisément en raison inverse des doses injectées.

M. Delezenne entre ici dans le détail des expériences. Quelle est la raison de ces écarts dans les résultats ? On ignore et, ainsi que le fait surtout observer M. Delezenne, cela ne laisse pas que d'être quelque peu troublant pour le médecin qui aura à prescrire l'insuline.

Plusieurs hypothèses sont émises pour rechercher les causes de cette irrégularité d'action. Mais ce ne sont que des hypothèses.

Quoi qu'il en soit, il est reconnu que l'insuline donne des résultats particulièrement remarquables et précieux dans le coma et l'état d'acétonémie dont se compliquent les diabètes graves ; à doses suffisantes, elle fait disparaître du sang et de l'urine l'excès d'acétone et des composés dits cétoniques qui lui sont apparentés.

Les auteurs de ce consciencieux travail continuent leurs recherches et leurs expériences. Ils terminent ainsi leur intéressant travail :

« Telles sont, concernant certains effets de l'insuline, les données de nos expériences personnelles et, par les réflexions qu'elles ont pu nous inspirer, celles qui nous ont paru susceptibles d'intéresser le médecin par les suggestions qu'elles comportent au point de vue de la pratique de l'insulinothérapie.

Nous n'avons pas envisagé — c'est là pourtant, au point de vue physiologique, le problème capital — les mécanismes essentiels de l'action de l'insuline.

Par quels processus fait-elle disparaître le sucre du sang? Ce sucre, que devient-il? Est-il brûlé par les tissus? Passe-t-il à l'état de glycogène? Subit-il quelque autre métamorphose? Eprouve-t-il dans sa constitution moléculaire un changement qui modifie ses aptitudes?

Malgré des recherches déjà assez nombreuses, bien des points demeurent encore très obscurs, d'autant plus que les résultats expérimentaux obtenus, d'une part sur les animaux diabétiques, d'autre part sur les normaux, se sont montrés divers, sinon même diamétralement opposés.

Nous n'insistons pas davantage ; nous aurons lieu de revenir sur ce sujet lorsque nous exposerons les données que nous avons pu nous-mêmes recueillir sur certaines questions qui s'y rattachent. »

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1923)

Le statut des sages-femmes. — La discussion sur le statut des sages-femmes est remise à quinzaine.

Etude d'un axe supplémentaire de l'articulation coxo-fémorale pour les impotents. — M. Gabriel BIDOU démontre au début de sa communication comment il est possible, mathématiquement, de délimiter un point d'oscillation du membre inférieur sur le bassin, au-dessus du point articulaire normal par la dépliation de la courbe lombaire.

Puis il explique comment doit être conçu l'appareil qui tout en immobilisant l'articulation coxo-fémorale humaine, permettra de réaliser cette oscillation nouvelle. Ce sera un appareil simple, facile à porter. Il donne des photographies de malades utilisant ce dispositif.

Ainsi donc, par ce nouveau point exceptionnel d'oscillation coxo-fémorale, l'ingénieux appareillage que présente le docteur Gabriel Bidou, permettra aux ankylosés et aux douloureux de la hanche de pouvoir marcher en attitude normale, tout en sauvegardant le jeu de flexion humaine au niveau de l'articulation vraie.

Moulage endocranien. — M. ANTHONY a présenté une étude de moulage endocranien de l'enfant de la Guinée découvert par M. Henri Martin, première étude de ce genre qui ait pu être faite. Il en résulte qu'à l'âge de huit ans, l'enfant présente déjà les caractères d'ensemble de la forme endocranienne de l'adulte. Bien qu'il soit d'un volume égal à celui d'un enfant actuel du même âge, le cerveau est celui des Néandes sphalinés adultes très dolichocéphale et beaucoup plus accentué qu'on ne le constate dans aucune race humaine actuelle.

Eaux minérales. — M. SIREDEY lit un rapport sur les travaux adressés à la Commission des eaux minérales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1923)

A propos du procès-verbal. — M. MILIAN insiste sur la valeur diagnostique de la réaction de Wassermann, au sujet de la récente communication de M. P. Weil. M. Milian considère que la lymphocytose avec hyperalbuminose sont deux signes permettant de penser à la syphilis d'autant que dans les deux observations de M. Weil l'enquête familiale au sujet de cette infection n'est pas complète.

M. BABONNEIX partage l'opinion de M. Milian, et il est possible qu'il y ait association de syphilis et de tumeur cérébro-méningée.

M. PINARD partage le même avis.

Présentation de trois malades diabétiques traités par l'insuline. — MM. CHABANIER, LOBO-ONELL et Mlle LEBERT, à propos des résultats heureux obtenus et durables chez au moins deux des malades, insistent sur la possibilité dans certains cas d'amener un diabète grave dans l'état d'un sujet normal et même de l'y maintenir à l'aide de cures d'insuline instituées chaque fois qu'un symptôme indiquant une reprise de l'évolution du diabète veut se manifester. Les auteurs se proposent d'ailleurs d'apporter leurs statistiques dans un avenir prochain.

Association d'un goitre basedowifié avec un hémi-syndrome parkinsonnien. — MM. G. GUILLAIN et R. MARQUÉZY présentent une malade de quarante-neuf ans chez laquelle ils ont constaté, il y a un an, un tremblement du type Charcot-Marie au membre supérieur droit, une exophtalmie bilatérale, de la tachycardie et une hypertrophie très apparente du lobe droit du corps thyroïde. En outre, on observait chez cette femme au membre supérieur gauche un tremblement parkinsonnien caractéristique. Une hémi-thyroïdectomie droite fut pratiquée par M. Baumgartner; l'examen histologique du corps thyroïde montre une dégénérescence cancéreuse du corps thyroïde. Le syndrome de Basedow a disparu un an après l'opération. Il y a lieu, par contre, de remarquer que l'hémisyndrome parkinsonnien gauche, absolument indépendant du syndrome thyroïdien, n'a nullement été modifié par l'opération. Les auteurs insistent sur ce fait qu'il est exceptionnel de voir associé un tremblement parkinsonnien d'un côté du corps et un tremblement basedowien du côté opposé. Ils insistent aussi sur les résultats de la thérapeutique chirurgicale.

Lymphadénome du péricarde. (*Présentation de pièce.*) — MM. GIRARD et PICHON.

Injections intraveineuses de chlorure de calcium dans les crises de tétanie. — MM. RATHERY et KOURILSKY ont étudié les effets de l'injection intraveineuse de chlorure de calcium au cours d'une crise de tétanie grave de l'adulte.

Une injection d'un gramme de médicament suffit à amener la sédation complète de crises généralisées et extrêmement douloureuses. En cinq à dix minutes toute trace de contracture a disparu.

Les auteurs ont étudié comparativement l'action du chlorure de calcium en ingestion dont l'effet est beaucoup plus lent et exige l'emploi de doses beaucoup plus élevées.

La sédation des accidents est à ce point complète que la malade réclamait instamment, lorsqu'elle était en crise, l'injection du médicament.

Valeur séméiologique des souffles jugulaires dans les chloroses frustes. — MM. Noël FIESSINGER et Marcel BIDEGARAY, après avoir enregistré la rareté actuelle de la chlorose, cherchent à fixer dans quelle mesure les souffles veineux peuvent aider à dépister les chloroses frustes. Ils étudient expérimentalement le mécanisme des souffles veineux à l'aide d'un phonendoscope monté à pressions progressives. Après avoir résumé les expériences déjà anciennes de Chauveau, de Potain et de Trousseau, ils montrent que le souffle apparaît lorsque la vitesse de l'écoulement atteint un certain taux, cette vitesse étant fonction à la fois de la viscosité, de la pression d'origine et de l'importance du rétrécissement. Tous ces facteurs interviennent en médecine; aussi les souffles veineux peuvent-ils s'observer à l'état normal chez la jeune fille et chez l'enfant. Il faut alors tendre fortement l'aponévrose cervicale. Mais dans les anémies leur observation est beaucoup plus facile et la production des souffles veineux ne nécessite pas de manœuvre spéciale. Les auteurs étudient les caractères de ces souffles des chloroses frustes coïncidant avec des anémies globulaires minimes et surtout avec des abaissements de la valeur globulaire. L'observation de nombreux faits de la consultation de médecine de Saint-Antoine

leur a montré que, suivant les anciens préceptes de Trousseau et de Potain, le repos et le traitement ferrugineux amélioraient facilement l'état de ces malades que rien extérieurement ne permettait de classer comme des chlorotiques.

Forme septicémique frissonnante de la gangrène pulmonaire. — MM. Léon-Kindberg et Mauvoisin rapportent l'observation d'une jeune femme qui pour tout symptôme pendant un mois présenta deux ou trois fois par jour de violents accès de fièvre pseudo-palustre. Aucun signe de localisation apparent; un état général grave. Trois jours avant la mort on mit en évidence un petit épanchement séro-fibrineux, mais à microbes anaérobies. Un foyer de caverne gangréneuse se manifesta le dernier jour. L'autopsie, outre cette spélonque, montra de multiples abcès pulmonaires disséminés, non fétides, mais contenant les mêmes germes anaérobies.

L'acidose des néphrites. — MM. M.-P. Weil et Gillaumin montrent l'intérêt qui s'attache à l'étude de l'acidose des néphrites. Cette dernière se caractérise par l'abaissement du PH et la diminution de la réserve alcaline. Elle s'accompagne d'une azotémie tantôt importante, tantôt modérée, symptôme grave qui est d'une haute valeur pronostique. A côté des grands syndromes du mal de Bright individualisés par Widal doit prendre place le syndrome acidosique. La médication alcaline est susceptible d'améliorer certains cas.

Mutations dans les hôpitaux. (Voir aux « Informations ».)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 31 octobre 1923)

Le bulbe duodénal. — M. Grégoire, à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Duval, fait une intéressante communication sur les différentes formes que présente le bulbe duodénal normal. Ces différentes formes sont les suivantes : 1° la forme dite en tampon de wagon ou en tête de champignon; 2° la forme allongée, verticale, plus longue que large; 3° la forme en triangle équilatéral ou en bonnet d'évêque.

Tels sont les trois types habituels.

Ces trois formes correspondent à trois catégories de sujets différents : l'homme fort, bien constitué; l'hercule présente un haut et large thorax, un foie plus large que haut, un estomac en forme de corne d'abondance, le côlon transverse franchement horizontal, le bulbe duodénal en forme de tampon de wagon ou de tête de champignon. Inversement, chez la femme plus mince, déformée par le corset, les organes se présentent plutôt en hauteur qu'en largeur, le foie est plus haut que large, l'estomac très allongé, le bulbe duodénal en forme de bougie. M. Grégoire présente des radiographies confirmatives.

M. Duval fait ressortir tout l'intérêt de la communication de M. Grégoire.

Sympathitectomies contre les ulcères variqueux. — M. Lenormant fait un rapport sur 15 cas de sympathitectomies adressés par MM. Jeanneney et Mathey-Cornat (de Bordeaux). Les auteurs s'appuyant sur 15 cas se sont appliqués à étudier les résultats de la sympathitectomie dans le traitement des ulcères. M. Lenormant cite des travaux allemands dans lesquels, selon lui, sont très exagérés les effets de cette section nerveuse. D'après les recherches des auteurs, elle donnerait généralement, dans les ulcères anciens, des résultats immédiats appréciables. Par des statistiques exactes, ces auteurs arrivent à démontrer que la durée de la cicatrisation est plus courte que par les autres méthodes de traitement. La cicatrisation serait obtenue en une quinzaine de jours et ne nécessiterait que trois semaines de repos. Les auteurs signalent les modifications de la température qui s'élève et de la tension artérielle qui s'abaisse.

Ajoutons que MM. Jeanneney et Mathey-Cornat ont toujours soumis leurs opérés à une cure de repos préalable qui souvent suffit.

M. Lenormant estime que la sympathitectomie agit comme vaso-moteur plutôt que par des modifications trophiques. Ce serait là, en somme, un bon agent de cicatrisation. Mais il faut compter avec les récidives.

MM. Proust, Baudet et Mouchet estiment que la sympathitectomie pas plus que l'incision circulaire de Moreschi ne sont pas encore un moyen souverain de guérison des ulcères variqueux.

Greffes dermo-épidermiques. — M. Mouchet fait un rapport sur un travail de M. Delvaux (de Luxembourg) sur l'application de l'air chaud pour préparer et traiter les greffes dermo-épidermiques. Ce traitement consiste à appliquer l'air chaud toutes les deux heures, jour et nuit. Il faut y ajouter l'absence de tout pansement. Cette application doit être poursuivie pendant huit à dix jours. Il ne faut pas cureter les bourgeons charnus.

M. Lenormant ne trouve pas ce traitement bien pratique. L'air chaud ne lui paraît pas indispensable. L'important, c'est de bien faire les greffes et de les faire larges. Comme pansement, il s'est servi de compresses de sérum, mais il pense qu'il vaut peut-être mieux supprimer tout pansement.

M. Bréchot a recours à des greffes larges et très minces. L'application de l'air chaud lui semble compliquée. Il ne met pas de pansement et laisse la cicatrisation se faire à l'air libre. Il obtient de meilleurs résultats depuis qu'il a supprimé tout pansement.

M. Savariaud s'est servi comme pansement de papier à cigarettes stérilisé qu'il recouvre de pommade au collargol.

M. Basset a supprimé tout pansement. Il gratte les bourgeons charnus et ses greffes sont toujours larges et très minces.

M. Mouchet après avoir tout essayé en est arrivé à constater que le mieux était de supprimer tout pansement. Il reconnaît toutefois que l'air chaud peut avoir son utilité.

Absence congénitale de vagin. — M. Anselme Schwartz fait un rapport de deux observations, l'une de M. Chaton (de Besançon), et l'autre de M. Constantini (d'Alger). Il s'agit de cas d'absence congénitale du vagin. Les auteurs ont constitué un vagin artificiel par l'abaissement d'une anse d'intestin grêle, l'un par le procédé de Mori, l'autre par celui de Baldwin. M. Schwartz a pu réunir 42 cas, sur lesquels 24 ont été opérés par la méthode de Baldwin et 18 par la technique de Mori. Dans ces opérations il est de toute importance de conserver l'intégrité du mésentère qui est le meilleur moyen d'éviter le sphacèle de l'anse abaissée. M. Schwartz est d'avis qu'on enlève l'utérus, toujours anormal. Il maintient, en somme, les conclusions de son mémoire de 1913.

M. Savariaud demande quelle est la mortalite qui incombe à ces opérations.

M. Schwartz fait observer qu'il est difficile de répondre à cette question, puisqu'on ne publie pas toujours les insuccès. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que c'est une opération grave et non exemple de dangers.

M. Cunéo estime gu'on doit tout d'abord bien examiner les sujets en question, car ce sont parfois des hommes ou tout au moins des pseudo-hermaphrodites. Il a observé ainsi un cas qui présentait tous les caractères de la femme, qui avait, outre l'absence de vagin, une hernie dans laquelle on a trouvé un testicule.

M. Auvray a pratiqué deux fois cette opération. Dans un cas d'absence de vagin où il avait abaissé une anse intestinale au périnée, il y a eu sphacèle de cette anse abaissée et péritonite mortelle. Il faut aussi compter avec les atrésies consécutives.

M. Lapointe regrette qu'on ne soit pas mieux fixé sur la mortalité de ces opérations qui, dans bien des cas, ne semblent pas de première nécessité, surtout quand il s'agit de pseudo-hermaphrodite.

M. Baudet ne voit pas non plus à quoi pourra servir ce vagin artificiel, surtout si on enlève l'utérus.

M. J.-L. Faure a fait une fois l'opération de Baldwin, et la malade est morte de péritonite. A l'autopsie on a trouvé du sphacèle non pas de l'anse abaissée, mais d'une anse intestinale restée dans le ventre. Il s'agit là évidemment d'opérations graves. Au reste, il y a d'autres moyens de créer un nouveau vagin.

M. Proust en présence de la gravité de ces opérations se demande s'il ne serait pas préférable de s'en tenir au procédé autoplastique de Pozzi.

M. Thiéry avoue ne pas bien comprendre le but que l'on poursuit ni quelle peut être l'utilité de ces vagins artificiels.

M. Schwartz n'a pas abordé la question des indications et des contre-indications. Il s'agit là de cas exceptionnels, dans lesquels il semble rationnel de remédier à l'absence de vagin. Il s'agit, en général, de jeunes filles qui veulent se marier et on comprend leur désir d'avoir au moins les apparences d'une femme normale. Quand elles demandent elles-mêmes qu'on les opère on ne doit pas leur dissimuler les dangers de l'opération qu'elles réclament.

M. Abadie (d'Oran) apporte précisément une observation d'absence congénitale du vagin qu'il a traitée par une opération de Baldwin. Il rappelle, à ce propos, que la première opération de Baldwin a été pratiquée par lui en 1918.

M. Abadie s'applique tout d'abord à démontrer la légitimité de l'opération. L'observation qu'il rapporte a trait à une jeune fille de vingt et un ans présentant une absence de vagin et désirant se marier. La malade a été avertie du danger de l'opération. Elle a persisté dans son désir de la subir.

M. Abadie a pratiqué chez elle un Baldwin modifié sous rachi-stovaïnisation. Abouchement aux crins de Florence, guérison, cicatrisation par première intention. Le vagin ainsi constitué mesure 10 centimètres de profondeur et admet deux doigts. Après six mois, la malade était en très bon état. Mais le vagin jusqu'ici n'a pas servi.

Perforations intestinales typhoïdiques. — M. Abadie est intervenu chez trois malades atteints de perforation ; deux de ces malades sont morts tardivement ; un a guéri.

Perforation d'un ulcus gastrique. — M. Abadie, dans ce cas, a eu recours à l'excision de la zone malade, à la suture et à une gastro-entérostomie complémentaire. Guérison.

Parmi les présentations, une malade atteinte d'une tuberculose d'un sommet pulmonaire chez laquelle M. Tuffier a fait un décollement de la plèvre et un tamponnement à l'aide d'une masse importante de tissu adipeux. Guérison.

LIVRES NOUVEAUX

La Tuberculose au point de vue social (1), par le docteur Jullien.

M. le médecin principal de deuxième classe Jullien qui, depuis plusieurs années, vulgarise par la parole, dans les milieux militaires et civils, les notions précises et claires sur la nature et la gravité des maladies infectieuses aiguës et chroniques qui ravagent l'humanité, vient de publier chez Lavauzelle ses conférences sur la *Tuberculose envisagée au point de vue social*.

Définir les ravages causés par la tuberculose; déterminer les limites de son immense champ; lui enlever la réputation de fatalité héréditaire qu'elle a dans le public, pour lui donner son véritable caractère de maladie acquise et contagieuse, c'est-à-dire évitable; préciser les conditions de cette contagion, tel est l'objet des premiers chapitres. Puis l'auteur étudie les moyens de la lutte antituberculeuse, moyens indirects par l'amélioration du milieu et le renforcement du terrain; moyens directs par la lutte contre le bacille (dispensaires, sanatoria, etc.). Enfin, la préservation de l'enfance, avec la critique de l'éducation physique telle qu'elle est actuellement conçue; le rôle du médecin à l'école et dans l'éducation de la jeunesse clôturent cet opuscule, dont le professeur Léon Bernard a pu écrire : « C'est un précis pour éducateurs; je souhaiterais de le voir entre les mains des instituteurs et des officiers, et, par eux, qu'il se répandît dans la masse de la population. » L. G.

(1) In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Charles Lavauzelle.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

R. C., 209.029B, Seine.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* - Séance du 15 novembre. — Questions données : « Diagnostic des ictères chroniques par obstruction du cholédoque. — Phlegmon septique du plancher buccal. »

MM. Faure (Henri), 30 ; Roeser, 19 ; Jamet, 17 ; Bohn, 29 ; Lévy (Jean), 20 ; Merle-d'Aubigné, 33 ; Sbos, 29 ; Dreyfus, 28 ; Vergez-Honta, 27 ; Poulet, 17.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 15 novembre 1923. — Question donnée : « Anatomie du nerf radial. »

MM. Fourcade, 10 ; Bruyerre, 9 ; Dhaussy, 12 ; Douady, 18 ; Dupont, 7 ; Goidin, 14 ; Duvernoy, 17 ; Courtois, 14 ; Duclos, 12 ; Fournier (Roger), 13 ; Fabre, 6 ; François, 13 ; Mlles Ducreux, 9 ; de Gontaut-Biron, 6.

Pathologie. — Séance du 16 novembre 1923. — Question donnée : « Signes des fractures de la base du crâne. »

M. Rouart, 15 1/2 ; Mlle Riom, 14 ; MM. Tournadre, 20 ; Poublan, 14 ; Rault, 13 ; Lecoconnier, 16 ; Katz, 13 ; Lortat-Jacob, 19 ; Le Buanec, 13 ; Lièvre, 18 ; Lévy-Klotz, 12 ; Mlle Lebois, 10 ; MM. Kapandji, 11 ; Lapiné, 9.

Séance du 17 novembre. — Question donnée : « Formes cliniques de la pneumonie. »

MM. Vaudour, 12 ; Lereboullet, 16 ; Mamon, 15 ; Louvet (Eugène), 14 ; Mlle Magrah, 13 ; MM. Maire (Jacques), 15 ; Lardat, 10 ; Courtois, 12 ; Maruani, 15 ; Le Loupp, 14 ; Mariau, 12 ; Lenègre-Thourin, 18 ; Mainguy, 11 ; Roquejeoffre et Maire (Roger), 12.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Rafaillac-Desfosses, Peyrable, Daydrein, Fourcade, Robin, Freyche, Le Goff, Subervie, Bouc, Bordes, Mlle Valette, MM. Sarrabezrolles, Martaud, Auché, Bos, Lajat, Blanc, Tournigand, Traissac, Baccialone, Dalbos, Doucet, Rocca, Rondil, Fazeuilles, Barrat, Fabre, Navarrète, Mareille, Marion, Jaffry, Mora, Busy, Labbé, Sarthou, Delmas, Jarjavay, Petit, Berge, Escartefigue, Delas, Moreau, Morin, Jectoo, Mlle Koustechitch, MM. Assailly, Fournier (Henri), Sanchez, Fournier (René), Verliac, Reynal, Veyssière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Les concours du clinicat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

M. Cadenaule est nommé chef de clinique de médecine infantile ; M. Moreau, chef de clinique oto-rhino-laryngologique ; M. Monod, chef de clinique ophtalmologique ; M David-Chaussé, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— Le Conseil de la Faculté vient d'attribuer le titre de professeur honoraire aux professeurs Arnozan et Pousson.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Les élections pour le Conseil supérieur de l'Instruction publique ont donné les résultats suivants en ce qui concerne les facultés de médecine et facultés mixtes.

Nombre des facultés de médecine, 4 ; nombre des facultés mixtes, 5 ; électeurs inscrits, 454 ; votants, 267.

Bulletins blancs, illisibles, irréguliers, 1, à déduire du nombre des votants.

Majorité absolue des suffrages exprimés, 135.

Nombre de membres à élire, 2.

MM. Lépine, 263 voix ; Roger, 256 ; Sigalas, 3.

MM. Bérard, Chaligny, Desgrez, Duval (P.), Hugounencq, Richer, Vallée, Vanverts, Weiss, chacun 1 voix.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Blottière, maire du VIIe arrondissement de Paris.

Ministère de l'instruction publique. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Pancier, directeur de l'École de médecine d'Amiens.

LA 26e RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE aura lieu le mardi 20 novembre 1923, à 4 heures précises, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence de

M. le docteur Ch. Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine.

L'ordre du jour comporte les questions suivantes :

1° L'affectivité dans ses rapports avec les maladies psychiques;

2° La psychothérapie des troubles de l'affectivité;

3° Communications individuelles sur la psychothérapie et la psychologie appliquée.

La séance sera suivie du banquet annuel auquel sont conviés les membres de la Société et les membres de leurs familles. Adresser les adhésions et les titres des communications au docteur Bérillon, 4, rue de Castellane.

Le banquet aura lieu à 7 h. et demie, au Restaurant du Palais des Sociétés Savantes, 8, rue Danton. Prix : 16 francs, tout compris. Nos collègues sont priés de se faire inscrire à l'avance pour faciliter l'organisation. — Tenue de ville.

RÉUNION BIOLOGIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE. — La prochaine réunion biologique neuro-psychiatrique se tiendra à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le mardi 11 décembre, à 15 h. 1/2.

Toutes les personnes qui s'intéressent à la neurologie et à la psychiatrie sont invitées à y prendre part.

Pour les communications, écrire à M. le docteur Santenoise, chef de clinique à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

AUX ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE LYON. — Les externes des hôpitaux de Lyon réunis en assemblée générale ont décidé la création d'une association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Lyon fondée à l'exemple de celles de Paris et de Bordeaux.

Les anciens externes titulaires des hôpitaux de Lyon sont priés de faire parvenir leur adresse à J. Rousset, externe des hôpitaux, 278, avenue Jean-Jaurès à Lyon, qui leur communiquera tous les renseignements.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE. RÉDUCTION DE CAPACITÉ PROFESSIONNELLE

Le Tribunal civil d'Auxerre a rendu le 11 avril 1923 un jugement très intéressant, au sujet de troubles névropathiques qui étaient la conséquence directe d'un accident; il a accordé à l'ouvrier une rente fondée sur les dispositions de la loi du 9 avril 1898, en estimant qu'il avait été atteint d'une incapacité permanente. Il s'exprime ainsi :

« Attendu qu'il ressort du rapport du docteur D..., commis pour examiner S..., victime d'un accident du travail survenu le 14 avril 1921, que celui-ci était atteint, le 14 juin 1922, de troubles fonctionnels d'ordre psychocopatique, hystéro-traumatiques, susceptibles d'amélioration par un traitement approprié;

Attendu que cet expert déclare que, jusqu'à preuve du contraire, on ne doit pas envisager sérieusement l'hypothèse de la simulation;

Attendu que les trois experts commis ultérieurement par le Tribunal ne sont pas d'accord dans leurs conclusions; que les deux premiers sont d'avis que le cas de S... relève d'une simulation pure et simple chez un débile mental, tandis que le troisième expert, médecin aliéniste, déclare que la simulation n'est pas franche et nettement frauduleuse, mais plutôt subconsciente et de nature autosuggestive;

Attendu que les derniers experts ont fondé leur opinion sur une enquête de gendarmerie à laquelle il a été procédé, à leur demande, le 5 février 1923; que les deux premiers témoins de l'enquête, qui sont des voisins immédiats de S..., déclarent que celui-ci, depuis son accident, datant de près de deux ans, n'a jamais marché sans canne ou sans béquilles, même quand il travaillait chez lui; tandis que les deux autres témoins entendus, qui sont au service de l'entrepreneur Boyer, affirment que S... a marché naturellement pendant quelques jours, immédiatement après l'accident, et que depuis il a toujours dû se servir de canne ou de béquilles;

Attendu qu'en présence de telles dépositions, il est impossible de penser que S... est un simulateur, car il faudrait admettre que, depuis près de deux ans, il joue une comédie intéressée, sans aucune défaillance, et sans avoir jamais été pris en faute, même par ses voisins;

Attendu d'ailleurs que les trois derniers experts ont soumis S... à l'anesthésie générale par le chloroforme et qu'ils ont constaté que, depuis cette épreuve, celui-ci plie très facilement la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse, ne présente plus de contraction musculaire, mais accuse dans la hanche une douleur dès qu'on l'invite à poser le pied à terre; que les experts ajoutent qu'il est hors de doute que les troubles moteurs observés soient de nature hystéro-traumatique;

Attendu qu'on peut déduire encore de cette épreuve que S... n'est pas un simulateur, puisqu'il a reconnu que son état s'était amélioré et qu'il n'éprouvait plus qu'une douleur à la hanche, douleur dont d'ailleurs il s'est toujours plaint depuis son accident;

Attendu qu'il faut donc conclure de ce qui précède que S... est atteint d'une véritable psychose, depuis longtemps décrite, dit le médecin aliéniste, sous le nom de sinistrose, et caractérisée par un état d'auto-suggestion, à la faveur duquel se fixe dans l'état du blessé la conviction qu'un accident qui l'a effrayé et qu'il a cru grave ne peut manquer d'engendrer des conséquences graves et irrémédiables, par l'idée fixe de l'incapacité de travail et du droit à l'indemnité;

Attendu que cette hystéro-neurasthénie est une conséquence directe de l'accident, car elle est la conséquence du traumatisme, et que d'autre part il est constant que ces troubles névropathiques entraînent pour la victime une diminution permanente de sa capacité professionnelle, qui lui donne droit à la rente prévue par la législation du travail;

Attendu que le Tribunal a les éléments pour fixer cette incapacité permanente à 20 p. 100. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

URÉMIE DE LA SCLÉROSE CARDIO-RÉNALE

Huchard a établi, comme base de ce traitement, la *méthode des trois lavages* : *a.* Lavages de l'estomac; *b.* lavages de l'intestin; *c.* lavages du sang (injections sous-cutanées de 200 à 300 g. de sérum).

Comme médication pathogénique et préventive, on prescrira la Théosalvose caféinée ou spartéinée (2 cachets de 0g50 par jour) et on alternera le régime lacté exclusif et le régime lacté mitigé.

RENSEIGNEMENTS

STÉNO-DACTYLO, ayant meilleures références, très au courant des termes médicaux, demande travail chez elle. — Mme BONNETAIN, 13, rue Séguier.

VACCINOTHÉRAPIE CURATIVE

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par le docteur MARCEL VIGOT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chargé du cours de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Caen.

La vaccinothérapie, méthode récente, possède déjà des indications indiscutées, mais son domaine peut encore s'étendre. Si certains auteurs (Jousset) pensent qu'elle ne doit pas être appliquée aux pyrexies et en particulier a la fièvre typhoïde, d'autres au contraire (Wright) espèrent qu'elle deviendra d'une pratique courante.

La vaccinothérapie curative de la fièvre typhoïde faite prudemment paraît donner d'excellents résultats. Ce n'est pas là une méthode nouvelle, en 1912-1913 de nombreuses communications furent faites à ce sujet à la Société médicale des hôpitaux de Paris. De multiples articles reprennent ce sujet dans divers périodiques.

Depuis deux ans, je traite par le vaccin la fièvre typhoïde tant en ville qu'à l'hôpital et je n'ai jamais eu le moindre incident. C'est une thérapeutique extrêmement bénigne, sans risques, et qui donne toute satisfaction. Quelle différence entre une fièvre typhoïde traitée par le vaccin et une fièvre typhoïde traitée par les bains! Il faut savoir combien il est difficile, surtout à la campagne, de baigner un typhique. Quelle simplification pour le malade, pour son entourage, pour le médecin lui-même que de pouvoir remplacer ces bains si compliqués à donner et surtout à bien donner, par un traitement simple et plus efficace.

A la vaccinothérapie, on pourra toujours adjoindre les médicaments habituels (huile camphrée, adrénaline...), une vessie de glace sur le cœur ou sur l'abdomen (Flandin et Lempérière).

De multiples vaccins ont été préconisés. Je me suis servi de trois types de vaccins :

Un auto-vaccin;

Un stock-vaccin préparé par la chaleur (Lebailly);

Un stock-vaccin iodé (Ranque et Senez).

J'ai abandonné l'auto-vaccin plus compliqué à préparer et qui ne m'a pas semblé donner de meilleurs résultats. Pour préparer ce vaccin il faut isoler le bacille par hémoculture, le tuer par la chaleur et préparer la dilution à injecter, contenant un nombre connu de bacilles (Josué et Belloir).

Le vaccin dont je me sers le plus couramment est préparé par le docteur Lebailly, directeur du laboratoire de bactériologie, qui m'a communiqué ces notes. « Les vaccins applicables au traitement des maladies typhoïdes humaines, préparés par le Laboratoire départemental de bactériologie du Calvados, sont constitués par des émulsions microbiennes obtenues de la manière suivante. Les stocks-vaccins proviennent des souches microbiennes entretenues au laboratoire et comprenant des souches de bacilles typhiques, paratyphique A et paratyphique B. On choisit la souche agglutinée au taux le plus élevé par le sérum du malade. L'émulsion est alors préparée, en partant d'une culture de vingt-quatre heures sur gélose et titrée à 200 millions de microbes par centimètre cube. Cette émulsion est faite dans de l'eau physiologique à 8,5 p. 1.000 additionnée d'une petite quantité d'acide phénique (5 p. 1.000) qui a l'avantage de faciliter les manipulations et d'insensibiliser la place de l'injection. En outre, l'émulsion après répartition en ampoules est chauffée au bain-marie à 56 pendant une heure. La différence qui peut exister entre ces vaccins et ceux que l'on trouve dans le commerce porte sur la date de préparation et l'ancienneté. Les vaccins du laboratoire de Caen sont toujours préparés au moment du besoin. » (1).

Le stock-vaccin iodé est le vaccin iodé du commerce. Il contient 350 millions de bacilles d'Eberth par centimètre cube (Ranque et Senez).

INDICATIONS. — Le vaccin peut être injecté à n'importe quel moment de la fièvre typhoïde, mais il est nécessaire que le diagnostic soit bactériologiquement confirmé. L'hémoculture est le moyen de diagnostic le plus précoce donnant des résultats positifs dès le huitième jour. Mais pour le praticien elle est souvent d'une réalisation difficile. Le séro-diagnostic au contraire, s'il donne plus tardivement des résultats positifs, est une méthode simple, facile, à la portée de tous les médecins, aussi est-ce à lui qu'on aura recours le plus souvent.

Une fois le séro-diagnostic positif on pourra aussitôt commencer le traitement en employant, selon le cas, le vaccin à Eberth ou à paratyphiques.

Pour certains auteurs le traitement doit être commencé avant le dixième jour; c'est un principe dont je n'ai jamais tenu compte. Il faut injecter le vaccin quand on peut, le plus tôt possible est le mieux, sans se préoccuper du nombre de jours de maladie. L'action du vaccin injecté tardivement est peut-être moins nette, mais elle est réelle. J'ai traité un certain nombre de rechutes de fièvre typhoïde (non traitées par le vaccin à la maladie même) et j'ai eu d'excellents résultats. Le fait que la rechute est favorablement influencée par le vaccin prouve qu'il ne faut pas rejeter les traitements tardifs. Si l'on se bornait à soigner les cas avant le dixième jour, combien peu de malades seraient vraiment justiciables de la vaccinothérapie curative?

Tous les cas de fièvre typhoïde sont justiciables de la vaccinothérapie : la gravité de l'état général, les formes ataxo-adynamiques, une hémorragie intestinale, des complications cardiaques ou pulmonaires ne doivent pas empêcher la vaccination. C'est surtout dans les formes graves que l'on se trouvera bien d'avoir recours au vaccin. La seule contre-indication est la perforation intestinale. Dans les formes légères qui évoluent favorablement, sans grosse température, sans complication, sans abattement, je n'ai pas en règle fait de vaccin.

TECHNIQUE. — Avant de faire l'injection, il faut avoir soin de bien agiter l'ampoule, pour rendre le liquide homogène. Cette injection se fera sous la clavicule dans le tissu cellulaire sous-cutané, en évitant de pousser l'injection dans un vaisseau. Cette injection est indolore, sans réaction locale ni générale. Dans quelques cas, à l'endroit de la piqûre, apparaît une légère rougeur, le malade accuse une sensation de cuisson. Ce sont là des phénomènes rares, passagers et sans gravité aucune.

DOSE A INJECTER. — La quantité de vaccin à injecter varie avec l'âge, la forme, la gravité de l'état général. Chez l'adulte, dans une forme ordinaire, la première injection sera de 1 centimètre cube

(1) Je remercie très vivement ici le docteur Lebailly de ses nombreux conseils et du vaccin qu'il nous donne pour l'hôpital.

(c'est-à-dire 200 millions de bacilles en vaccin chauffé) ou 0,5 centimètre cube en vaccin iodé (soit 175 millions de bacilles). Les injections seront répétées tous les deux jours en augmentant la dose : 1, 5-2-2, 5 en vaccin chauffé, ou 0,75-1-1,5 en vaccin iodé. Ce sont là des doses que je n'ai jamais dépassées bien qu'elles ne m'aient pas donné de réactions. Le chiffre de bacilles à injecter est à discuter, à fixer. Il varie suivant les cas, suivant l'action des injections précédentes.

Dans les formes graves ataxo-adynamiques, on peut être encore plus prudent. La première injection sera de 0,5, puis de 1 centimètre cube, et suivant la courbe de température, l'état du malade on passera à 1,5 ou 2 centimètres cubes.

L'enfant supporte très bien le vaccin. La dose initiale variera de 0,25 à 0,5 suivant l'âge, pour arriver à 1 ou 1,5 centimètre cube.

Le nombre des injections ne peut pas être fixé à l'avance. Il sera au minimum de quatre. Il faut suivre l'évolution de la maladie et principalement la température. Les injections seront continuées jusqu'à ce que la température soit aux environs de 37. En général il faut faire six injections.

Résultats. — Toutes les injections de vaccin sont parfaitement tolérées. Elles ne sont jamais suivies ni de frisson, ni de malaises, ni d'élévations de température. C'est là un fait sur lequel je ne saurais trop insister : *la bénignité absolue du vaccin, quelle que soit la gravité du cas.*

Chez tous les malades traités par le vaccin, deux faits frappent tout d'abord : la chute de la température, l'amélioration de l'état général. La chute de température est un phénomène constant; cette défervescence est plus ou moins rapide, plus ou moins brusque, mais elle se retrouve toujours.

Dans tous les cas, sous l'action du vaccin, la température ne reste plus en pallier, elle se met à osciller.

La marche de la température est des plus variables, et il est très difficile de la schématiser.

Dès la première injection, on peut voir la température qui commence à baisser (fig. 1). Dans d'autres

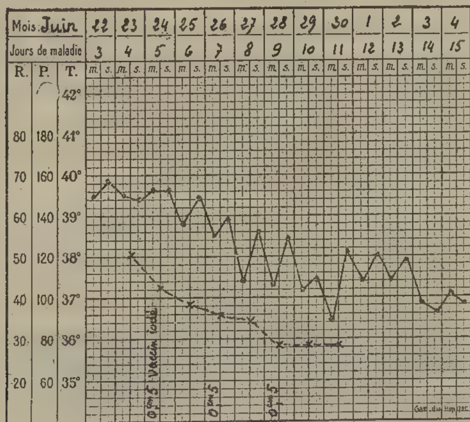


Fig. 1. — 14-1922. Jeune fille, dix-neuf ans. Souffrante depuis dix jours. Couchée seulement le 20 juin. Signes classiques de fièvre typhoïde. Séro + 1/200 à l'Eberth le 22 juin.

cas il faut attendre la deuxième et quelquefois même la troisième injection pour que la température s'abaisse.

Il est des cas où il semble que la température hésite en quelque sorte, elle oscille, puis assez rapidement elle arrive à 37 (fig. 2). Dans la majorité des cas, on observe des oscillations qui atteignent ou dépassent même un degré.

L'apparition d'oscillations est un excellent signe qui annonce une défervescence rapide.

En même temps que la température se régularise et quelquefois même avant que la température en soit influencée, l'état général se modifie. Le malade n'est plus aussi abattu, aussi prostré. Ce n'est plus une chose inerte dans un lit; c'est un homme qui s'intéresse à ce qui l'environne, il peut causer. La

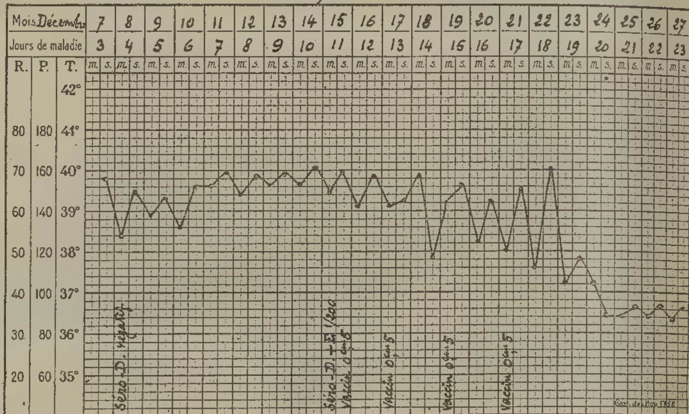


Fig. 2. — D..., cinq ans. Séro-diagnostic tardif.

disparition du tuphos est rapide, en vingt-quatre ou quarante-huit heures on voit des malades renaître à la vie. La figure est devenue expressive, ce n'est

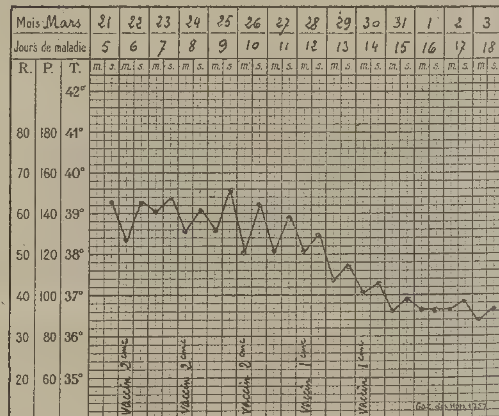


Fig. 3. — C..., vingt-cinq ans. Séro + 1/200 Eberth.

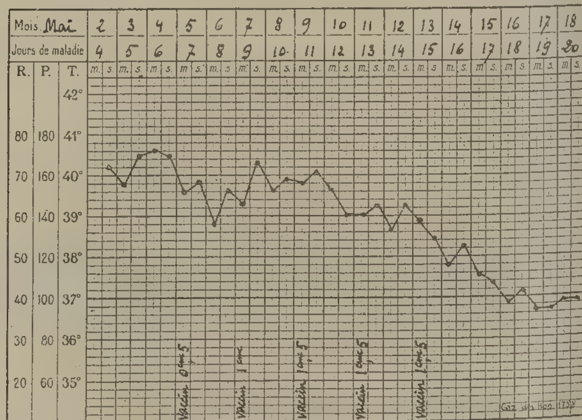


Fig. 4. — 15-1923. X..., trente ans. Forme ataxo-adynamique très grave. Couché depuis le 29 avril. Séro + 1/200 Eberth.

plus le masque immobile et indifférent du début. La céphalée se calme et disparaît.

La diarrhée, si elle existe (car combien y a-t-il de fièvre typhoïde sans diarrhée ?), diminue.

Jamais je n'ai observé de poussée de taches rosées lenticulaires ni d'augmentation de volume de la rate (Hirtz et Gauchery).

Le vaccin semble éviter les complications. Jamais je n'ai vu survenir de perforations au cours de ce traitement. Il semble également, qu'avec le vaccin, les rechutes soient plus rares (une seule rechute sur 41 cas).

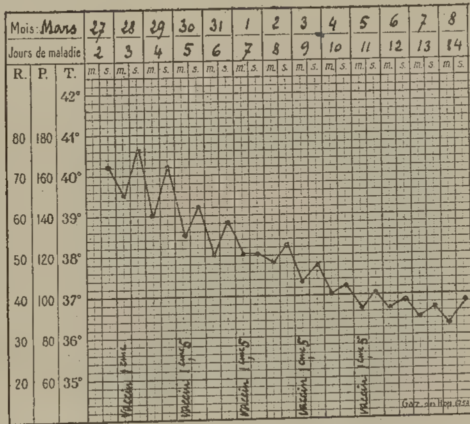


Fig. 5. — L..., dix-sept ans. Couché depuis le 26 mars. Fièvre typhoïde classique. Séro + 1/200.

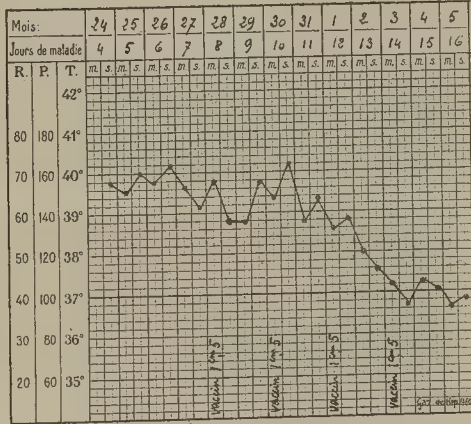


Fig. 6. — V..., vingt-huit ans. Couché depuis trois jours.

Le vaccin abrège considérablement la durée de la fièvre typhoïde. Dans quelques cas, en dix ou quinze jours la température est à 37 (fig. 1-3-5); quelquefois il faut vingt jours pour que la température soit revenue à la normale.

Résultats. — Jusqu'au début d'octobre, j'ai traité par le vaccin 41 cas de fièvre typhoïde. Sur ces 41 cas, j'ai eu 4 décès, soit 9,07 p. 100.

Si ce chiffre paraît élevé, il faut se rappeler qu'il s'agit surtout de malades d'hôpital, malades qui n'entrent qu'à la dernière minute. Voici comparativement les chiffres de 1921.

Sur 46 cas observés et non traités par le vaccin, j'ai eu 7 décès, soit 15,2.

En 1922, avec 19 cas non traités par le vaccin, 3 morts, soit 15,7.

Les causes de décès se répartissent :

1. Enfant de quatre ans, mort par hémorragie intestinale.

2. D..., trente-cinq ans, entré avec hémorragie intestinale, très mauvais état général. Mort par deuxième hémorragie intestinale. Quatre injections de vaccin.

3. P..., cinquante ans, couchée chez elle, sans soins, depuis vingt jours. Forme ataxo-adynamique, myocardite, congestion pulmonaire double.

4. B..., trente ans, entré au dix-neuvième jour de sa fièvre typhoïde avec une hémorragie intestinale. Mort au vingt-neuvième jour par troisième hémorragie intestinale.

Parmi les 37 cas guéris, il faut retenir :

1 cas avec hémorragie intestinale,

2 cas avec réaction méningée (Kernig, polynucléose du liquide céphalo-rachidien),

8 cas avec des formes ataxo-adynamiques très graves.

Dans un cas, malgré le vaccin, apparut pendant la convalescence une ostéomyélite du tibia. Elle guérit facilement du reste par le seul vaccin.

Sur ces 41 cas je n'ai observé qu'une rechute.

La durée de la maladie a varié entre quinze et vingt jours.

Conclusions. — D'après ce que j'ai observé, la vaccinothérapie curative de la fièvre typhoïde est une méthode de traitement simple, efficace, ne présentant aucun danger. Elle donne de meilleurs résultats que la balnéation et son emploi est beaucoup plus facile.

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

[*Paris, 10-13 octobre 1923* (1)]

TRAITEMENT DE LA GONOCOCCIE PAR LA SÉROTHÉRAPIE ET LA VACCINOTHÉRAPIE

Rapport de MM. Debains et Minet.

Bactériothérapie antigonococcique. — A la suite des travaux de Pasteur sur les virus-vaccins, une découverte fondamentale ouvrit une voie nouvelle : en 1887, Roux, Chamberland et Nocard montrèrent qu'on peut vacciner contre le charbon symptomatique en injectant le microbe chauffé ; ce procédé étendu à d'autres espèces par Chantemesse, Widal, Gameleia, Charrin, Roger est aujourd'hui couramment employé pour vacciner préventivement contre diverses infections. On eut ensuite l'idée d'utiliser les vaccins dans un but thérapeutique : Wright fut le promoteur de cette méthode qui a donné des résultats particulièrement probants dans le traitement des infections à staphylocoques.

Le nombre des vaccins antigonococciques est très élevé (vaccins aqueux, sensibilisés, additionnés d'antiseptiques, vaccins à l'alcool-éther, etc.).

La concentration est très variable (de 100 millions à 50 milliards par centimètre cube). Le vaccin de l'Institut Pasteur renferme, actuellement, 2 milliards de germes par centimètre cube.

Un vaccin antigonococcique peut être préparé avec une ou plusieurs souches : le vaccin de l'Institut Pasteur est polyvalent et contient dix souches.

Dans l'ignorance où nous sommes des propriétés du germe infectant, trois solutions peuvent être envisagées : traitement par un stock-vaccin polyvalent ou un stock-vaccin monovalent, ou par un auto-vaccin; ainsi se trouve posée la question des races du gonocoque et de la valeur antigène des germes. Actuellement, on ne connaît qu'une race de gonocoques (Maurice Nicolle, E. Debains et Jouan). L'étude expérimentale d'autres espèces microbiennes, en particulier, les bacilles typhiques et paratyphiques a montré l'importance de la valeur antigène d'un germe dans l'immunisation active.

Certains gonocoques doués de propriétés antigènes remar-

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* —

quables sont indiqués pour la préparation des vaccins Il est à remarquer que sauf à l'Institut Pasteur personne ne s'est préoccupé de la valeur antigène des germes et que les vaccins livrés commercialement sont préparés avec des gonocoques pris au hasard.

En nous appuyant sur les travaux du professeur Widal et ceux du professeur Maurice Nicolle, nous pouvons conclure que si les vaccins microbiens provoquent une réaction colloïdoclasique due à leurs protéines, il serait absurde de nier leur action spécifique.

L'étude du gonococcisme latent a donné une importance nouvelle à la question de l'auto-vaccin; il importe donc d'avoir un procédé rigoureux permettant d'isoler le gonocoque à coup sûr; les milieux proposés sont extrêmement nombreux; le plus fidèle, à notre avis, est la gélose sanglante de Pfeiffer modifiée par Giscard.

La culture du sperme doit être pratiquée avec des précautions minutieuses; la meilleure technique est celle que Giscard a décrite dans son excellente thèse (Toulouse, 1923).

Sérothérapie antigonococcique. — On connaît l'efficacité des sérums antitoxiques (antidiphtérique, antitétanique, antidysentérique, antivenimeux). La préparation d'un sérum antimicrobien est un problème différent, plus ardu, et dans lequel intervient un facteur essentiel : la virulence, dont l'intensité varie avec chaque espèce microbienne : suivant les cas, la thérapeutique devra être exclusivement antitoxique, ou antimicrobienne, ou mixte. Le gonocoque est toxique et relativement peu virulent; malheureusement, nous connaissons très mal la toxine gonococcique et nous ne savons pas encore préparer un sérum exclusivement antitoxique. Nous ne connaissons bien actuellement qu'un sérum antimicrobien, sérum préparé à l'Institut Pasteur, au laboratoire de M. Maurice Nicolle. Ce sérum renferme une quantité élevée d'anticorps lytiques (sensibilisatrices) son efficacité a été prouvée expérimentalement et cliniquement par les recherches de Debré, Paraf, Félix Terrien et récemment par les travaux de Ravaut et ses élèves.

M. Stérian prépare un sérum dont il a été question au cours de ces deux dernières années. Ce sérum est obtenu en injectant des dilutions de pus urétral humain dans le testicule et dans la cavité péritonéale de chevaux entiers; il est dépourvu de toute spécificité; *il est impossible de faire une différence vis-à-vis du gonocoque ou d'un microbe quelconque entre un sérum équin normal et le sérum Stérian.*

Conclusions. — BACTÉRIOTHÉRAPIE. — Les vaccins chauffés sont les meilleurs; la technique de leur préparation est irréprochable; la coagulation des antigènes assure une diffusion régulière et d'un rythme modéré; la concentration doit être forte (2 à 6 milliards par centimètre cube); les doses injectées seront augmentées progressivement avec prudence.

Les injections doivent être faites par voie sous-cutanée ou intramusculaire, exceptionnellement par voie intraveineuse.

Monovalent ou polyvalent, le vaccin doit être préparé avec des souches dont la valeur antigène est connue; à un stock-vaccin ainsi préparé, on pourra adjoindre un auto-vaccin; parmi les espèces qui paraissent jouer le rôle de microbes d'infection secondaire, les plus fréquemment rencontrées sont les staphylocoques, l'entérocoque et le bacille pseudo-diphtérique; les microbes pourront être associés au gonoque en proportions équivalentes.

Il y aurait intérêt au point de vue diagnostique et thérapeutique à étudier les réactions humorales des malades vis-à-vis du gonocoque infectant et aussi de germes dont les propriétés ont été bien étudiées.

SÉROTHÉRAPIE. — *Choix d'un sérum antigonococcique.* — Entre les mains de MM. Debré, Paraf, Ravaut et ses élèves, le sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur a donné des résultats remarquables.

Son efficacité, la spécificité de son action ne sauraient faire de doute; son emploi est surtout indiqué dans les arthrites, les polyarthrites et dans les infections généralisées. La voie intraarticulaire est douloureuse, son emploi limité; on préférera, suivant les cas, les applications locales et la voie intraveineuse; elle a l'avantage d'être applicable à tous les cas; il faut se conformer strictement à la technique indiquée par M. Ravaut d'accord avec M. Maurice Nicolle : dilution du sérum dans l'eau physiologique, injection très lente surtout au début.

Nous exprimons le vœu que les bactériologistes parviennent à préparer un sérum antitoxique : ce sérum serait employé en applications locales, au début et au cours de l'urétrite aiguë, concuremment avec la bactériothérapie.

Etude clinique. — VACCINOTHÉRAPIE. — Les résultats de la vaccinothérapie sont à considérer dans l'urétrite gonococcique et dans ses complications.

A. *Vaccinothérapie de l'urétrite à gonocoques.* — Tantôt les vaccins sont employés sans traitement local de l'urétrite, et tantôt en même temps que les lavages.

I. *Sans lavages urétraux.* — La majorité des auteurs dénie toute action aux vaccins appliqués sans lavages, et ils ne l'ont été qu'à titre exceptionnel. Cependant des guérisons ont été observées. Tels sont 3 cas de Baril avec l'eucratol qui guérirent en vingt jours et 3 cas de Janet avec le vaccin de l'Institut Pasteur auxquels il faut ajouter 1 cas inédit de Reynard et 1 de Maringer. Par contre, la thèse récente de Maltête ne relate que des échecs, et Lebreton nous communique 6 cas tous compliqués au cours de ce traitement. Nous-mêmes n'avons eu aucun succès avec les autovaccins.

Si, après une série de vaccins, quelques lavages ont parfois suffi à faire disparaître l'urétrite, il faut remarquer que le même fait est signalé avec des vaccins non gonococciques.

II. *Avec lavages urétraux.* — La méthode de Janet, bien appliquée, ne laissant qu'un petit nombre d'urétrites rebelles au traitement, comment faire la part des vaccins parmi les guérisons obtenues quand on associe lavages et vaccins?

En comparant les échecs et la durée du traitement dans des séries lavées et d'autre part lavées et vaccinées, les rapporteurs admettent que dans l'ensemble les vaccins diminuent la proportion des échecs et la durée du traitement, tout au moins à la période de décroissance de la maladie; toutefois ces avantages sont peu marqués et ne changent pas sensiblement le pronostic de la blennorragie correctement traitée par les lavages.

L'examen des cas rebelles aux lavages, soumis ensuite aux vaccins, constituent la meilleure épreuve clinique de l'efficacité de ceux-ci. Les échecs seraient, d'après une statistique de 42 cas, réduits à 21 p. 100; les auteurs ont l'impression que la proportion des guérisons serait moindre sans vaccin.

Dans d'autres cas, peu fréquents, la rapidité insolite de la guérison est un argument en faveur de la vaccination.

Des résultats analogues ayant été obtenus avec des vaccins non gonococciques, les auteurs croient qu'il est impossible de prouver par des arguments basés sur la clinique que les cas heureux soient dus à une véritable immunisation vaccinothérapique.

Ils considèrent cependant la vaccination comme indiquée contre l'urétrite blennorragique dans les circonstances suivantes :

Dans les urétrites ayant conservé leur acuité malgré plusieurs séries de lavages;

dans les urétrites au déclin résistant aux lavages, en y comprenant le « gonococcisme latent »;

au début de l'urétrite, mais à doses progressives et sans lavages, ceux-ci exposant en pareil cas aux complications précoces.

D'une façon générale, la vaccination est contre-indiquée à la période aiguë, malgré les séries heureuses signalées par quelques praticiens.

Rien ne prouve que l'association des « germes associés » au gonocoque soit supérieure à la vaccination mono-microbienne; à la période post-gonococcique, l'efficacité des vaccins reste à établir.

B. *Vaccinothérapie des complications.* — Les complications locales et à distance sont parfois heureusement influencées, d'après certains auteurs; c'est surtout dans les épididymites qu'on a utilisé les vaccins et qu'on a admis leur efficacité, sans qu'il s'agisse sans doute d'une action spécifique. La douleur serait rapidement amendée, la déambulation resterait possible, la durée serait abrégée. Mais dans les cas favorables il est difficile de prouver que l'évolution est due au vaccin, cette complication étant généralement bruyante mais peu durable; les échecs sont nombreux.

La sédation des symptômes les plus aigus est rapide au moyen des injections intraveineuses qui resteront un traitement d'exception à cause de la réaction formidable qu'elles déchaînent; on a employé le T. A. B., le vaccin de l'Institut Pasteur, le dmégon, avec des résultats d'ailleurs variables sur la durée totale de l'épididymite.

Dans les formes médicales du rhumatisme blennorragique, les symptômes douloureux sont assez fréquemment influencés par les vaccins, et des guérisons très rapides ont été observées; mais ces résultats, d'ailleurs inconstants, sont communs aux vaccins gonococciques et à des vaccins non spécifiques.

Des états septicémiques ont parfois cédé aux vaccins antigonococciques.

Sérothérapie. — Il faut rappeler les résultats de la sérothérapie non spécifique, en particulier de la sérothérapie antiméningococcique, en faveur de 1910 à 1914, et qui a encore des adeptes. Son action sur l'épididymite et surtout sur le rhumatisme, sans être constante, est assez régulièrement observée; la diminution des douleurs en est le trait le plus caractéristique; le gonflement inflammatoire est moins rapidement influencé; il est assez rare de voir l'urétrite modifiée; cependant on a parfois noté la disparition de l'écoulement même sans traitement local. Des faits analogues ont été observés avec le sérum antidiphtérique, avec le sérum normal de cheval, et récemment avec le sérum de cheval de Stérian.

Avec le sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur, la sérothérapie est devenue spécifique. Toutefois, injecté par la voie cellulaire ou musculaire, ce sérum ne semble pas avoir donné de résultats essentiellement différents de ceux des vaccins et des sérums non spécifiques. L'intérêt clinique de la sérothérapie antigonococcique se porte sur les applications locales et sur les injections intraveineuses.

Contre l'urétrite, l'injection urétrale s'est parfois montrée efficace (Paraf) et mérite d'être encore expérimentée. Un cas de rectite rebelle a guéri par les lavements de sérum (Moutier).

A la suite des travaux de Debré et de Paraf, l'injection intraarticulaire a donné des succès qui ont eu leur écho à la Société médicale des hôpitaux et à la Société de chirurgie. Ravaut emploie avec succès la voie veineuse dans le rhumatisme. La comparaison de cas traités par ces méthodes et de ceux qui sont soumis aux vaccins démontre la supériorité de la sérothérapie spécifique.

Discussion.

— M. Noguès (de Paris) n'a obtenu de la vaccinothérapie que des résultats très médiocres dans l'urétrite aiguë : par contre sur 23 malades atteints d'urétrite chronique et chez lesquels la culture des filaments et du sperme avaient décelé la présence du gonocoque il a, dans ces 23 cas, obtenu la disparation du gonocoque par un auto-vaccin polyvalent.

L'écoulement a été complètement supprimé chez 5 malades, amélioré chez 14 et nullement modifié chez 4. Mais il y a toujours intérêt à débarrasser les malades de leurs gonocoques latents car ils sont un danger pour eux-mêmes et pour leur conjointe.

— M. Louis Bazy (de Paris). Il ressort de l'expérience de tous les spécialistes que la sérothérapie et la vaccinothérapie ne donnent dans la gonococcie que des résultats incertains et inconstants. Cela ne saurait a priori surprendre. La blennorragie, maladie spéciale à l'homme, ne permet pas d'obtenir chez les animaux des sérums véritablement efficaces. Si l'on admet d'autre part avec Boulet que la vaccination ait pour but de placer l'organisme dans un état comparable à celui où il serait, s'il était guéri d'une atteinte spontanée de la maladie, on considérera qu'il est peut-être illusoire de chercher à obtenir une immunité artificielle dans une maladie qui n'est pas susceptible de conférer une immunité naturelle. Il est donc plus que jamais nécessaire de se demander comment agissent les médicaments bactériens quand ils donnent du succès. Ce n'est qu'en comparant étroitement les résultats des expériences de laboratoire et des expériences cliniques que l'on arrivera à préciser la meilleure forme, le meilleur mode d'emploi de la bactériothérapie.

— M. le professeur Gayet (de Lyon). La variabilité très grande de l'évolution et de la durée de la blennorragie rend bien difficile l'appréciation de la vaccinothérapie sur les seuls symptômes cliniques. Un critérium sûr serait la disparition du gonocoque et celle de l'écoulement. Or c'est précisément cette disparition qui manque le plus souvent dans les observations de malades traités par cette méthode. L'expérience personnelle de l'auteur ne lui a pas montré un seul succès évident. Par contre la sérothérapie semble bien avoir un certain effet sur les manifestations articulaires et même parfois sur l'écoulement qui tourne court. Cet effet est généralement obtenu après une forte réaction qui paraît jouer un rôle utile. Mais l'effet est-il d'ordre spécifique, ou s'agit-il d'un effet de choc comme après injection de n'importe quel sérum? La question ne semble pas encore tranchée.

— M. Lebreton (de Paris). L'auteur a presque complètement renoncé aux stock-vaccins (dmégon, eucratol, vaccin de l'Institut Pasteur) qui sont infidèles, donnent lieu parfois à des réactions thermiques intenses, et semblent sensibiliser les malades et favoriser les complications, s'ils sont employés à la phase inflammatoire de la blennorragie.

Par contre l'auteur n'a eu qu'à se louer des auto-vaccins préparés par Ferrari, qu'il emploie depuis cinq ans dans les blennorragies traînantes ou compliquées et dans les gonococcies latentes que l'auteur continue à étudier spécialement.

Après avoir rapidement décrit le mode d'ensemencement du milieu de culture et la préparation de l'auto-vaccin, l'auteur indique la technique des injections, les doses employées et les résultats obtenus.

D'une façon générale, les injections sont faites intramusculaires profondes, au lieu d'élection fessier, tous les deux jours, et à doses progressivement croissantes. Chaque série comprend neuf injections, les trois premières étant faites avec un mélange extemporané dans la seringue des deux sortes d'ampoules qui renferment, les unes du gonocoque, les autres les germes secondaires qui ont poussé à la culture.

Dans les gonococcies latentes, l'auteur laisse le malade en repos pendant trois semaines environ, puis fait faire une culture de contrôle avec le liquide séminal, et, si le gonocoque persiste, il fait une nouvelle série d'auto-vaccin à doses plus fortes du double, puis une troisième si besoin est, après nouvelle culture de contrôle. Si la *dégonococcisation* n'est pas obtenue à ce moment, l'auteur considère que la méthode a échoué.

Comme résultats, l'auteur a obtenu :

1° Dans les *gonococcies aiguës traînantes*, 24 guérisons cliniques et bactériologiques sur 25 cas; celles-ci ont demandé une seule série d'auto-vaccin dans 14 cas, deux séries dans 9 cas, et trois séries dans 1 cas.

2° Dans les *gonococcies compliquées*, 7 guérisons de prostatite suppurée, dont 3 en une série, 2 en deux séries, 1 en trois séries, et 1 en cinq séries.

3 guérisons de rhumatisme blennorragique après une seule série.

4 guérisons de pyélo-néphrite, dont 3 en une série, et 1 en deux séries.

3° Dans les *gonococcies latentes*, révélées par culture du sperme, sur 122 cas ayant subi les contrôles successifs jusqu'au contrôle négatif, l'auteur a obtenu 120 *dégonococcisations* dont 80 en une seule série, 35 en deux séries, et 5 en trois séries.

Dans les cas anciens, la guérison clinique ne suit pas forcément la guérison bactériologique; il peut rester un peu de suintement et des filaments urinaires, qui disparaissent d'ailleurs assez souvent dans les semaines qui suivent la cure, lorsque le gonocoque a définitivement disparu.

— M. Maringer (de Paris) présente d'abord les résultats, dans les cas aigus, d'un vaccin personnel — composé de gonos et de streptos seuls — détoxiqués par lavage et chauffage à 100 degrés, procédé auquel il attribue de n'avoir plus observé de complications comme avec les vaccins courants.

Sur 29 cas, 4 échecs dont 2 repris avec une seconde série.

La durée moyenne des traitements varie entre dix-huit et vingt jours avec un minimum de dix.

La technique consiste en injections tous les deux jours, partant de 1/4 de centimètre cube jusqu'à et sans dépasser 1 centimètre cube (5.250 millions de germes au total).

De l'analyse des échecs comme des succès, l'auteur croit

pouvoir conclure que ce vaccin est inoffensif, qu'il écourte sensiblement la durée des traitements et que sa proportion d'échecs est parmi les plus minimes.

Appliqué aux cas chroniques le vaccin, confirme les résultats antérieurs. Il est inefficace par lui-même dans les urétrites mais reste un adjuvant précieux dans les prostato-vésiculites.

L'auteur pense que, dans le rhumatisme blennorragique, on n'obtient qu'un résultat partiel, mais rapide, l'affection semblant se stabiliser à un moment donné.

Il conclut que le vaccin ne semble pas un remède pathognomonique — malgré sa technique élective — mais qu'il semble agir, en brûlant les étapes, à la façon du temps, c'est-à-dire en atténuant la flore dont les traitements classiques se révèlent ainsi plus facilement maîtres.

Il attribue les échecs des stocks dans les cas chroniques à la multiplication des germes en cause particulièrement, les anaérobies et recommande alors l'emploi des auto-vaccins.

— M. LAVENANT (de Paris), apporte un certain nombre d'observations de blennorragies aiguës, subaiguës ou chroniques traitées par les vaccins en même temps qu'avec la thérapeutique locale. Il lui paraît que dans la blennorragie aiguë les succès sont limités et inconstants, plus sûrs avec les vaccins polymicrobiens dans la blennorragie chronique et surtout dans les complications où le rôle des microbes associés est important.

Des essais d'autohématothérapie combinée avec l'injection intraveineuse de manganèse colloïdal lui ont donné quelques satisfactions, mais non d'une façon constante. Aussi devant les différents résultats. M. Lavenant se demande quelle part dans la vaccination, il faut faire à la protéinothérapie ou à l'introduction de l'antigène responsable de la maladie.

Pour lui, les vaccins ne sont qu'un adjuvant parfois précieux, mais non indispensable du traitement classique.

— M. BARBELLION (de Paris). La culture de sperme préconisée par Guépin est un moyen de diagnostic, pour ainsi dire le seul, de la blennorragie chronique ou latente.

On pouvait lui demander plus encore. C'est pourquoi j'eus l'idée de la prendre pour base d'un traitement auto-vaccinothérapique. Dès 1918, j'ai fait préparer des autovaccins contenant tous les germes de la culture dans leurs proportions respectives.

Depuis j'ai continué cette technique ; à l'heure actuelle, les auto-vaccins que j'emploie, contiennent environ 300 à 400 millions de gonocoques et 3 à 4 milliards de germes associés.

Chaque malade reçoit dix à douze piqûres à doses croissantes de 1/2 à 2 centimètres cubes, tous les deux jours.

A moins de lésions prostatiques ou urétral évidentes, j'emploie le vaccin seul. En effet, dans la moitié des cas, les malades guérissent sans traitement local, l'écoulement disparaît, les douleurs articulaires cessent en cas de rhumatisme concomitant. Dans l'autre moitié des cas, *malgré la stérilisation du malade*, les symptômes objectifs persistent et ne cèdent qu'au traitement local (dilatation, électrocoagulation, massage de la prostate ou des glandes urétrales, lavages, instillations). Sur 165 malades, 158 ont guéri après une série de vaccinations, 5 après deux séries, 1 après deux séries ; 1 ayant reçu deux séries n'a pas été soumis au contrôle de la culture qui est indispensable pour pouvoir affirmer la guérison.

— M. DE BERNE-LAGARDE (de Paris). La vaccinothérapie isolée avec des stocks-vaccins ne paraît donner aucun résultat. Pratiqués suivant la méthode de Janet, en même temps que les grands lavages au permanganate, les stocks-vaccins procurent la guérison dans 29 cas et un laps de temps variant de vingt-huit à quarante-cinq jours. Il semble que les lavages au permanganate seul auraient donné d'aussi bons résultats, le mérite de la vaccinothérapie paraît être de diminuer les chances de complications.

— M. André BŒCKEL (de Strasbourg) résume sa statistique de blennorragies traitées par la vaccination, statistique publiée déjà en partie dans la thèse de son élève Bilger (*Th. de Strasbourg*, 1923).

Cette statistique comporte 93 cas : 28 malades atteints de blennorragie *subaiguë* ont été traités par le stock-vaccin de l'Institut Pasteur. Bons résultats dans bien des cas qui avaient résisté aux grands lavages : 34,79 p. 100 d'échecs.

4 nouveaux cas postérieurs à la thèse de Bilger : 3 succès, 1 échec.

3 blennorragies féminines : 2 succès, 1 échec.

L'*auto-vaccination* a été utilisée chez 65 malades atteints de blennorragie *chronique*, qui tous avaient subi, sans succès, les traitements les plus divers.

36 malades ont été traités par un auto-vaccin *à gonocoques* et « associés » : 91,17 p. 100 de guérisons.

29 malades par un auto-vaccin *non gonococcique* : 93,10 p. 100 de guérisons.

M. Bœckel signale 5 cas de guérisons postérieurs à la thèse de son élève.

3 femmes ont subi l'auto-vaccination : 1 succès, 1 échec, 1 cas encore en traitement.

Pour réaliser l'auto-vaccin, l'auteur a utilisé chez l'homme, la culture du sperme ; chez la femme, la culture de la sécrétion utérine. Milieux de culture employés : milieu de Ferrari et milieu de Cole et Lloyd.

En ce qui concerne les *complications* de la blennorragie, M. Bœckel est partisan de l'emploi du vaccin Pasteur ou du Dmégon dans l'épididymite, de l'eucratol dans le rhumatisme.

Le sérum de Stérian a donné entre ses mains quelques résultats satisfaisants dans des cas de rhumatisme ; mais des complications infectieuses locales et même générales l'ont fait renoncer à son emploi.

— M. Paul DELBET (de Paris) a soigné 12 blennorragies aiguës, 4 blennorragies chroniques, 4 arthrites gonococciques par les anciens vaccins associés au traitement classique. Les vaccins n'ont, en rien, modifié l'évolution de la maladie, il semble même que, dans un cas, le vaccin ait favorisé l'apparition de l'orchite et de l'arthrite. Le vaccin iodé paraît, au contraire, avoir influencé favorablement la marche d'une vieille urétrite chronique à gonocoques.

Actuellement, M. Paul Delbet emploie, avec son assistant, M. Bellanger, la méthode de Tansart, la protéinothérapie associée à la vaccinothérapie ; 3 cas d'orchite, 1 cas d'arthrite du cou de pied soignés suivant cette méthode ont guéri rapidement et complètement. Il conclut :

1° Dans l'état actuel de nos connaissances, le traitement classique par le permanganate ou la diathermie reste le traitement de choix de l'urétrite et de l'orchiépididymite aiguës. Bien conduits, ces traitements donnent 98 p. 100 de guérisons.

2° L'urétrite chronique demeure justiciable des lavages antiseptiques, des massages et de la dilatation. L'emploi des vaccins et en particulier des vaccins iodés facilite la guérison.

3° Les orchites qui se prolongent, les arthrites gonococciques sont d'une manière très nette améliorées et guéries par les injections associées de lactoprotéine et de vaccin.

4° Dans les cas d'arthrites non améliorées par les injections précédentes ou les nouveaux vaccins, il faut faire une arthrotomie aussi précoce que possible et l'extension continue. Cette méthode n'a donné à l'auteur que des succès.

— M. JANET (de Paris). Il existe un vaccin gonococcique buccal qui semble mériter la discussion. C'est celui de M. Fornet, de Saarbruck. Ce vaccin est formé de corps microbiens tués par l'éther et additionnés de bile. Pris par la bouche par une personne saine, il rend le sérum agglutinant pour un réactif gonococcique obtenu lui aussi par l'action de l'éther sur une culture gonococcique en milieu liquide. Il réactive les blennorragies chroniques et évite les complications de la chaudepisse.

La vaccinothérapie gonococcique peut être dangereuse ; j'ai obtenu 3 cas heureux sur une série de 30 cas, mais les autres malades ont été pour moi très difficiles à guérir.

Elle peut sensibiliser les malades et rendre les gonocoques plus virulents. Depuis je réserve la vaccination aux cas permangano-résistants qui résistent aux lavages pendant plusieurs mois.

Les deux observations relatées à la page 110 du rapport montrent l'action évidente des auto-vaccins que j'ai fait faire par M. Demonchy. Les lavages qui ne pouvaient être écartés de plus de vingt-quatre heures sans rechutes, ont pu être écartés de trente-six heures à la quatrième piqûre, de quarante-huit heures à la cinquième et finalement être supprimés sans retour de gonocoques. La guérison était obtenue

Par contre dans deux autres cas absolument semblables et traités de même façon, j'ai éprouvé un insuccès complet. M. Demonchy estime à 60 p. 100 les cas favorables dans la vaccination gonococcique.

— M. Le Fur (de Paris) insiste d'abord sur des considérations générales qui permettent d'apprécier le rôle de la vaccinothérapie et de la sérothérapie dans la blennorragie et ses complications :

1° Fréquence et importance des associations microbiennes, surtout dans la blennorragie. Ce sont les microbes associés (principalement le staphylocoque et l'entérocoque) qui expliquent plus que le gonocoque, les uréthrites rebelles, ainsi que toutes les complications de la blennorragie.

2° La virulence de la blennorragie, sa variabilité; les principaux facteurs qui l'influencent sont au nombre de trois : *a.* le milieu polymicrobien (infections associées); *b.* l'habitat différent des microbes (muqueuses cérébrale, oculaire, rectale, épididyme, vésicules, séreuses, sang, etc.); *c.* le milieu humoral, c'est-à-dire le terrain dont l'importance est souvent plus grande que le degré de virulence du gonocoque. Tandis qu'on voit chez l'individu sain, à dépense normale, la blennorragie évoluer normalement, on observe chez l'arthritique une forme suraiguë avec polynucléose intense, chez le lymphatique ou scrofuleux au contraire une forme subaiguë, chronique d'emblée et tenace qui s'explique par l'action des toxines scrofuleuses sur le gono et sur les microbes associés. D'autres faits encore montrent l'influence du terrain comme les formes atténuées chez d'anciens blennorragiques quelle que soit la virulence de l'infection récente, la production chez un organisme vierge d'une blennorragie très aiguë provoquée par des gonos atténués de vieilles gouttes militaires.

Au point de vue clinique l'auteur examine les résultats de :

1° La vaccinothérapie (200 cas environ) a une action nette sur l'uréthrite et ses complications. Il donne la préférence aux auto-vaccins sur les stocks vaccins et emploie exclusivement les vaccins polymicrobiens. Le traitement local (lavages) doit être utilisé parallèlement.

2° La sérothérapie : le sérum de Stérian qu'il a seul expérimenté lui a donné d'excellents résultats dans la blennorragie grave ou compliquée, en cas de complications graves notamment (prostatites, orchites, arthrites). La statistique de Stérian indique 236 guérisons sur 278 cas, soit 82 p. 100 de guérisons. Sur 14 cas personnels de complications graves l'auteur a obtenu 12 guérisons et 2 échecs.

En cas de complications chirurgicales la vaccinothérapie et la sérothérapie doivent toujours être employées d'abord et permettent d'éviter ainsi nombre d'opérations, chez la femme notamment en cas de salpingo-ovarite.

— M. H. Chabanier (de Paris) en son nom et au nom de M. Pierre Barbellion et Mlle Marg. Lebert, rapporte leurs résultats de culture de sperme et de vaccinothérapie chez des blennorragiens.

1° *Culture de sperme.* — Le sperme était cultivé sur milieu de gélose adragante; 44 sujets ont été examinés :

a. 34 avaient une goutte purulente chronique sans gonocoque dans la goutte, et cliniquement pouvaient être considérés comme non blennorragiques. La blennorragie aiguë remontait à une époque variant entre six mois et plus de cinq ans.

Sur ces 34 sujets, 11 présentaient dans le sperme un microbe ayant les caractères du gonocoque.

b. 7 présentaient avec une goutte purulente chronique sans gonocoques, une complication gonococcique à distance (orchite, rhumatisme, etc.).

Sur ce nombre, 5 avaient une culture positive.

c. D'autres malades enfin ne présentaient aucun reliquat apparent de leur blennorragie aiguë, et venaient par scrupule consulter avant mariage. Il se trouva que les 3 sujets examinés dans ces conditions avaient du gonocoque dans le sperme : c'est évidemment une question de série.

Pour l'un d'eux la preuve de la nature gonococcique du diplocoque trouvé en culture fut faite par la contamination de la femme.

Ces faits viennent à l'appui des constatations de Guépin, Barbellion, Lebreton, Maille, Noguès et Durupt pour établir l'intérêt de la culture du sperme chez les anciens blennorragiques. Il se peut que le plus souvent le gonocoque trouvé ne soit pas virulent, mais du moins, il y a intérêt à savoir qu'il existe encore, et à essayer d'en débarrasser le patient.

2° *Vaccinothérapie.* — Chez les sujets à goutte purulente chronique sans gonocoques, mais à gonocoques dans le sperme, ils ont essayé l'auto-vaccin préparé à partir de cultures et contenant 10 milliards des germes obtenus par centimètre cube.

Après une série de 10 piqûres, correspondant à 160 milliards de germes, et sans autre traitement local, la culture fut négative chez les 11 sujets traités, chez 6 la goutte disparut, chez 5 un léger suintement persista.

Enfin chez des sujets présentant une blennorragie aiguë, non guérie par lavages, ils ont continué ces lavages, et fait en plus un stock-vaccin assez particulier, composé de restes d'auto-vaccins préparés pour des malades à goutte purulente auquel il vient d'être fait allusion. Les 5 cas traités ont guéri en quinze jours. Il se peut qu'il y ait là une question de série, mais le fait nous paraît contenir une indication utile.

— M. Escat (de Marseille) n'a relevé que des résultats décevants ou discutables avec la vaccinogonothérapie.

Décevants, si elle est utilisée seule; dans ces conditions une méthode aussi rationnelle que séduisante comporterait si elle était au point une efficacité spécifique, évidente, brutale.

Résultats discutables, lorsque associée à des médications de valeur indiscutable suffisants pour guérir la blennorragie comme les grands lavages. Sa part dans la guérison, son action propre ne peut être précisée. Résultats discutables encore lorsque obtenus dans des conditions exceptionnelles, insolites par définition, étant données les formes cliniques si variables de l'évolution gonococcique, ils laissent l'impression de résultats possibles et inexplicables obtenus avec toute médication empirique perturbatrice. Aucune base scientifique ne règle la posologie de la vaccination, elle est trop souvent utilisée comme jadis la purge ou la saignée.

En face de cette pseudo-richesse thérapeutique contre le gonocoque qui englobe l'utilisation de tous les antiseptiques, de la vaccination et de la diathermie, jamais l'urologue n'a eu plus besoin de jugement et de mesure pour sauvegarder la santé et tous les intérêts de son malade.

— M. J. Oraison (de Bordeaux). J'ai eu l'occasion de soigner quelques malades par la vaccinothérapie; j'en ai vu surtout pas mal qui avaient été traités par d'autres confrères à l'aide de différents vaccins. J'ai presque toujours enregistré des insuccès complets.

Dernièrement encore j'ai observé quatre malades ayant subi des injections plus ou moins nombreuses de vaccins de plusieurs sortes, soit pour des blennorragies chroniques, soit pour des complications articulaires ou épididymaires. Les premiers n'ont rien obtenu et ont dû être soumis, pendant plusieurs mois, aux divers traitements classiques. Les autres n'ont guéri leur épididymite ni mieux ni plus vite que par les procédés ordinaires et ont vu traîner en longueur leurs manifestations articulaires. Chez l'un d'eux, même, l'arthrite du poignet s'est terminée par l'ankylose au bout de trois mois.

Je serais très heureux d'enregistrer des succès et, pour cela, je continuerai à employer la vaccinothérapie que je crois susceptible, dans un petit nombre de cas déterminés, d'aider le traitement local; mais je ne cache pas que j'ai beaucoup plus de confiance dans ce dernier.

— M. Pasteau (de Paris) cite deux observations datant de 1903 de guérison en vingt-quatre et quarante-huit heures de blennorragie urétrale aiguë par injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique. Il en conclut que pour être efficace le sérum n'a pas besoin d'être spécifique, ce qui ne veut pas dire d'ailleurs qu'un sérum spécifique n'a pas une action plus sûre qu'un sérum qui ne l'est pas.

A son avis l'entéro-vaccin gonococcique ne paraît pas avoir une efficacité aussi grande qu'on a bien voulu le dire, mais qu'il n'est cependant pas sans effet.

Il rapporte, enfin, une observation de M. Jeanvoine de traitement d'arthrite blennorragique par une injection intraveineuse de T. A. B.

Des observations publiées il résulte que malgré les progrès réalisés par la bactériothérapie et la sérothérapie qui paraissent bien augmenter les pouvoirs de défense de l'individu contre le gonocoque, le traitement local ne doit pas être abandonné.

— MM. Minet et Debains. Les communications qui ont suivi la lecture du rapport sont presque toutes basées sur la clinique ; d'une manière générale, elles confirment ses conclusions, c'est-à-dire que la vaccinothérapie est légitime, quoique inconstante dans ses résultats, mais que sa spécificité ne paraît pas démontrée jusqu'à présent.

Les dangers de la vaccination à la période aiguë sont confirmés ; à la période de chronicité, elle semble capable d'augmenter la proportion de succès des lavages.

La question des germes associés ne nous paraît pas tranchée ; leur importance est capitale dans l'urétrite et ses complications d'après Maringer, Lavenant, Le Fur.

Oraison et Delbet nous ont apporté de nouvelles observations d'échec de la vaccinothérapie dans les complications.

Enfin, nous réparerons une omission du rapport en citant les résultats favorables de vaccins pris par la voie digestive, obtenus par Pasteau et Janet.

Dans l'état actuel de nos connaissances, un médecin est donc à l'abri de tout reproche en n'utilisant pas la vaccinothérapie, ni la spermoculture, méthodes encore en expérience. Il en sera peut-être autrement dans quelques années.

Les communications présentées dans la dernière séance ont apporté une contribution nouvelle à l'étude des vaccins non spécifiques ; il est bien établi que la protéinothérapie a donné de bons résultats dans nombre de cas ; faut-il en conclure que dans la thérapeutique antigonococcique il est inutile de se préoccuper de la spécificité ; non, en se reportant aux connaissances acquises en bactériologie générale et dans l'étude clinique d'autres infections, nous devons avouer que les données du problème sont encore mal définies ; il s'agit de les dégager et d'indiquer une orientation.

La protéinothérapie non spécifique restera sans doute une ressource qu'il sera bon d'utiliser éventuellement ; rappelons qu'elle est aléatoire, c'est-à-dire que les résultats varient d'un sujet à l'autre et dépendent de la nature de la protéine, sans qu'il soit possible de faire un choix judicieux, ce choix étant livré au hasard et à l'empirisme.

Si nous possédions un vaccin dont l'action spécifique fut incontestable, nous bénéficierions, en outre, des effets dus à ses protéines ; il faut donc s'efforcer de progresser dans le sens de la spécificité.

Il faut envisager le choix des souches et la posologie.

Choix des souches. — On devra étudier attentivement un grand nombre de gonocoques et rechercher si, comme chez les méningocoques, il existe des races en matière d'immunisation active et de bacthériothérapie.

La valeur antigène d'un germe est un élément très important ; les germes doivent être choisis dans chaque espèce ou race d'après cette valeur, nous savons déjà que certains gonocoques sont doués de propriétés antigènes remarquables ; comme nous ignorons les propriétés du germe infectant, il serait logique d'alterner les injections d'un stock-vaccin monovalent à germe sélectionné avec un auto-vaccin. Quant aux doses, il semble bien établi que des doses trop faibles sont inefficaces et qu'une concentration de 2 milliards par centimètre cube est une bonne concentration moyenne.

Réactions humorales. — L'étude des réactions humorales est utile au point de vue diagnostique et thérapeutique.

Dans des cas où il était impossible d'isoler le gonocoque, rhumatisme ou septicémie, on a pu déterminer la nature de l'infection par un sérodiagnostic.

Il serait très instructif de suivre les réactions humorales d'un malade soumis à un traitement bactériothérapique.

Sérothérapie. — Nous répéterons au sujet de l'action non spécifique ce que nous avons dit à propos de la bactériothérapie. Nous avons vu que le sérum Stérian est totalement dépourvu de propriétés spécifiques vis-à-vis du gonocoque ou d'un microbe quelconque ; c'est donc un exemple d'action non spécifique dont les résultats sont comparables avec ceux qu'on obtient avec d'autres protéines. En revanche, M. Ravaut a obtenu des résultats avec le sérum de l'Institut Pasteur qui est spécifique alors que d'autres sérums avaient été inefficaces.

Il est donc indiqué de chercher à obtenir des sérums très riches en anticorps ; mais un très grand progrès serait obtenu si on arrivait à préparer un sérum antitoxique qui serait employé en applications locales dès le début de la blennorragie.

O. PASTEAU.

NOTES POUR L'INTERNAT

INVAGINATION INTESTINALE

Lésions des parois intestinales. — Elles sont épaissies partout, leur tuméfaction pouvant être considérable.

Muqueuse : est congestionnée. Elle présente une infiltration hémorragique diffuse marquée qui explique bien la diarrhée sanglante que l'on observe presque toujours. Assez ordinairement au bout de vingt-quatre heures surviennent des ulcérations.

Séreuse : dépolie, hyperémiée. Des adhérences se forment très vite au niveau de la face de contact du cylindre interne et du cylindre moyen Ainsi s'explique l'irréductibilité habituelle des occlusions datant de plus de vingt heures.

Au niveau du collet, les lésions sont au maximum le collet traçant un sillon dans la paroi sous-jacente.

Circulation : le méso est comprimé, plus ou moins fort au niveau du collet selon que la striction de celui-ci est plus ou moins intense. Si, cette compression est assez forte, les vaisseaux nutritifs de la zone invaginée vont cesser de fournir le sang nécessaire : les cylindres invaginés vont donc avoir tendance au sphacèle.

Cette gangrène est la terminaison habituelle. En deux à cinq jours, le boudin invaginé s'éliminera soit par lambeaux, soit en totalité (amputation en masse). Il en résultera une perforation à moins que les adhérences formées au niveau du collet, entre le cylindre externe et l'intestin normal suffisent à assurer la continuité : guérison spontanée, très rare.

Lésion de voisinage. — *Intestin.* — Au-dessus de la tumeur : distendu, matité, gaz ; au-dessous : aplati, vide.

Péritoine. — Réaction constante de la séreuse. Peut rester légère ou au contraire aboutir à une péritonite généralisée.

Variétés. — Suivant direction : normalement, invagination descendante ; anormalement, invagination ascendante. Quelquefois les deux sont combinées ; invagination multiple.

Suivant le nombre de cylindres, invaginations doublées : cinq cylindres ; invaginations triplées : sept cylindres (exceptionnelles).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — **Premier stade.** — Obstruction incomplète. Les matières peuvent encore passer à l'intérieur du cylindre interne.

Deuxième stade. — Tuméfaction des parois. L'occlusion devient complète.

SYMPTOMES. — Nous décrirons l'invagination aiguë du nourrisson.

Prodromes. — Manquent le plus souvent. L'affection frappe de beaux enfants d'aspect florissant n'ayant jamais eu de troubles jusque-là.

Début brutal par un des signes de la triade : douleurs, vomissements, selles sanglantes.

Première période ou d'obstruction incomplète. — DOULEUR. — Se manifeste chez le nourrisson par des signes assez évidents : agitation, cris, expression anxieuse, mouvements des cuisses qui se fléchissent sur le tronc. N'a pas une intensité égale à tous moments. Etat paroxystique avec rémission plus ou moins complète et de durée très variable. Traduit le spasme intestinal.

VOMISSEMENTS. — Symptôme banal chez le nourrisson. Survient très précocement. Au début, alimentaire, plus tard bilieux, dépasse exceptionnellement ce stade pour devenir fécaloïde Intolérance gastrique absolue.

SELLES. — Constipation absolue d'emblée tout à fait exceptionnelle. L'enfant rend des gaz et même des matières, liquides presque toujours. Les matières représentent, soit la vidange du bout inférieur de l'intestin, soit les matières liquides qui ont filtré à travers l'obstacle encore incomplètement occlusif.

L'émission de sang est constante, mais se présente sous différents aspects :

a. Mucus rosé, peu abondant, mélangé avec les selles ;

b. Gelée rougeâtre, ressemblant à de la gelée de groseille ;

c. Sang pur, modifié presque toujours par le séjour dans l'intestin et ayant pris une couleur noirâtre.

EXAMEN. — *Abdomen.* — Reste plat au début. La palpation est possible dans l'intervalle des crises douloureuses.

Recherche de la tumeur. — Palpation douce et méthodique. Ne donnera pas toujours de renseignements précis. Permet de sentir une masse dure mais dépressible, à limites plus ou moins nettes, allongée, comme un boudin, mobile, changeant de forme sur les doigts, non adhérente à la paroi.

Siège : fosse iliaque droite ; fosse iliaque gauche plus souvent.

Sous le foie. Mais ce signe, qui fournit à lui seul le diagnostic de certitude, sera malheureusement très rarement observé.

Toucher rectal : sera pratiqué systématiquement.

1° Il ramène quelquefois du sang très précocement alors qu'aucune émission sanglante ne s'est encore fait jour par l'anus.

2° Il permet de sentir à travers la paroi rectale le boudin d'invagination (qui est encore assez distant à cette première période).

ÉTAT GÉNÉRAL. — Très inégalement touché. Quelquefois bien conservé à ce moment. Élévation thermique faible ou nulle. Mais le pouls s'accélère toujours très manifestement.

Deuxième période. — Au bout de trente à quarante heures les signes se modifient souvent.

Douleurs. — Persistent, mais au lieu d'agitation et de cris l'enfant réagit moins.

Vomissements. — Peuvent devenir fécaloïdes, c'est exceptionnel. Le plus souvent ils s'espacent et peuvent même disparaître dans les heures qui précèdent la fin.

Selles. — A cette période le bout d'intestin est vide et plus rien ne passe au niveau du cylindre interne boursouflé. La constipation est complète.

Mais l'hémorragie persiste et on peut même avoir quelquefois une hémorragie presque pure et assez abondante.

A L'EXAMEN, l'abdomen est ballonné et rend le palper presque impossible. Le boudin d'invagination peut sortir par l'anus : aspect sphacelé, grisâtre, odeur putride.

Plus souvent on le trouve à ce moment dans l'ampoule par le toucher rectal ; il donne l'impression au doigt d'un col d'utérus.

ETAT GÉNÉRAL. — Périclite. Température autour de 38 degrés, quelquefois hypothermie. Pouls très rapide. Visage pâle, yeux cernés, nez pincé. Respiration rapide, courte.

ÉVOLUTION. — Dans les formes normales à marche aiguë, la mort survient à peu près en une semaine dans le coma. Quelquefois il existe une crise d'éclampsie à la fin.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 91, p. 1466.

Manuel de l'accoucheur, par L. DEMELIN, professeur en chef à la Maternité de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et L. DEVRAIGNE, chef de service à l'hôpital Lariboisière, chargé de cours annexe à la Faculté de médecine de Paris. 1 fort vol. (10 × 24,5) de 1520 p. avec 465 fig. dans le texte. — Prix : 68 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 94. — SAMEDI 24 NOV. 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 24 NOV. 1923. — N° 94.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 19 novembre. — Questions données : « Diagnostic des paraplégies. — Abcès de la glande mammaire au cours de la lactation. »

MM. Darfeuille, 21; Wallich, 35; Lafont (Ernest), 16; Véran, 29; Harburger, 27; Tambareau, 31; Oumansky, 30; Baize, 22; Bordas, 23; Baillis, 19.

Séance du 20 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la pleurésie interlobaire. — Signes et diagnostic des invaginations intestinales. »

MM. Gerson, 17; Worms, 31; Limouzin-Lamothe, 20; Launay, 31; Redon, 27; Foulon, 33; Lechaux, 27; Derot, 29; Jonesco, 34; Le Blay, 31.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 19 novembre 1923. — Question donnée : « Anatomie de l'articulation du coude. »

MM. Gabriel, 17 1/2; Ferrand, 17; Dragomiresco, 15; de Ginestet, 18; Filippini, 12; Griveaud, 17; Dreyfus, 11; Fleury et Gassiglia, 14; Duval, 15; Fournier (Francis), 14; Fortin (René) et Fortin (André), 15; Hurpy, 12; Gallot, 13; Fortier, 14; Fort, 16; Mlles Fayot, 19; Huguet, 11; Trousson, 15.

Séance du 20 novembre. — Question donnée : « Configuration externe et rapports de l'utérus. »

MM. Dumon, 13; Girard, 15; Areguello, 11; Gaston, 16; Durel, 12; Franco, 14; Fau, 13; Fail, 10; Favier, 11; Grand, 15; Forgeois, 13; Cottet, 9; Bézier, 12; Gloppe, 16; El Baz, 15; Faivre, 11; Roquejeoffre, 12; Gadaud, 14.

Pathologie. — Séance du 19 novembre 1923. — Question donnée : « Signes et évolution du rétrécissement mitral. »

MM. Mantion, 15; Legâté et Lefranc, 10; Lefas et Larsonneur, 8; Lequint, Lapoznik et Martin (René), 11; Lardennois, 13; Lacaze, 8; Maricot, 15; Lazerme, 12; Kaufmann, 18; Loué, 13; Lançon, 19; Laflotte et Levassor, 15; Mlle Lévy, 16.

Séance du 21 novembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic du cancer du rectum. »

MM. Masquin, 14; Lemasle, 12; Lévy-Missin, 14; Kirszblum, 12 1/2; Masquet, 17; Laussel, 11; Mlle Trousson, 9; MM. Lambert, 12; Kreyts, 12 1/2; Kintgen, 13; Mlle Letailleur, MM. Laborde (Pierre) et Maire-Amero, 15; Lagasquie, 14.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — La séance solennelle de rentrée de l'Université aura lieu le samedi 24 novembre, à 3 h. dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Au cours de la solennité, le diplôme et les insignes de docteur *honoris causa* seront remis à MM. Svante August Arrhenius, professeur à l'Université de Stockholm, directeur de l'institut Nobel des sciences, correspondant de l'Académie des sciences; le docteur Camillo Golgi, professeur à l'Université de Pavie; le docteur W. W. Keen, l'illustre chirurgien américain, ancien professeur au Jefferson College de Philadelphie; J.-J. Salverda de Grave, professeur à l'Université d'Amsterdam, membre de l'Académie royale des sciences des Pays-Bas; Vittorio Scialoja, professeur à l'Université de Rome; à sir Joseph John Thomson, professeur à l'Université de Cambridge; à MM. Leonardo Torres y Quevedo, professeur à l'Université de Madrid, membre de l'Académie des sciences de Madrid, correspondant de l'Académie des sciences, et Maurice Wilmotte, professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie royale de langue et de littérature françaises de Belgique.

Les titres des nouveaux docteurs *honoris causa* seront respectivement présentés par les doyens des Facultés.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La chaire de médecine légale et déontologie de la Faculté de médecine de Bordeaux est déclarée vacante.

TOULOUSE. — La chaire de médecine légale et déontologie de la Faculté de médecine de Toulouse est déclarée vacante.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — (*Promotion Pasteur*). — *Au grade de chevalier.* — M. Bernardbeig (de Nice).

Promotion ordinaire. — MM. Hallade (de la Garenne-Colombes), Maljean et Petit (de Paris), Vallée (d'Anzin).

L'ORGANISATION DES CRÈCHES. — Le *Journal officiel* du 21 novembre publie un décret portant modification de deux articles du décret du 2 mai 1897 concernant les crèches.

La nouvelle rédaction de l'article 1er a pour but, d'une part, de préciser que les crèches sont des établissements réservés aux seuls enfants bien portants et d'armer ainsi les administrations de ces établissements en vue de leur permettre d'en refuser l'entrée aux enfants dont la présence pourrait être une menace de contagion pour la population infantile de la crèche. D'autre part, la suppression de la mention de l'école maternelle contenue dans l'ancien article 1er a pour effet de préciser que, s'il existe une école maternelle dans la commune, l'enfant peut néanmoins rester à la crèche jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de trois ans révolus au cas où, pour des raisons particulières, son maintien dans cet établissement est préférable à son envoi dans l'école maternelle.

La nouvelle rédaction de l'article 7, qui prévoit les conditions de réouverture d'une crèche fermée après épidémie, a pour but de permettre de subordonner cette réouverture à l'accomplissement de mesures de garanties reconnues nécessaires et qui peuvent être autres que celle de la désinfection que se bornait à mentionner l'ancien texte.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Léon-Jules Houzeau, éditeur médical, décédé à Paris, dans sa soixante-quinzième année.

Nous prions son fils, M. Charles Houzeau et son associé M. Asselin de trouver ici l'expression de notre vive sympathie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA CRISE DU SERVICE DE SANTÉ

Le service de santé traverse depuis la guerre une crise inquiétante que nous avons eu déjà l'occasion de signaler. Les médecins militaires découragés par la situation insuffisante qui leur est faite quittent l'armée en grand nombre.

Leur recrutement est de plus en plus difficile, l'Ecole de Lyon a reçu en 1922 exactement la moitié moins d'élèves que le nombre de places mises au concours, et il en est ainsi depuis plusieurs années.

Dans le rapport que vient d'écrire M. Adrien Constans, au nom de la Commission de l'armée, sont exposés les graves inconvénients qui résultent de cette situation.

« Le service médical, écrit M. Constans, est assuré en ce moment dans l'armée dans les conditions les plus difficiles et les plus précaires. Le service régimentaire, tel qu'il était organisé avant la guerre, avec des médecins affectés à chaque corps de troupe, a dû être abandonné. Un service médico-chirurgical de place, moins coûteux en personnel, lui a été substitué, permettant de confier à un seul médecin le service de plusieurs corps de troupe. Il a fallu, de plus, recourir aux médecins civils conventionnés pour parvenir à assurer dans chaque place les soins indispensables.

L'on ne peut espérer qu'un médecin militaire de carrière, malgré toute la conscience qu'il apporte à ses devoirs, pourra assurer son service de façon satisfaisante et efficace, s'il doit se prodiguer entre plusieurs corps de troupe parfois casernés à longue distance les uns des autres.

Cumulant de nos jours de multiples fonctions, le médecin militaire ne peut plus se consacrer à aucune et son action reste toute superficielle là où il faudrait qu'elle comporte la continuité et l'esprit de suite.

De jeunes médecins militaires, qui devraient être employés en sous-ordre, ont dû être placés à la tête de services importants, pour lesquels ils se trouvent encore insuffisamment préparés. Malgré tout leur dévouement et leur activité, ils éprouvent dans leurs multiples obligations des difficultés considérables, parfois insurmontables pour eux.

L'élévation du taux de la morbidité, des concessions trop larges de congés de convalescence, entraînant une fonte des effectifs et un retard dans l'instruction, une mauvaise tenue des livrets médicaux et des registres techniques, des visites d'incorporation hâtives (malgré l'importance que la loi du 30 mars 1919 donne à cette opération), un défaut de surveillance et d'entretien du matériel de mobilisation, l'absence presque complète d'instruction des infirmiers et brancardiers régimentaires, telles sont, en résumé, les principales conséquences du service régimentaire tel qu'il existe aujourd'hui.

Privé d'un conseiller technique précieux par son savoir et sa conscience, d'un collaborateur immédiat pour toutes les questions hygiéniques, le chef de corps se désintéresse parfois d'un service médical régimentaire qui, réduit à sa plus simple expression, ne peut plus être pour lui l'agent moral de premier ordre, dont l'importance a toujours été reconnue avant comme après la guerre.

L'épidémie de grippe, qui sévit en 1921 de façon si vive dans la plupart des garnisons, a montré de manière saisissante les dangers que comporte la pénurie du personnel médical et la désorganisation qu'elle entraîne dans l'exécution du service sanitaire. Elle a marqué la nécessité de posséder des médecins militaires en nombre suffisant pour qu'ils aient le temps matériel nécessaire d'assurer leur service.

Le pays réclame à bon droit de solides et rapides garanties pour assurer à ses enfants la sauvegarde et les soins sanitaires; après les douloureux sacrifices que lui a imposés la guerre, il ne saurait admettre qu'on les lui fît attendre davantage en différant les mesures propres à conjurer la crise du personnel médical. »

NOTE DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 26 NOVEMBRE AU 1er DÉCEMBRE 1923)

THÈSES

Lundi 26 novembre. — Jury : MM. Balthazard, président; Couvelaire, Duvoir et Ecalle. — M. JOANNY (Jean). Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale. — Mme JANICOT. Considérations sur un cas d'intoxication par le sulfure de carbone. — M. PROVENDIER (Henri). La crise de la natalité.

Mardi 27 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Claude, Aubertin et de Jong. — Mlle JAVOULEY. L'action de l'adrénaline dans les dyspepsies. — M. ROBIN (Alphonse). Considérations sur les troubles mentaux.

Jeudi 29 novembre. — Jury : MM. Brindeau, président; Nobécourt, Lequeux et Baudouin. — MM. TOUCHARD (Pierre). Traitement de l'infection puerpérale. — M. MONOT (L.). Les endocardites malignes dans la chorée.

REVUE GÉNÉRALE

CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE DES TUMEURS DU TESTICULE[1]

Par MM. Marcel CAUDIÈRE,
Interne des hôpitaux de Marseille,

et Jean-Robert HENRY,
Chef de clinique à l'Ecole de médecine,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Les tumeurs du testicule forment un groupe particulièrement complexe dont l'étude et la classification histologiques sont demeurées longtemps obscures en raison de la complexité des faits et de la difficulté de leur interprétation.

C'est seulement au cours de ces dernières années que, grâce aux travaux récents qui ont précisé certains points importants de l'histogénèse normale des glandes génitales, l'histogénèse des tumeurs a pu être étudiée d'après des bases plus complètes, ce qui a permis de donner, des différents types de tumeurs une interprétation satisfaisante et de l'ensemble des tumeurs du testicule une classification histologique rationnelle.

Il est, d'ailleurs, peu de chapitres de l'anatomie pathologique qui aient suscité un nombre de travaux aussi considérable et où les descriptions, les interprétations et les théories pathogéniques aient varié davantage. Et bien que ce ne soit pas ici le lieu de faire un exposé historique de la question, il convient cependant de rappeler brièvement les travaux qui ont marqué une étape dans cette étude.

Confondues antrefois avec les formations tuberculeuses ou syphilitiques dans le groupe mal défini des sarcocèles, les tumeurs du testicule ont été individualisées tout d'abord par A. Cooper au début du XIXe siècle, qui décrivit macroscopiquement le cancer squirrheux, l'encéphaloïde, la maladie kystique du testicule.

Müller décrivit l'enchondrome du testicule dont Wirchow compléta l'étude. En 1874-1875, les études de Malassez marquent une date dans l'histoire de ce chapitre ; il décrit tout particulièrement la maladie kystique qu'il considère comme un épithélioma mucoïde et le lymphadénome du testicule, — celui-ci n'étant d'ailleurs comme nous aurons l'occasion de le voir plus loin que le résultat d'un artefact de technique, inévitable à cette époque.

Puis, après une série de travaux tels que ceux de Monod et Arthaud (1887), de Kocher de Max Wilms, paraît en 1895 le mémoire fondamental de Pilliet et Costes qui, pour la première fois donne les bases d'une classification des tumeurs du testicule, selon leur origine embryonnaire différente. Les nombreux travaux relatifs aux tumeurs mixtes et aux embryomes sont repris à nouveau et exposés dans la thèse de Chevassu (1906). Quant aux acquisitions récentes qui ont précisé la plupart des points encore obscurs de l'histoire de ces tumeurs, elles sont le résultat direct des travaux modernes d'embryologie concernant les glandes génitales et principalement ceux de Waldeyer, Nussbaum, Beard, Henneguy, Allen, Rubaschkin, Dustin, Swift, Firket, Schlagenhaufer, Montgomery, Regaud, H. de Wimwarter.

(1) Conférence faite le 6 octobre 1923 au Laboratoire de M. le docteur Aubert, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

La classification des tumeurs du testicule ne peut être satisfaisante que si elle est basée sur l'origine embryonnaire différente des divers types de tumeurs. Les glandes génitales, en effet, par leur morphogenèse et leur histogenèse très particulières, contiennent finalement des éléments histologiques d'origine très différente et de potentialité très différente également aussi bien en ce qui concerne leur évolution physiologique qu'en ce qui concerne leur évolution pathologique et la production de tumeurs. Il convient donc de rappeler brièvement les points essentiels de l'embryologie des glandes génitales, afin de fixer, sans équivoque, l'origine de leurs différents éléments.

Embryologie du testicule. — **1° Origine des éléments de la lignée germinale.** — L'ébauche des glandes génitales apparaît sous la forme d'un épaississement dû à la prolifération localisée de l'épithélium cœlomique dans la région située à la face interne du corps de Wolff. Cette portion particulière de l'épithélium cœlomique constituant l'épithélium germinatif décrit pour la première fois par Waldeyer (fig. 1).

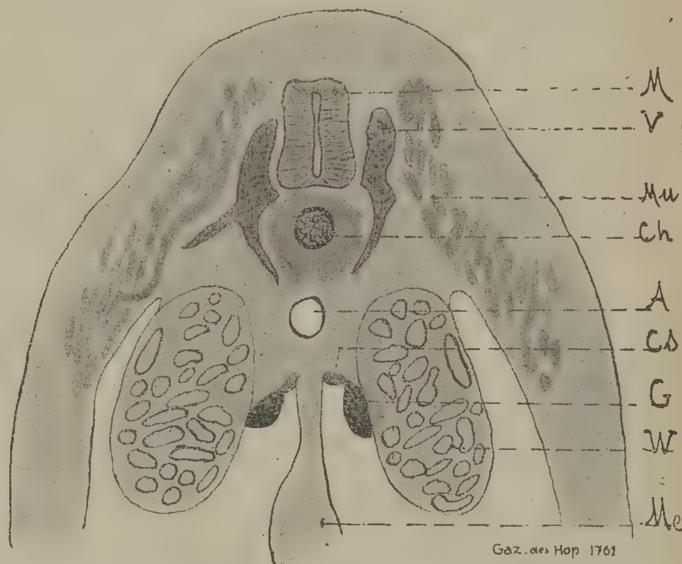


Fig. 1. — *Coupe de la région lombaire chez l'embryon* montrant la situation de l'ébauche génitale (en noir) entre le corps de Wolff et l'ébauche cortico-surrénale.

M, moelle. — V, ébauche vertébrale. — Mu, ébauche des muscles. Ch, chorde dorsale. — A, aorte. — Cs, ébauche cortico-surrénale. G, ébauche génitale. — W, corps de Wolff. — Me, mésentère.

Cet épithélium est représenté d'abord par des cellules toutes semblables entre elles, puis à ce stade d'unité fait suite un stade de dualisme cellulaire où l'épithélium germinatif se multiplie et où se différencient aux dépens de certaines de ses cellules des éléments volumineux à noyau clair, à cytoplasme abondant, « ovules mâles » des anciens auteurs. Quelle est l'origine de ces éléments? D'après les anciens auteurs, ils naîtraient donc sur place. Mais sur ce point les recherches embryologiques de ces dernières années ont apporté des faits nouveaux et tendent à établir la conception suivante :

Dès les tout premiers stades de la segmentation de l'œuf, dès le stade didermique, les blastomères se divisent en deux groupes : les uns, blastomères, somatiques donneront les feuillets blastodermiques,

puis les différents tissus de l'individu, les autres blastomères germinaux, porteurs de l'hérédité sont destinés à constituer les glandes génitales. Il y aurait donc, dès les tout premiers stades, séparation complète des cellules de la lignée germinale d'avec les cellules de la lignée somatique, du « germen » d'avec le « soma », ce qui tendrait à donner une base concrète aux conceptions théoriques de Weissmann et de son école, ainsi qu'à la question du plasma germinatif. Nette, chez certains invertébrés, cette distinction des blastomères de l'œuf en deux groupes est moins évidente chez les vertébrés supérieurs, mais cependant, même chez ces derniers, l'existence d'une lignée germinale, précocement individualisée est admise à peu près généralement sous réserve de détails purement embryologiques, concernant leurs premiers stades, suivant les différentes espèces animales. Question que l'on peut parfaitement négliger en ce qui concerne le point de vue auquel nous nous plaçons.

Ce qui est beaucoup plus important à noter, c'est que ces cellules germinales, au nombre de plusieurs centaines gagnent au cours de l'évolution de l'embryon, la région du futur épithélium germinatif en accomplissant une migration extrêmement complexe au travers des ébauches organoïdes, ainsi que l'ont montré une série de travaux dus aux embryologistes modernes (Beard, Henneguy, Rubaschkin, Firket, Swift, etc.). Cette migration se fait à travers le mésenchyme, à travers même le système musculaire et nerveux, peut être aussi par la voie sanguine (Swift, études chez l'embryon de Poulet), bien que la cause première et le détail de ce mécanisme soient encore à étudier. Quoi qu'il en soit, l'essentiel est de noter l'existence d'une lignée germinale primitive distincte de la lignée somatique et les migrations complexes de ces cellules à travers le corps de l'embryon. Nous verrons plus loin toute l'importance de ces faits en ce qui concerne l'origine et l'histogenèse des embryomes du testicule.

Lorsque les cellules sexuelles — gonocytes ou gonoblastes suivant les auteurs — (et qui, notons-le, sont en elles-mêmes sexuellement indifférentes) ont atteint la région du futur épithélium germinatif, leur présence, l'excitation spécifique que détermine leur contact, produisent une activité particulière des cellules de l'épithélium cœlomique, qui se multiplient et poussent dans la profondeur du mésenchyme sous-jacent, des travées cellulaires constituent les cordons sexuels, travées larges, irrégulières, plus ou moins anastomosées entre elles et constituées par deux ordres d'éléments :

a. Les uns, petites cellules à limites, peu distinctes, à noyau aplati, « petites cellules germinatives », dérivent de l'épithélium péritonéal.

b. Les autres grandes cellules volumineuses à cytoplasma abondant, à noyau vésiculeux et clair, correspondent aux « ovules mâles » des anciens auteurs ou ovules primordiaux.

Mais, ici encore, une difficulté : Si chez les animaux inférieurs, il semble bien établi que ces grandes cellules de l'épithélium germinatif et des cordons sexuels sont les descendantes directes des gonoblastes primordiaux, chez les vertébrés supérieurs et les mammifères, en particulier, il y a place entre les deux pour un stade d'unification cellulaire et il semble bien que les gonoblastes, arrivés jusqu'à l'ébauche génitale voient leur cycle évolutif se terminer et leur plasma transmis à une nouvelle série d'éléments, soit cellules du mésenchyme, soit cellules ayant tout au moins une morphologie identique à ces dernières et impossibles à différencier d'elles. Nous verrons plus loin que malgré les incertitudes de détail qui règnent encore sur ce point particulièrement difficile, au point de vue embryologique on interprète ces éléments et ceux qui en dériveront comme des cellules-souches, donnant ultérieurement, par évolution dualiste *tous* les éléments du tube germinifère (lignée séminale proprement dite et lignée sertolienne) (fig. 2).

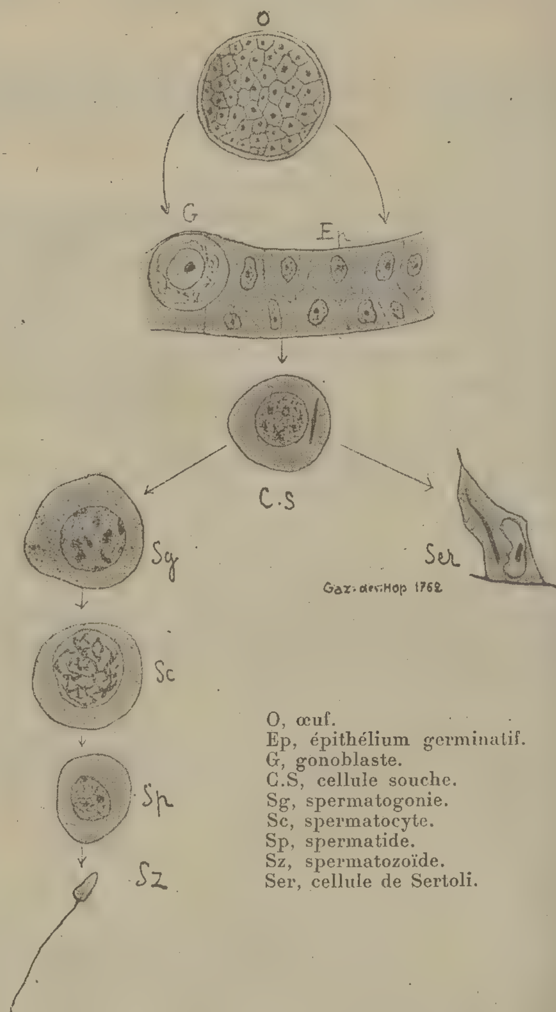


Fig. 2. — *Schéma montrant la filiation des types cellulaires* depuis l'œuf (blastomères somatiques clairs, blastomères germinaux foncés) jusqu'à la lignée séminale et à la lignée sertolienne.

2° **Histogenèse et morphogenèse du testicule.** — L'ébauche génitale se trouve placée, nous l'avons dit, à la partie interne du corps de Wolff ou mésonéphros. Elle poursuit sa différenciation, très simple, parce qu'elle s'effectue en un seul temps, en une seule poussée de cordons sexuels émanés de l'épithélium germinatif (à la différence de ce qui se passe dans la constitution de l'ovaire, qui est beaucoup plus complexe et comprend plusieurs poussées successives).

Topographiquement, cette ébauche voisine avec l'ébauche de la cortico-surrénale qui se trouve placée à sa partie interne, presque sur la ligne médiane du corps de l'embryon. La cortico-surrénale provient, elle aussi, de l'épithélium cœlomique, tout comme le contingent péritonéal de l'ébauche génitale. Enfin, l'ébauche génitale est en rapport de

voisinage avec le scléro-myotome qui donnera naissance à toute une série de formations :

Le myotome : A la musculature du segment du tronc correspondant, à la peau du dos (Cutis Blatt des auteurs allemands) à une partie de la musculature des membres.

Le sclérotome : Aux portions cartilagineuses, osseuses, conjonctives des mêmes segments. C'est donc dans ce carrefour, siège de multiples ébauches organoïdes et de différenciations fort diverses que la première ébauche de la glande génitale se constitue.

Vers la sixième semaine du développement, les cordons sexuels s'isolent de l'épithélium germinatif dont ils procèdent, perdent tout contact avec lui et d'abord rectilignes et courts, s'allongent, deviennent flexueux et s'intriquent. C'est à ce moment qu'ils entrent en rapport avec leurs futures voies d'excrétion.

Le corps de Wolff, en effet, s'est modifié et a évolué. Pendant que, par ailleurs, se constitue le rein définitif, le mésonephros perd son rôle primitif et une partie de ses canalicules (tubes de Mihalcowicz) se met en rapports avec les cordons sexuels, de telle sorte que les canaux excréteurs de la glande génitale seront constitués par des tubes segmentaires du corps de Wolff et par une partie du canal de Wolff lui-même.

Pendant ce temps, le mésenchyme de l'éminence sexuelle se développe pour constituer le tissu conjonctif interstitiel de la glande génitale et se condense à sa périphérie, pour former l'albuginée. Les tubes séminifères sont à ce moment-là au stade d'unification cellulaire et leur revêtement est formé de petites cellules épithéliales isomorphes.

D'autre part, aux dépens de certaines cellules du mésenchyme, interposé entre les tubes, se constitue une première poussée de « cellules interstitielles » du testicule.

Puis, la gonade mâle, ainsi constituée, subit la migration complexe qui, de la région lombaire où se trouvait sa première ébauche, l'amène progressivement à la place qu'elle doit occuper dans les bourses. Au cours de cette migration, un diverticule de la séreuse primitive l'accompagne (canal péritonéo-vaginal), dont une portion s'isole pour constituer la vaginale.

Dès lors (derniers temps de la vie intra-utérine), une toute autre période va commencer, celle de la *préspermatogenèse*.

A ce stade on voit apparaître dans les tubes séminifères les deux types fondamentaux de cellules qui le constituent (cellules mères de la lignée séminale ou spermatogonies, et, d'autre part, cellules de Sertoli). Mais, au stade de préspermatogenèse, l'évolution de ces éléments est incomplète ou irrégulière, ils régressent et cette période peut se prolonger outre mesure dans les testicules en ectopie. Dans l'évolution normale c'est à la puberté que le stade de *spermatogenèse* proprement dit commence, et c'est alors que les canalicules acquièrent leur structure définitive.

Ils comprennent alors :

Les éléments de la lignée séminale;
Les éléments de la lignée sertolienne.

Les *cellules de Sertoli* ont la forme de colonnes implantées par un pied élargi sur la membrane propre du tube séminifère. Leur corps allongé présente des dépressions et des saillies qui s'anastomosent avec ceux des cellules de Sertoli voisines. Parfois les limites des cellules sont fort peu précises; elles paraissent plus ou moins confondues en un syncitium (syncitium sertolien de certains auteurs). Leur extrémité libre regarde la lumière du canalicule et parfois entre en rapport avec des cellules séminales ou des spermatocytes, d'où le nom de cellule en chandelier donné aux éléments sertoliens. Leur noyau, de contours irréguliers, très caractéristique est remarquablement clair, par condensation de la chromatine en un nucléole sphérique environné de corps juxta-nucléolaires de forme irrégulière. Ces cellules auraient vraisemblablement un rôle trophique.

Les *éléments de la lignée séminale* proprement dite comprennent les spermatogonies, les spermatocytes, les spermatides et les spermatozoïdes qui naissent les uns des autres dans l'ordre indiqué.

Les spermatogonies sont des éléments volumineux polygonaux, sphériques ou hémisphériques, à noyau globuleux, à cytoplasme clair pourvu d'un idiozome et d'une paire de centrioles.

La chromatine peut y affecter des dispositions différentes : on décrit le type poussiéreux et le type croûtelleux.

De ces éléments naissent successivement les spermatocytes, les spermatides, les spermatozoïdes par un ensemble de processus histologiques sur lesquels nous n'avons pas à insister ici (cf. les Traités classiques d'histologie).

Quant à l'origine de ces deux lignées d'éléments, nous avons déjà dit que, malgré les controverses qui s'élèvent encore sur ce sujet, on admet l'évolution dualiste d'une cellule souche qui donne naissance tout à la fois à l'une et à l'autre lignée.

Ainsi nous venons de passer en revue d'une façon très schématique les points essentiels de l'embryologie générale de la glande génitale mâle. Pour résumer ce qu'elle a d'important au point de vue de l'étude de ses tumeurs il faut insister sur la diversité d'origine des éléments qui la constituent, sur sa formation dans une région particulièrement complexe, sur la notion récente de l'existence des gonoblastes. On peut résumer de la façon suivante l'origine de ces divers éléments.

Tubes séminifères	Epithélium germinatif.
Tubes droits, rate testis, cônes efférents, épididyme	Formations wolffiennes du mésonéphros.
Cellules interstitielles	du mésenchyme.
Tissu conjonctif banal	Mésenchyme.
Séreuse vaginale	Péritoine.

Classification histologique des tumeurs du testicule. — Nous avons maintenant tous les éléments nécessaires pour établir une classification histologique des tumeurs du testicule. Elle est très simple si l'on prend l'origine embryologique de chaque type pour base. A chaque type distinct d'élément normal correspond ainsi un type de tumeur. De plus, il faut ajouter les tumeurs mixtes d'origine dysembryoplastique (embryomes) que l'on rencontre fréquemment au niveau des glandes génitales. Nous verrons plus loin pour quelles raisons.

Et ainsi, en définitive, la classification histologique des tumeurs du testicule peut être établie de la manière suivante :

Tumeurs germinatives,
Tumeurs endocrines interstitielles,
Tumeurs excréto-génitales,

Tumeurs conjonctives,
Tumeurs de la vaginale,
Tumeurs mixtes : embryomes et leurs dérivés (cancers nés des embryomes).

I. **Tumeurs germinatives.** — 1° ADÉNOME SÉMINIFÈRE. — Ce sont des tumeurs assez rares. Décrites pour la première fois par Pick (1905), puis étudiées par un certain nombre d'auteurs (Chevassu et Lecène, Pierre Nadal); tous les cas actuellement connus concernent des glandes ectopiques. Sur une section ces tumeurs se présentent sous l'aspect de petits nodules demi-transparents, blancs ou jaunâtres, d'une taille variant entre 1 millimètre et 1 centimètre et inclus en plein parenchyme testiculaire.

Histologiquement, ils sont constitués par un amas de tubes très colorables, enroulés sur eux-mêmes, amas séparé du parenchyme testiculaire environnant par une capsule conjonctive. Ces tubes, plus étroits que les tubes séminifères normaux, sont constitués par une mince paroi conjonctive revêtue d'éléments cellulaires le plus souvent fort mal limités et plus ou moins fusionnés en un syncitium rappelant le syncitium sertolien. Somme toute, par leur disposition, leur taille, leur constitution, ces tubes rappellent de fort près les tubes séminifères fœtaux.

Quant à leur origine, si la plupart paraissent résulter de malformations congénitales, certains auteurs, P. Masson notamment, en ont observé au milieu de foyers inflammatoires spontanés ou expérimentaux, ce qui tendrait à les faire considérer comme des tumeurs hyperplasiques.

2° EPITHÉLIOMA SÉMINIFÈRE. SÉMINOME. — Le terme de séminome, depuis la thèse de Chevassu (1906) a une valeur très précise. Il désigne un type néoplasique très caractéristique que ses particularités histologiques permettent de définir comme dérivant de l'épithélium germinatif mâle. Commune dans le testicule, cette tumeur se rencontre exceptionnellement dans l'ovaire, ainsi que l'ont montré les études récentes, et cela pour des raisons que l'embryologie des glandes génitales met parfaitement en lumière (valeur potentiellement mâle de la première poussée de cordons sexuels dans l'ovaire).

Dans le testicule cette tumeur s'observe fréquemment, et l'on peut dire qu'en pratique le séminome et l'embryome sont les deux types de tumeurs du testicule de beaucoup les plus fréquents.

Il n'en est pas moins vrai que la nature véritable et l'origine de ce type de tumeur ont été longtemps méconnues et le sont même encore actuellement par certains auteurs. De là les dénominations de sarcome à grandes cellules rondes, endothéliome, lymphadénome, lymphosarcome. Leur origine a fait naître les interprétations les plus diverses, et c'est aux travaux de Pilliet et Costes (1895) et surtout à ceux plus récents de Chevassu, Borrel et Masson que nous devons les notions précises sur leur origine.

Caractères macroscopiques. — Le séminome se développe en plein parenchyme testiculaire et en s'accroissant l'infiltre et le repousse contre l'albuginée. Le testicule se tuméfie en masse, mais le plus souvent conserve sa forme générale. En moyenne le séminome atteint le volume du poing; on en cite cependant de beaucoup plus volumineux et pesant jusqu'à 9 livres, ce qui est exceptionnel. La tumeur prend naissance en un point quelconque du parenchyme, souvent au voisinage du corps d'Highmore d'après Curling. Elle se développe en infiltrant et en refoulant le parenchyme qui dégénère. L'albuginée constitue longtemps une barrière, mais elle peut être traversée à son tour et le néoplasme se développe dans la vaginale. Parfois celle-ci se remplit d'un épanchement séreux ou hémorragique; parfois aussi des adhérences unissent ses deux feuillets et le cancer gagne alors la peau qui s'ulcère et forme des bourgeons exhubérants (fongus malin).

L'épididyme et le cordon sont envahis peu à peu, mais il faut savoir qu'ils peuvent paraître indemnes alors que déjà, par les lymphatiques, les cellules néoplasiques ont envahi les ganglions lombo-aortiques. La généralisation se fait par voie lymphatique dans les ganglions lombaires, inguinaux, médiastinaux, et par la voie sanguine dans le poumon.

Le séminome forme une tumeur blanchâtre, blanc jaunâtre ou rosée, à limites peu distinctes, le plus souvent semée de marbrures brunâtres ou jaunâtres, de foyers hémorragiques et de zones d'aspect caséeux représentant des points nécrosés. On peut même voir tout le centre du néoplasme nécrosé et représenté par un magma rouge foncé tenant en suspension des grumeaux de tissu conjonctif.

L'aspect macroscopique de ces tumeurs et leur consistance sont des plus variables en raison de la plus ou moins grande abondance du stroma. On peut observer des types encéphaloïdes ou diffluents (épithéliomas séminaux alvéolaires, diffus, etc.) ou au contraire des formes denses squirrheuses (forme squirrheuse du carcinome séminal (Forgue).

Caractères histologiques. — Les cellules du séminome sont particulièrement fragiles ce qui nécessite pour l'étude de ces tumeurs des précautions techniques particulières : on ne doit employer pour la fixation que des fixateurs irréprochables (liquides de Flemming, Bouin, Helly, Regaud) et encore seule la partie superficielle des pièces est-elle fixée de manière satisfaisante. Ce point est de la plus haute importance : c'est faute d'une technique assez parfaite que les auteurs anciens — et même certains auteurs récents — étudiant des pièces où les cytoplasmes mal conservés étaient absents et observant des noyaux isolés dans le réticulum constitué par le stroma ont décrit le lymphosarcome du testicule alors que celui-ci n'existe pas en tant que tumeur primitive. Il s'agit dans tous ces cas, comme Chevassu l'a démontré, de séminomes fixés de manière défectueuse.

Etudié sur des pièces bien fixées le séminome apparaît comme constitué par des cellules assez volumineuses, claires, de taille uniforme, d'aspect polygonal par pression réciproque et groupées en travées plus ou moins volumineuses, en plages plus ou moins étendues que séparent et délimitent des travées de stroma conjonctif riche en vaisseaux.

L'abondance relative des cellules néoplasiques et du stroma est extrêmement variable d'une tumeur à l'autre et même d'un point à l'autre dans une même tumeur. Lorsque le stroma est abondant il dessine d'épaisses cloisons anastomosées, limitant des alvéoles de volume réduit occupés par les cellules tumorales. D'autres fois au contraire il se réduit à quelques minces traînées existant surtout au voisinage des vaisseaux, dessinant des mailles irrégulières fort lâches dans une nappe diffuse et continue d'éléments épithéliomateux. Entre ces deux

types extrêmes on peut trouver tous les intermédiaires et malgré cette variété d'architecture il est peu de tumeurs qui soient aussi identiques à elles-mêmes que les séminomes. Quant au parenchyme testiculaire il est le plus souvent envahi, refoulé, détruit de façon si complète qu'il est très difficile d'en découvrir des vestiges sauf parfois sur des coupes en série. Chevassu reconnaît d'ailleurs que le début des lésions est très difficile à observer.

Les cellules du séminome sont de taille assez uniforme et assez constante, de forme plus ou moins régulièrement polygonale par pression réciproque. Leur diamètre moyen oscille entre 15 et 20 μ, le noyau volumineux rond ou ovalaire mesure 10 μ.

Le cytoplasme est clair, faiblement acidophile et présente aux forts grossissements une structure finement alvéolaire. Il est limité par une enveloppe extrêmement mince. Au voisinage du noyau se trouvent deux centrosomes punctiformes au sein d'une zone archoplasmique très colorable par la fuchsine acide. De plus il contient de fines gouttelettes lipoïdes et un chondriome qui serait formé de mitochondries ou plus rarement de chondriocontes courts.

La trame protoplasmique contient du glycogène en quantité toujours abondante. La fixation à l'alcool absolu suivie de la coloration à la gomme iodée montrent dans le cytoplasme des gouttes brun acajou plus ou moins volumineuses représentant des blocs de glycogène. Mais il est fort probable que pendant la vie le glycogène se trouve répandu à l'état diffus dans le cytoplasme.

Le noyau à contours régulièrement arrondis ou ovalaires est limité par une membrane très nette sur laquelle s'attachent « les mailles externes d'un réseau de linine très serré et très délicat » portant de fines granulations chromatiques, un peu plus grosses aux points nodaux et deux ou trois nucléoles, blocs volumineux qui ont la valeur de plasmosomes.

La multiplication de ces éléments se fait presque exclusivement par karyokinèse : celle-ci est le plus souvent bipolaire avec chromosomes épais et nombreux. Les mitoses pluripolaires sont rares en général et les figures de division amitotique plus rares encore.

Les plages nécrotiques que l'on rencontre çà et là dans les séminomes sont constituées par un magma granuleux andophile résultant de la dégénérescence des éléments cellulaires.

Le stroma plus ou moins abondant est toujours infiltré d'éléments lympho-conjonctifs, parfois très abondants, au milieu de fines fibrilles de collagène formant un feutrage plus ou moins serré. Cette réaction lympho-conjonctive est très constante et très remarquable ; elle présente un grand intérêt au point de vue histologique si on la rapproche des aspects que montre l'histogenèse de la glande normale. Ces cellules contrairement aux éléments tumoraux paraissent dépourvues de glycogène.

En bordure des travées du stroma certaines de ces cellules peuvent prendre des aspects morphologiques rappelant les cellules épithélioïdes et même les cellules géantes tuberculeuses. Il semble qu'à leur contact certaines travées puissent être disloquées et détruites et ensuite remplacées par du tissu scléreux.

Origine du séminome. — L'origine de cette tumeur aux dépens de la lignée germinative ne fait plus aucun doute. La seule difficulté est de fixer la place occupée dans la lignée par l'élément qui lui donne naissance. Il semble que cet élément soit la cellule souche qui — nous l'avons vu plus haut — donne normalement naissance d'une part à la lignée séminale proprement dite, d'autre part à la lignée sertolienne. Que cette cellule souche prolifère directement (cas des séminomes développés sur des testicules estopiques) ou qu'elle soit le stade préalable auquel retournent par dédifférenciation certaines spermatogonies, elle paraît d'après des arguments tirés de la cytologie des éléments néoplasiques être le stade initial à partir duquel se fait la prolifération néoplasique. L'origine éventuelle de la cellule néoplasique aux dépens d'éléments sertoliens doit être retenue également bien qu'aucun fait probant à cet égard n'ait été encore apporté.

II. **Tumeurs endocrines interstitielles.** — 1° Hyperplasies. — Ces tumeurs hyperplasiques des cellules interstitielles du testicule sont fort rares et n'ont guère été signalées que sur des testicules ectopiques. Cependant chez certains animaux au moins (cheval) elles existent dans le testicule en position normale. Elles ont l'aspect de petits lobules isolés dans le parenchyme testiculaire et plus ou moins volumineux. Au point de vue histologique ces éléments ne sont anormaux que par leur nombre et il s'agit plutôt d'hyperplasies localisées que de tumeurs proprement dites.

2° Adénomes et épithéliomas interstitiels. — Les cellules interstitielles (encore appelées cellules de la glande diasthématique) peuvent donner également de véritables tumeurs. Soupçonnées par des auteurs tels que Waldeyer, Nussbaum, von Hansemann, Lubarsch, Mathieu, Stoppato, Ball, elles ont été bien décrites par Chevassu dans sa thèse. Kaufmann, Dürck, Masson, en ont décrit des exemples typiques.

Ces tumeurs se développent dans le testicule ectopique (cas de Chevassu) ou dans le testicule descendu en position normale (cas de Kaufmann). Elles peuvent être bilatérales, leur volume a pu atteindre celui d'un œuf de poule et leur poids dépasser 200 grammes.

Développées en plein parenchyme elles repoussent ce dernier contre l'albuginée.

A la coupe ces tumeurs assez dures ont une coloration jaune foncé et peuvent présenter des cavités de désintégration hémorragique.

Histologiquement leurs éléments sont assez voisins des cellules interstitielles normales. Ce sont des éléments polygonaux volumineux à cytoplasme fortement andophile parfois chargé de pigment ocre et de gouttelettes de graisse. Le noyau est arrondi, pourvu d'un fin réseau de linine peu chargé de chromatine et possède un ou deux plasmosomes. Il existe des éléments plurinucléés. Dans aucun des cas décrits les cellules ne contenaient de cristaux de Reinke.

Quant aux rapports de ces éléments entre eux ils sont des plus variables. Mais en général ces cellules se disposent en cordons anastomosés ou en amas séparés par des travées de stroma. Les limites de la tumeur sont imprécises mais malgré cet aspect infiltrant elles ne semblent pas d'après les quelques cas actuellement connus donner des métastases. On n'est donc pas parfaitement fixé sur le degré de leur malignité. *(A suivre.)*

ACTUALITÉS

A PROPOS DU CONGRÈS DE LA NATALITÉ

Le Congrès de la Natalité qui s'est tenu récemment à Marseille fut sans doute très intéressant. Pour s'y rendre d'abord, quel beau voyage! Descendre la vallée du Rhône, visiter le palais des Papes et les vieux hôtels d'Avignon, s'arrêter quelques heures aux Alyscamps, c'est un itinéraire charmant. Marseille est une bien belle ville; sa population est remuante, gaie, un peu familière peut-être, mais dans l'ensemble aimable.

Ceux qui n'ont pu se rendre au Congrès en ont eu les échos par les comptes rendus de la presse; il semble qu'on ait travaillé, que plusieurs commissions aient apporté des idées et des suggestions utiles. Quels seront les résultats du Congrès? L'avenir nous l'apprendra. L'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française montre aussi une grande activité et répand une brochure de M. Paul Haury, classée première au Concours du prix Michelin de la Natalité. On lit dans cette brochure que la France de Louis XIV ou de 1793 était le plus peuplé des grands pays d'Europe, qu'aujourd'hui la France compte 39 millions d'habitants alors que l'Allemagne en a 63 millions, qu'en 1940, si la situation ne se modifie pas, la France aura 37 millions d'habitants, l'Italie 44 et l'Allemagne 70. De tous côtés, on s'inquiète de notre dépopulation, on demande des remèdes, on s'adresse aux pouvoirs publics pour avoir une « politique de la natalité. »

Nous avons en effet la mauvaise habitude de tendre vers l'Etat, dans maintes circonstances, des bras suppliants pour implorer aide et assistance. Les Ministères, les Conseils généraux et municipaux sont assaillis de demandes; il faut subventionner les Sociétés pour l'amélioration de la race chevaline, les comices agricoles, les orphéons de sous-préfecture; on sollicite aujourd'hui des secours pour les familles nombreuses, en remarquant non sans raison qu'il est certainement plus utile d'aider ces familles que les Sociétés de courses ou de musique. Mais c'est bien en ce qui concerne la repopulation que les adversaires de l'Etatisme auront beau jeu en soutenant que la repopulation dépend avant tout de l'initiative individuelle!

Théoriquement, le problème est très facile à résoudre, et la solution nous apparaît avec une simplicité élémentaire; dans la pratique, les difficultés sont multiples, quelques-unes très grandes, mais non insurmontables si on les aborde avec une courageuse énergie et une volonté tenace.

La solution d'une simplicité élémentaire, en théorie, la voici : il faut que les jeunes gens se marient le plus tôt possible; dès qu'un jeune homme a terminé son service militaire, qu'il songe au mariage et cherche une femme sans plus tarder. Un jeune homme de vingt-deux, vingt-trois ans est ardent, vigoureux; il a devant lui une longue période d'activité génitale dont il pourra et devra profiter pour engendrer beaucoup d'enfants. Que si, au contraire, il épuise ses forces dans les lupanars, que si tardivement il se lasse de ces étreintes inutiles et improductives, il arrivera au mariage déjà un peu usé, peut-être syphilitique et sa postérité sera médiocre, comme quantité et comme qualité. Se marier jeune, avec l'idée bien arrêtée de procréer pendant de nombreuses années, et la question est résolue; M. de la Palice n'aurait pas trouvé mieux.

Mais, ce principe posé et même adopté par la jeunesse, nous nous heurtons aussitôt à des difficultés pratiques. Qu'est-ce, dans la société actuelle, qu'un jeune homme de vingt-trois ans? Rien.

Napoléon Bonaparte recevait à vingt-sept ans le commandement de l'armée d'Italie; Desaix avait trente-deux ans quand il fut tué à Marengo en chargeant à la tête de sa division. On m'objectera d'abord que Napoléon avait du génie et ensuite que je choisis ces exemples dans une époque exceptionnelle, que ces avancements rapides ne se revoient plus, même après nos expéditions coloniales et la guerre de 1914-1918. Je le reconnais, mais il n'en reste pas moins vrai qu'aujourd'hui les grands commandements militaires, les hautes situations administratives, les industries puissantes appartiennent à des hommes qui ont au moins cinquante ans. Les jeunes piétinent et marquent le pas dans des emplois subalternes, aussi bien dans l'armée ou la magistrature, que dans les professions libérales. Or pour se marier et élever une famille, il faut pouvoir boucler son budget.

Un jeune homme sortant de Saint-Cyr est à vingt-trois ans sous-lieutenant; il restera longtemps à deux galons, et cependant c'est un de ceux qui peuvent le plus facilement se marier, puisqu'il a la certitude d'un avenir assuré. Mais le futur médecin, à vingt-trois ans, est encore étudiant, ne pouvant guère se passer des subsides de ses parents; le futur notaire est encore clerc à 500 francs par mois. Beaucoup de jeunes filles hésiteront avant d'accepter une situation modeste, avec les incertitudes de la réussite professionnelle.

Reconnaissons que la vie d'un jeune ménage est aujourd'hui matériellement bien difficile. Je laisse de côté les femmes qui ne rêvent qu'au manteau de fourrure et au collier de perles; prenons le cas d'une jeune femme sérieuse, aimant la vie familiale confortable mais simple : avec deux enfants, c'est la gêne dans le ménage, avec quatre, c'est la misère. Nous connaissons bien, nous médecins, les fatigues et les soucis d'une mère de famille voulant s'occuper de ses enfants et tenir son rang dans la société; quand nous arrivons chez elle le matin, nous la trouvons baignant un enfant, prenant la température d'un autre ou s'occupant de quelque travail de couture.

Stendhal, écrivant à sa sœur, lui conseillait de toujours cultiver son intelligence et de ne jamais perdre une heure à raccommoder des bas. Il y a là quelque exagération; plus d'une femme, bachelière ès lettres, trouve du temps pour tout et n'oublie pas, ne dédaigne pas, après avoir lu quelques pages de Bergson, de surveiller le nettoyage des biberons et la préparation des bouillies. Mais avec les obligations, même réduites, de la vie mondaine, avec les visites, les courses indispensables dans les magasins, une jeune mère est le soir à bout de forces; on comprend, que dans ces conditions, elle soit un peu épouvantée à l'idée d'une nouvelle grossesse. Il faut une grande abnégation et une grande vertu (avec l'étymologie latine *virtus*, courage) pour accepter d'être pendant dix ans, quinze ans, enceinte ou nourrice. Il faut aussi une excellente santé.

Avoir beaucoup d'enfants, c'est facile quand on est très riche ou très pauvre; très riche, on a une gouvernante, des bonnes d'enfants, qui déchargent la mère de tous les soins matériels; très pauvre, on

n'est pas beaucoup moins gueux si l'on a un seul enfant que si l'on en a six. Mais pour la classe ouvrière et la classe moyenne des modestes employés, des petits fonctionnaires, la naissance de chaque enfant a comme conséquence une lourde aggravation des charges familiales. C'est surtout à la ville que la situation est pénible pour les nombreuses familles; il faut non seulement élever les enfants en bas âge, mais encore donner aux plus grands l'instruction qui leur permettra d'aborder diverses carrières. Il en va tout autrement à la campagne pour les cultivateurs; de très bonne heure, les enfants quittent l'école et souvent, avant même d'avoir obtenu le certificat d'études primaires, ils rendent des services à leurs parents, vont garder les bêtes dans les champs et s'initient déjà aux travaux agricoles. C'est pourquoi notre dépopulation est en grande partie liée à la désertion des campagnes et le retour à la terre doit être encouragé, puisque c'est de plus en plus à la campagne seulement que pourront prospérer les nombreuses familles.

En ce qui concerne la classe ouvrière, la petite bourgeoisie, que faire? Peut-être, pourrait-on tendre à généraliser le système des réductions de prix, tel qu'il fonctionne pour les voyages en chemins de fer. Un père de famille qui entre dans un magasin de chaussures pour acheter huit paires de souliers devrait payer chacune d'elles moins cher que son voisin n'ayant qu'un enfant à chausser; il en serait de même chez le boucher et le boulanger. Les bénéfices des commerçants diminueraient, mais ils sont tels en ce moment que personne n'aurait la moindre compassion pour les plaintes de ces nouveaux riches. Il y a aussi la question du sursalaire familial, discuté par certains industriels qui mettent au premier plan le rendement de la main-d'œuvre sans s'inquiéter des charges du travailleur.

Toutes ces questions touchent à des problèmes très difficiles d'Economie politique et ne peuvent être résolues qu'après mûre réflexion. Quant à l'aide nationale aux familles nombreuses au delà du troisième enfant, elle a été votée par le Sénat avec une allocation annuelle de 90 francs!

Pour conclure, si l'on réfléchit à la diminution de la natalité et si l'on cherche les possibilités d'améliorer la situation, on arrive en dernière analyse à reconnaître qu'il s'agit d'une question essentiellement morale (1) et religieuse (2). Les primes, les secours pécuniaires ne feront jamais qu'un jeune ménage désire la naissance de nombreux enfants, si le mari et la femme veulent « vivre leur vie » comme on dit aujourd'hui, veulent passer leur jeunesse en fêtes mondaines ou en ripailles dans les guinguettes de banlieue.

M. BRELET.

Le goitre. Contribution à l'étude de la pathologie et à la thérapeutique des affections de la glande thyroïde, par le docteur F. DE QUERVAIN, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Berne. — Prix : 18 fr. — Genève, Editions scientifiques Atar.

(1) Après avoir signalé les moyens d'encourager les familles nombreuses, M. Millerand, président de la République, disait tout récemment : « Aucun ne doit être négligé. Ils seraient tous inefficaces si les mœurs n'étaient elles-mêmes rénovées. » (Discours d'Evreux, 14 octobre 1923).

(2) « La destruction des croyances religieuses dans notre pays a arrêté net la croissance numérique de notre nation. » (Gustave HERVÉ, *La Victoire*, 17 oct. 1923).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1923)

La plus grande partie de la séance a été consacrée à des rapports de fin d'année : rapport important de M. Wallisch au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance, rapport de M. Camus sur les vaccinations et revaccinations, rapport de M. Carnot sur les sérums thérapeutiques.

Mouvement de la population dans l'Afrique équatoriale française — M. L. BERNARD fait un rapport sur un travail de M. Augagneur intitulé : « Mouvement de la population en Afrique équatoriale française, influence de la maladie du sommeil. »

M. Léon Bernard rapporte les conclusions de la Commission spéciale formée pour l'examiner. Ce travail tend à démontrer que les données acquises sur cette question sont fondées sur des statistiques fausses et que rien ne démontre que la colonisation ait provoqué la dépopulation et l'extension de la trypanosomiase. La Commission pense qu'il appert de ce travail que toute statistique poursuivie dans les conditions offertes par une contrée telle que celle qui est envisagée est nécessairement difficile et suspecte. Tout en enregistrant les faits très intéressants communiqués par M. Augagneur, elle considère qu'il est désirable de ne pas ralentir la lutte engagée contre la maladie du sommeil, et, d'autre part, que les administrateurs de colonies soient aussi souvent que possible de la Commission médicale.

Hygiène de l'enfance. — Le rapport de M. WALLISCH au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance est des plus importants et des plus impressionnants. Il est basé sur un grand nombre de rapports départementaux relatifs à l'année 1921. Il en résulte que le nombre des enfants abandonnés par leur famille et élevés au biberon est de plus en plus considérable. Il s'agit toujours des enfants de zéro à un an. M. Wallisch a fait une enquête portant sur divers départements d'où il résulte que la mortalité de ces enfants abandonnés et élevés au biberon varie entre 50 p. 100 et 75 p. 100.

Comme on était singulièrement impressionné par ces chiffres, M. Wallisch s'est empressé de nous rassurer un peu en nous disant que la situation était, en réalité, moins grave qu'elle ne le paraissait, si on tient compte de certaines considérations qui prouvent que ces statistiques sont faussées.

Nous ne pouvons suivre M. le rapporteur dans les détails qu'il nous donne et dans les modifications qu'il propose d'apporter aux mesures déjà prises pour remédier, autant que possible, à cette très grave situation.

M. Wallisch réclame une surveillance médicale extrêmement serrée des enfants séparés, et aussi de leurs nourrices ou éleveuses, puis diverses autres mesures qu'il faut prendre immédiatement, sous peine d'exposer, par milliers, chaque mois, ces petits exilés.

Très instructive la communication de M. REGAUD sur la **période de latence qui précède les manifestations des effets produits dans les tissus par les rayons X et le radium.**

Prophylaxie des vomissements postanesthésiques. — M. Raoul BLONDEL estime que les vomissements toujours si pénibles, si fâcheux même, qui suivent si souvent l'anesthésie générale par le chloroforme ou l'éther, correspondent à une réaction, non de l'estomac, mais du foie, toujours plus ou moins gravement touché par ces anesthésiques, dont l'effet se porte électivement sur les cellules graisseuses de la glande hépatique en même temps que sur celles du cerveau. Le tympanisme, la dilatation aiguë de l'estomac, la paralysie intestinale, la soif ardente et la précipitation du pouls, ont la même origine lorsque tout soupçon d'infection péritonéale est écarté. Dans les cas de mort tardifs, après l'anesthésie générale, on a toujours constaté, à l'autopsie, l'insuffisance aiguë du foie, souvent même de la nécrose cellulaire.

S'appuyant sur ces faits, M. Blondel s'est attaché à prévenir cette réaction du foie en soumettant, pendant trois ou

quatre jours, le sujet destiné à être anesthésié, à un régime conçu de façon à mettre la cellule hépatique au repos. Il réprouve le jeûne absolu, qui provoque l'acidose, et les purgations qui excitent trop la fonction biliaire. Il remplace celle-ci par des lavages intestinaux quotidiens avec une solution de bicarbonate de soude à 30 p. 1.000. Pendant ces quatre jours, le sujet n'absorbe que des fruits frais, du pain, des gâteaux secs à discrétion et ne boit que de la citronnade naturelle, fraîche ou chaude. On y joint une dose de 4 grammes de citrate de soude par jour en une ou deux fois, et quelques tasses de thé léger ou même de café pour maintenir la tension sanguine à un taux suffisant. Ce régime se ramène, en somme, à la privation des albumines animales (y compris le lait), des graisses et de l'alcool. Il est toujours très bien supporté.

Par ce moyen, l'auteur est parvenu à supprimer, d'une façon presque constante, les vomissements qui suivent l'anesthésie générale : ceux qui appartiennent au début ou au cours de l'anesthésie, et qui, ceux-là, sont d'origine bulbaire, sont moins influencés. Cette méthode, très simple, assure des suites opératoires particulièrement calmes; elle permet même de donner à boire aux opérés très peu de temps après leur réveil, sans provoquer de nausées, ce qui est tout spécialement appréciable et pour le fonctionnement du rein et pour le bien-être général.

Les moyens que nous propose notre collègue, M. Blondel, pour prévenir les vomissements postanesthésiques méritent toute notre attention. Si, comme nous l'espérons, les faits confirment ses données il aura rendu un grand service à la chirurgie.

De l'utilité des mouvements actifs et passifs de l'abdomen pour fortifier les organes intraabdominaux chez la femme et chez l'enfant. — Mme Laurka, après la lecture faite par un des membres de l'Académie d'une note explicative, a fait elle-même une démonstration très suggestive des mouvements en question.

Mme Laurka a étudié tout particulièrement la musculature féminine qui entre en action lorsque la fonction maternelle s'exerce. Elle a constaté qu'en Orient les femmes sont très rarement victimes d'accidents, au cours ou à la suite de cette crise physiologique. Rares sont les organes déplacés, descendus, qui font de si nombreuses infirmes parmi les populations européennes. C'est qu'en Orient on ne se sert pas de sièges, on s'accroupit ou on s'assied sur le sol et cela oblige les muscles du ventre et du bassin à une gymnastique constante.

Toute la méthode de Mme Laurka consiste à exécuter une série de mouvements faits par la patiente ou qu'on lui fait exécuter couchée sur le dos, les reins soutenus par un coussin incliné spécial qui relâche les muscles du dos et la partie inférieure de la colonne vertébrale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 16 novembre 1923)

Diabètes infantiles traités avec succès par l'insuline. — M. Apert présente l'observation d'un jeune enfant de trente mois, atteint de diabète grave qui a été traité avec un succès merveilleux par l'insuline. Non seulement le sucre et l'acétone ont disparu, mais l'enfant a gagné en trois mois près du quart de son poids. C'est une véritable résurrection. M. Apert présente ensuite deux enfants plus âgés également transformés par la cure d'insuline. Il n'y a lieu toutefois d'y recourir que dans les diabètes graves. Ne pas l'employer dans ces cas est coupable.

Les inconvénients sont nuls puisque ce traitement rétablit seulement l'état physiologique à condition toutefois qu'il soit administré à doses et heures et en concomitance avec un régime bien adaptés entre eux. Son emploi s'impose en particulier dans le diabète infantile qui est toujours cachectisant et rapidement fatal.

Rareté de la chlorose. — M. Rist, à propos du procès-verbal, signala la rareté de la chlorose depuis une dizaine

d'année. Cette rareté a d'ailleurs frappé également les auteurs étrangers.

MM. Chauffard, Rivet, Achard, P.-E. Weil, Hallé partagent la même opinion.

M. Fiessinger pense que les chloroses frustes existent encore quand on pratique un examen complet du sang.

M. L. Ramond montre la fréquence des souffles veineux jugulaires en dehors de la chlorose.

M. Rist partage cette dernière opinion.

Evolution et pathogénie spéciales d'une paralysie cubitale survenue neuf ans après un traumatisme du coude. — MM. Pasteur Vallery-Radot et Jacques Krief présentent un homme qui se fit, en 1909, à l'âge de vingt ans, une luxation du coude droit. La luxation fut immédiatement réduite, mais pendant un an et demi il conserva une ankylose du coude. De 1911 à 1918, il n'accuse aucun trouble. En 1918, neuf ans après le traumatisme, apparaissent des fourmillements dans le domaine du cubital et la main prend l'aspect « en griffe ». Après un temps d'arrêt et même rétrocession dans l'évolution de la paralysie, de nouveaux troubles apparaissent en 1920. Actuellement existent des troubles trophiques et moteurs marqués dans le domaine du cubital et l'examen électrique du nerf et de ses muscles tributaires montre des troubles quantitatifs aux courants faradique et galvanique.

La radiographie montre un effacement partiel de la gouttière épitrochléo-olécranienne par suite d'un élargissement anormal de l'olécrâne, d'où compression du nerf. Cette pathogénie est différente de la pathogénie généralement admise pour expliquer les paralysies cubitales tardives après un traumatisme du coude. L'augmentation de volume de l'olécrâne peut être attribuée, soit à une fracture olécranienne qui se serait produite au moment du traumatisme et aurait déterminé un cal anormalement développé, soit, plutôt, étant donnée la lenteur du processus à une ostéopériostose.

Sérothérapie méningococcique de la base cranienne par ponction transcérébro-frontale. — M. Sicard présente un malade atteint de méningite cérébro-spinale, avec contrôle bactériologique, dont l'évolution progressait malgré une sérothérapie rachidienne intensive. L'apparition de paralysies craniennes (oculaire, auditive, faciale) témoignait d'une localisation basale cranienne. L'état général était précaire, l'amaigrissement extrême. C'est alors, cinq semaines après le début de la maladie, qu'une aiguille mousse fut introduite par l'orifice d'une perforation cranienne médicale, et cheminant au travers du lobe frontal jusqu'au plancher cranien, permit de déverser dans les lacs de la base, quelques centimètres cubes de sérum antiméningococcique. A partir de cette injection, les symptômes locaux et généraux s'améliorèrent jusqu'à la guérison complète, qui se maintient depuis six mois, sans aucun incident consécutif.

Un autre cas, à évolution analogue, et traité dans les mêmes conditions, évolua suivant la même terminaison favorable.

Les enseignements de la chirurgie cranienne aussi bien que ceux de la guerre nous permettent de dire que la ponction du parenchyme cranien frontal est inoffensive et indolore.

M. Achard, à propos d'un cas, considère que la ponction ventriculaire doit toujours être pratiquée quand la sérothérapie rachidienne n'amène pas l'amélioration habituelle.

M. Lesné insiste sur la méningite du nourrisson dans laquelle il faut toujours recourir aux injections ventriculaire et rachidienne.

Le diagnostic radiologique de la dilatation bronchique de l'enfant au moyen des injections de lipiodol. — MM. Armand-Delille, Darbois, Duhamel et Marty ont appliqué à l'étude des bronches, chez l'enfant, la méthode du lipiodol de Sicard et Forestier, déjà employée pour l'étude des lésions pulmonaires par Sergent et Cothenot. Par l'injection intratrachéale de 10 centimètres cubes de lipiodol, ils ont obtenu de très belles images de bronches saines ou ectasiées, soit sous forme de dilatations multiples, soit sous forme d'ectasie limitée. Ils ont de même, à titre de contrôle, obtenu des silhouettes de cavernes tuberculeuses entièrement dessinées par le même procédé. Leur communication est accompagnée de la projection de clichés des plus démonstratifs. Ils insistent sur l'intérêt de ce procédé dans les problèmes qui se posent lorsqu'on constate par l'auscultation, chez l'enfant, des signes pseudo-cavitaires dont l'interprétation est restée jusqu'à présent bien souvent impossible pendant la vie du malade, et montrent l'importance qu'a cette méthode pour le diagnostic de la dilatation bronchique.

M. Sergent rapporte trois observations très intéressantes de dilatation bronchique, et le cliché qu'il projette montre l'importance des injections intratrachéales pour le diagnostic parfois si difficile à poser.

M. Claisse insiste sur la méthode des injections sous-glottiques facile à pratiquer.

Adénite inguinale d'origine appendiculaire ayant simulé un bubon pesteux. — MM. Boidin et L. de Gennes rapportent l'observation d'un malade chez qui la présence d'une volumineuse inguinale avec périadénite accompagnée de types généraux graves avait fait penser à la possibilité d'un cas de peste bubonique.

La négativité des examens de laboratoire (recherche du bacille de Yersin dans la sérosité, inoculations, réaction de déviation du complément) avait fait rejeter ce diagnostic.

La mort survint malgré l'intervention chirurgicale.

L'autopsie montra un appendice long de 27 centimètres engagé dans un trajet herniaire crural. L'extrémité sphacélée en un point très limité était implanté dans le ganglion de Cloque, d'où l'infection anaérobie avait gagné les ganglions superficiels.

Le bubon dominait le tableau clinique. L'atteinte de l'état général s'expliquait par la diffusion septicémique de l'infection : aortite végétante, broncho-pneumonie, volumineux infarctus rénal.

Fibromyome de l'iléon avec hémorragie intestinale mortelle. — MM. Boidin et de Gennes présentent un volumineux fibromyome développé aux dépens de la tunique musculeuse du grêle auquel il était relié par un pédicule étroit. Il ne s'était manifesté cliniquement que par les signes d'une hémorragie intestinale mortelle. Cette hémorragie s'explique par la présence de grosses veines sous-séreuses dont l'une thrombosée au niveau de son trajet sous-muqueux s'était ouverte dans la cavité intestinale.

La thoracoplastie extrapleurale pour tuberculose pulmonaire. — M. Ameuille présente quatre malades à caverne pulmonaire unilatérale large, chez lesquels le pneumothorax artificiel a été impossible, et qui ont bénéficié, d'une façon très marquée, de la thoracoplastie extrapleurale au point qu'à l'heure actuelle ils ne présentent plus aucun symptôme fonctionnel.

M. Lardennois, qui a opéré lui-même trois de ces malades, décrit la technique employée. Il emploie la polycostectomie paravertébrale large et insiste sur l'importance de la section de la première côte.

Mécanisme et signification des différentes raies vasomotrices. — MM. Tinel, Santenoise et Schiff étudient les différentes raies vasomotrices et de leurs recherches, ils concluent que la raie rouge provoquée par la pointe d'une épingle est la seule raie vaso-motrice véritable, la seule, par conséquent, qui permet d'explorer les voies vasomotrices et les centres vasomoteurs.

Le sympathique cervico-thoracique, par le professeur Thomas Jonnesco. 1 vol. gr. in-4° de 92 pages avec 34 figures et 10 planches inédites en noir et en couleurs. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Tumeurs du nerf auditif, par le professeur Harvey Cushing (traduct. de MM. Deniker et Th. de Martel). 1 vol. gr. in-8 de 430 pages avec 262 figures. — Prix : 38 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 novembre. — MM. L'Hirondel et Darcissac, 19; Merville, 14.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 22 novembre. — Questions données : « Formes cliniques de la méningite tuberculeuse. — Complications des varices des membres inférieurs, sans le traitement de ces complications. »

MM. Salvan, 12; Georges (Paul), 27; Cohen, 28; Romeyer, 21; Lévy (Robert), 27; Bureau (Robert), 28; Jany, 32; Rémy-Néris, 28; Grama, 22; Mlle Dreyfus-Sée, 36.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 22 novembre 1923. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du cæcum et de l'appendice. »

MM. Even, 12; Goduillon, 11; Ducas, 20; Georges, 14; Ficonetti et Boelle, 12; Douvry, 11; Devoucoux, 8; Mlle Forthomme, 14.

Pathologie. — Séance du 23 novembre 1923. — Question donnée : « Formes cliniques de l'appendicite aiguë. »

M. Lelourdy, 12; Mlle Selikovitch, 14; MM. Lersch, 12; Marcus, 16; Paul (Georges), 11; Marty, 14; Martin-Fleury, 13; Lelièvre, 10; Lacoste, 12; Mlle Lamberjack, 16; MM. Hurpy, 10; Lebenthal, 13.

Hopitaux de province. — Montpellier. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Vidal, Lapeyrie, Chardonneau, Bonnet et Guibal.

Internes provisoires : MM. Marchand, Montagne, Chaptal, Mlle Gaussel, MM. Falguairolle et Sacaze.

Questions sorties. — Ecrit : 1° Obstruction calculeuse du cholédoque; 2° Symptômes et diagnostic des compressions médullaires.

Oral : 1° L'hypophyse, anatomie et physiologie; 2° Rupture utérine pendant le travail; 3° Les urticaires; 4° Epreuve clinique : examens de malades de médecine et chirurgie.

— Tours. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Stauffer, Lieffring, Lebleu, Tulasne, Vialle et Dupuy.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Mercat, Kernevez, Labussière, Thorain, Salmon, Dubois, Yvonneau, Dillard, Joly et Mouillet.

Faculté de médecine de Paris. — M. Sicard, agrégé des facultés de médecine, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Rénon, décédé.

M. Guillain, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé, à partir du 1er novembre 1923, professeur de clinique des maladies du système nerveux à ladite Faculté, en remplacement de M. Pierre Marie, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Facultés de médecine. — Strasbourg. — La chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Strasbourg est déclarée vacante.

Écoles de médecine. — Angers. — Un concours s'ouvrira le 24 juin 1924 devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite école.

— Tours. — Après concours, M. Lieffring est nommé prosecteur à l'Ecole de médecine et M. Stauffer aide d'anatomie.

Une visite de M. Roger, doyen de la Faculté de médecine, a l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — Mercredi 14 novembre, M. le Doyen a rendu visite à l'Association corporative des étudiants.

Quelques membres du Comité reçurent le doyen, et le remercièrent d'être venu se rendre compte lui-même de l'activité et de la prospérité de la Corpo.

Cette visite fut des plus simples. Dans le modeste bureau du secrétariat, le doyen parla longuement des besoins des étudiants en médecine et s'enquit de leurs désirs. Il apportait d'ailleurs une bonne nouvelle : la demande que, la veille, le

Comité lui avait présentée, était accordée. M. Roger parla longuement du rapport sur le régime et le mode de paiement des inscriptions qui lui avait été adressé par le Comité de la Corpo. Il en discuta quelques points et promit de l'examiner avec le plus grand désir d'adopter les solutions préconisées par l'Association corporative. Il remarqua d'ailleurs que certaines des modifications proposées s'alliaient étroitement à celles que lui-même avait déjà faites, à maintes reprise, à l'Administration. M. le Doyen répondit ensuite à certaines demandes et exposa dans ses grandes lignes le projet de réorganisation des études médicales. La question de l'externat fut abordée et discutée, puis celle du P. C. N. A ce sujet, M. le Doyen montra aux jeunes gens qui l'entouraient toutes les difficultés auxquelles on se heurte lorsqu'on veut faire évoluer des programmes, et il exprima tous ses regrets de voir ses efforts rester vains.

Les étudiants firent ensuite parcourir les locaux de l'Association corporative à leur visiteur.

M. le Doyen put ainsi constater les nombreuses facilités de travail mises par l'Association corporative à la disposition de ses adhérents.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS. — Un médecin parisien vient de faire don à l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris, de vingt bourses destinées à des externes candidats à l'internat. Ces bourses doivent défrayer entièrement leurs bénéficiaires de leurs frais de conférences (pathologie interne, pathologie externe et anatomie) durant l'année scolaire 1923-1924. Ces bourses pourront être continuées l'année suivante.

Suivant la volonté du donateur, le soin d'attribuer ces bourses sera confié à une Commission spéciale, composée exclusivement des docteurs en médecine, membres du bureau de l'A. E., commission qui pourra s'entourer de tous conseils, jugés par elle utiles. Aucune lettre de recommandation ne pourra être prise en considération.

Les candidats à l'obtention de ces bourses devront adresser, avant le 1er décembre 1923, une lettre de candidature au docteur Béhague, secrétaire général de l'A. P. E., 1, rue de Villersexel, Paris VIIe, lettre dans laquelle ils feront connaître :

1° Leur état civil; qu'ils sont Français ou ont servi dans l'armée française (cette condition ne saurait souffrir l'exception).

2° Leur situation familiale et, notamment, s'ils appartiennent à une famille nombreuse.

3° La situation et la profession du chef de leur famille; son domicile. Indiquer également si les candidats sont mariés et père de famille.

4° Leur situation vis-à-vis de la Faculté et leurs états de service dans l'Assistance publique.

Ils pourront joindre à leur demande toutes les pièces justificatives qu'ils jugeront nécessaires.

Il est bien entendu que personne, hormis la commission d'attribution ne connaîtra les titulaires des bourses.

ENVOYEZ VOS LIVRES A LA BIBLIOTHÈQUE DE TOKIO. — La bibliothèque de Tokio a été complètement détruite par le tremblement de terre. Le Rapprochement universitaire, dont le siège social est au Cercle de la librairie, 127, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), s'occupe de réunir le plus possible de volumes français de tous genres, littéraires, scientifiques, médicaux, pour les envoyer d'urgence aux Japonais.

Prière d'adresser les livres au professeur Caullery, 117, boulevard Saint-Germain, qui se charge de les faire parvenir au Japon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Bastard (de Paris); Dessy (de Wavre, Belgique); Larrivé (de Paris); Linossier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin consultant à Vichy; Victor Ouvrier, ancien sénateur; Pineau, conseiller général de la Vienne; Richard-Lesay (de Lille).

Le Docteur MICHAUX

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Paul Michaux, chirurgien honoraire des hôpitaux, président fondateur de la Fédération gymnastique et sportive des patronages de France.

Michaux, qui avait été l'un des internes les plus distingués de Léon Labbé, était un travailleur assidu. D'une bonté et d'une douceur sans égales à l'égard des malades, il n'avait pas tardé à se distinguer et à acquérir, de bonne heure, une réputation de bon aloi. Arrivé aux hôpitaux, il fut un des membres les plus actifs de la Société de chirurgie et fut parmi les premiers chirurgiens qui dirigèrent leurs efforts vers la chirurgie hépatique. Nombreuses furent les communications qu'il fit, sur ce sujet, aux sociétés savantes.

Sous son aspect un peu timide et froid, Michaux cachait une vive intelligence et une grande finesse d'esprit. C'était un chirurgien habile et surtout consciencieux. C'était aussi un éducateur. Doué d'une véritable vocation pour l'enseignement, Michaux avait fondé la conférence Laënnec d'où sont sortis tant d'internes des hôpitaux et un grand nombre de nos maîtres actuels.

Modeste, fuyant le bruit et la réclame, c'était surtout par la haute dignité de son caractère, par sa grande bonté envers ses malades, sa bienveillante affection pour ses élèves, son vigilant souci de l'honneur professionnel, la sincérité de ses convictions religieuses, que notre aimable collègue commandait le respect et l'estime de tous.

Arrivé au moment de la retraite, il eut quelque peine à accepter le repos qu'il avait bien gagné et il se consacra avec un zèle et un dévouement inlassables à la Fédération gymnastique et sportive des patronages de France qui a formé tant de braves défenseurs de la patrie.

Pour tous ces services éminents Michaux a reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur seulement à la fin de la guerre. En apprenant cette nomination si tardive on n'a pu se défendre de certaines comparaisons qui font encore mieux ressortir le beau désintéressement et l'extrême modestie de notre regretté collègue. Il était âgé de soixante-neuf ans.

Michaux laissera parmi nous le souvenir d'un brave et honnête homme, un parfait modèle de probité et de conscience professionnelles.

Les obsèques ont eu lieu mardi, à Saint-Thomas-d'Aquin, au milieu d'une affluence considérable de confrères, d'amis et d'une jeunesse reconnaissante.

Nous adressons à Mme Michaux l'expression de notre très respectueuse sympathie. A. BROCHIN.

AVIS

Aux termes de la loi du 1er juin 1923, le numéro du registre du commerce doit figurer sur les annonces. A la date du 5 décembre prochain expire le dernier délai accordé pour l'accomplissement de cette formalité.

Nous prions donc nos clients d'annonces qui n'auraient pas encore donné leurs instructions de vouloir bien les adresser, sans délai, au service de la publicité du Journal, 54, rue Jacob, Paris (VIe). LA DIRECTION.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

BACTÉRIOLOGIE & MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

VARIOLE. VACCINE

Epidémiologie.

A monograph on small pox in the negro and negroide types of British West Africa. (SOLWYN CLARKE. *John Bale et Damelson,* London 1922.)

Variola. (SINDERSON. In BAGDAD. *Edimb. med. Journ.*, 1922, n° 29, p. 18.)

Small pox incidence and measures of control in American and Canadian cities. (FRAENKEL. *Amer. Journ. public Health,* 1922, n° 11, p 279.)

Symposum on small Pox. (FORCE (J.-N.). *Amer. Journ. of public Health,* 1922, n° 11, p. 119)

Menace of unvaccinated. (HEISER. *Journ. of amer. med. Assoc.*, sept. 1923, n° 181, n° 1329, p. 1070.)

SOLWYN CLARKE, dans sa thèse de Londres (1922), constate une recrudescence de variole dans les districts d'Accra et de la colonie de la côte d'Or, qui en était relativement exempte depuis 1900. La grande majorité des habitants de cette côte n'est pas vaccinée et les formes observées furent très graves (variole hémorragique dans 97 p. 100 des cas). La mortalité fut de 27,6 p. 100. La cause de cette sévère épidémie paraît résulter de l'arrivée dans les ports du Lagos et du Nigérian de quelques malades atteints de varioloïde. L'épidémie s'arrêta à la suite d'un isolement sévère des malades et d'une large pratique de la vaccination.

SINDERSON a étudié 68 cas de variole à l'hôpital civil de Bagdad avec 43 décès (25 p. 100); 139 malades étaient âgés de moins de dix ans.

FRAENKEL, à propos d'une enquête instituée par la Compagnie d'assurance « Métropolitan Life » a essayé d'établir le pourcentage de la mortalité par variole aux Etats-Unis et au Canada depuis 1919. Il a pu avoir des renseignements précis dans 243 villes. En 1919, dans 140 villes, il compte 14.335 cas; en 1920, dans 154 cités, 19.104 cas. La plus forte proportion de cas se rencontra surtout dans les villes des montagnes rocheuses, dans celles de la Côte du Pacifique et au Canada.

La mortalité totale a été de 18 p. 100, soit 1 p. 100.000 habitants.

FORCE, professeur d'épidémiologie à l'Université de Californie, trouve également une forte proportion de variole sur la Côte californienne, surtout chez les enfants. La courbe des cas de variole monte rapidement jusqu'à l'âge de onze ans, où l'influence bienfaisante de la vaccination se fait sentir, 50 p. 100 des cas sont observés avant la vingtième année. Le nombre considérable d'enfants non vaccinés fréquentant les écoles rappelle les constatations de la période pré-jennérienne.

HEISER attire de nouveau l'attention sur le danger de la variole qui, 127 ans après la découverte de Jenner, menace encore des millions d'individus que la stupide campagne des antivaccinateurs a privé des bienfaits de la vaccine. Dernièrement encore, aux Philippines, on a enregistré plus de 50.000 décès du fait de la variole.

Aux Etats-Unis le nombre des non-vaccinés est encore suffisamment élevé pour que le danger soit menaçant. Heiser cite notamment le cas de la Californie du Sud où 15 cas de mort furent dus à l'influence des « chiropracteurs » qui avaient fait une violente campagne contre la vaccination. A signaler d'ailleurs qu'un de ces propagandistes succomba lui-même à la variole à Domer. A Kansas City également, un médecin « éclectique » refusa la vaccination lors d'une épidémie de variole et en succomba. Et cependant, ajoute l'auteur, les preuves d'efficacité de la vaccine ne sont plus à donner. Il cite notamment le cas des Philippines où la vaccination entreprise à partir de 1918 a fait tomber de 50.000 à quelques unités la mortalité de la maladie. A Demer, sur 21 décès 18 n'avaient jamais été vaccinés et les autres ne l'avaient pas été depuis cinq ans.

Il insiste sur les complications de la variole, en particulier la cécité, et invite tous les médecins à faire un sérieux effort pour la vaccination.

J. PARAF.

Jenner et la vaccine. (L. CAMUS. *Presse méd.*, 1923, n° 31, p. 97.)

La variole à Marseille de 1916 à 1922. Nécessité de revaccination. (ARNAUD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1923, 3e série, n° 89, p. 69.)

Vaccine et variole. (TEISSIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1923, 3e série, n° 89, p. 111.)

Zur intrakutane Pockenimpfung. (FRANKENSTEIN. *Deut. med. Woch.*, 1922, n° 48, p. 1 00.)

Small Pox and vaccination. (MINISTRY OF HEALTH. *Reports of public health add med. subjects,* 1922, n° 3, p. 106.)

CAMUS, reprenant dans une étude d'ensemble les résultats de la vaccination de Jenner montre combien le danger de mort par vaccination est illusoire à côté des bienfaits de cette méthode. Il la compare notamment à la méthode de variolisation pratiquée antérieurement et qui, loin de faire reculer la maladie, contribuait au contraire à la disséminer.

ARNAUD, de l'étude de 121 cas de variole faite à Marseille, conclut à la nécessité de la revaccination pendant le voyage pour tous (passagers et équipage). Seuls peuvent en être exempts ceux qui présentent un certificat de vaccination datant de moins de cinq ans.

TEISSIER compare la mortalité pour variole durant la guerre de 1870 où 200.000 soldats en furent atteints avec 18.000 décès à celle de la dernière guerre où cependant les conditions étaient si favorables à sa dissémination et où on n'enregistra que 26 cas (Marocains, Algériens ou Nègres) qui avaient échappé à la vaccination. Si l'armée n'avait pas été vaccinée c'est plus de 200.000 décès que l'on aurait à déplorer parmi les troupes.

FRANCKENSTEIN a employé la méthode de vaccination intra-cutanée qui aurait sur le procédé sous-cutané l'avantage d'éviter la formation de pustule et l'éclosion d'eczéma, sur 60 nourrissons de moins d'un an. Cette méthode lui paraît particulièrement indiquée à cet âge, car on peut continuer la balnéation, et il ne se produit jamais de complications infectieuses.

Le MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE BRITANNIQUE a publié son rapport annuel sur la vaccination en 1922. Sur 903.273 nouveau-nés (41,9 p. 100) furent seulement vaccinés. Sur les 58 p. 100 restant, 46 p. 100 étaient « consciencious objectors ».

Sur 3.268.897 premières vaccinations faites depuis 1911 le ministère ne relève que 68 morts dont le certificat mentionne la vaccine comme cause probable de la mort. Encore dans grand nombre de ces cas il est évident qu'on ne saurait justement incriminer toujours la vaccination, il y avait notamment souvent coïncidence de rougeole, de broncho-pneumonie.

J. PARAF.

Sur l'alastrim. (Léon BERNARD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2 oct. 1923.)

Alastrim in Jamaica. (MAC CALLUM et MOODY. *Amer. Journ. of Hyg.*, 1922, n° 1, p. 388.)

The relation of alastrim to small Pox. (WATKINS. *Med. Record*, 1921, n° 100, p. 1149.)

Alastrim. (MOODY. *Amer. trop. med. Journ.*, 1922, n° 16, p. 21.)

M. Léon BERNARD a eu l'occasion d'étudier quelques cas d'alastrim, maladie épidémique, qui se rencontre aux Antilles et qui rappelle la variole et la vaccine par le caractère de son éruption. Elle paraît cependant plus bénigne.

M. CAMUS estime qu'il s'agit de variole fruste comme le prouverait l'immunité presque complète des vaccinés.

MAC CALLUM et MOODY ont étudié une épidémie de la même alastrim survenue en 1920 à la Jamaïque. L'infection avait été importée par Cuba, du Sud Amérique, où il y en avait quelques cas. La mortalité fut faible, sur 2.333 cas 10 moururent, 5 femmes, 2 hommes, 3 enfants.

MOODY a continué à étudier l'évolution de cette maladie à la Jamaïque. En 1921, il y eut encore 2.912 cas à Kingston et 6.000 dans toute l'île.

Sauf chez le nouveau-né le pronostic est bon (4,5 pour 1.000 décès). Il pense que la vaccination atténue beaucoup la gravité de la maladie chez l'adulte.

WATKINS a étudié également l'alastrim à Saint-Domingue. Pas de cas mortels. J. PARAF.

OREILLONS

Pancreatis following munps. (FARMAN (L. W.). *Amer. Journ. of med. sciences*, 1922, n° 163, p 859.)

Eine seltene Varietät von Mumps Epidemia. (SCHWARZKOPF. *Wiener med. Woch.*, 1922, n° 72, p. 974.)

Mumps. Epidemiologie and influence of the disease on non effective rate in the army. (SINCLAIR. *Mitt. surg.*, 1922, n° 50, p. 626.)

Polynévrite postourlienne à forme pseudo-tabétique. (PITRES et MARCHAND. *Progrès méd.*, 1922, n° 37, p. 397.)

Les traitements nouveaux des oreillons. (MAILLÉ. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1922, vol. XCIV, p. 12.)

FARMAN a réuni 119 cas de pancréatite ourlienne. Dans la plupart des cas un diagnostic clinique put être porté. Dans 28 cas il y eut un intervalle de quatre à sept jours entre l'infection parotidienne et l'atteinte pancréatique; dans 4 cas, quinze jours. Chez 4 malades l'intervalle était inférieur à quatre jours, chez 5 la pancréatite précéda l'infection parotidienne.

La durée de la pancréatite est variable, vingt-quatre à quarante-huit heures dans la majorité des cas. La guérison est la règle. Seulement dans un cas on fut obligé d'intervenir.

SCHWARZKOPF cite le cas d'une fillette de onze ans qui eut une localisation unique des oreillons à la glande sous-maxillaire. Aussi au début pensa-t-on à un hématome, puis à un abcès dentaire, le diagnostic ne fut posé que quand une sœur de la malade présenta des oreillons typiques.

Selon SINCLAIR, le pourcentage des cas d'oreillons dans l'armée avant la guerre était d'environ 10 p. 1.000. Ce pourcentage a augmenté pendant les années de guerre (231.490 cas entre 1917 et 1919). Constamment 2,5 pour 1.000 soldats furent immobilisés par les oreillons (3.450 hommes étaient continuellement hors de service). Ce furent surtout les Etats du Sud et la nouvelle Angleterre qui furent les plus atteints. C'est en hiver qu'ils sont le plus fréquent.

PITRES et MARCHAND rapportent un cas de polynévrite ourlienne chez un soldat de vingt ans. Les symptômes furent accusés, douleurs, puis paralysie et atrophie. La paralysie atteignit les quatre membres avec abolition des réflexes achilléens et rotuliens, crémastérien et abdominal. La paralysie diminua rapidement. Plusieurs mois après il ne subsista qu'un certain degré d'incoordination qui s'atténua. L'auteur cite 3 cas analogues de Joffroy (1886), Reinhold (1896), Gallavardin (1898).

MAILLÉ a constaté que le choc produit par l'injection d'électrargol a un heureux effet sur l'évolution de l'orchite ourlienne. J. PARAF.

INFLUENZA

Experimental studies of the naso pharyngeal secretions from influenza patients. (Peter OLITSKY et F. L. GATES. *Journ. of experim. med.*, mars-avril 1923, t. XXXVII, p. 363 et 471.) — Continuant leurs recherches sur l'étiologie de la grippe et la valeur du B pneumosyntés isolé par les auteurs et qu'ils croient être l'agent spécifique de l'influenza, les auteurs ont pu retrouver dans le sérum des convalescents des agglutinines et des précipitines vis-à vis de ce germe. Les sérums de sujets normaux sans grippe récente ont toujours donné des résultats négatifs. La vaccination de l'homme. Avec des cultures chauffées de B pneumosyntés ne donne que des réactions légères et s'accompagne de l'apparition d'agglutinines spécifiques dans le sérum des vaccinés. J. PARAF.

Observations of virulence of B. Influenzae. (PARKER (J.), Frederic and Julia E. PARKER. *Proc. of the Soc. of exp. biol.*, 1922, vol. XX, n° 1, p. 23.) — Des inoculations pratiquées avec des races de virulence variable du B. influenza ont montré qu'avec une souche virulente (provenant d'une méningite) la mort par septicémie survient après injection intratrachéale, intracérébrale ou gastrique. Avec une race peu virulente, la mort est plus irrégulière. La chute de la virulence du bacille est une notion qui a son importance au point de vue épidémiologique. J. PARAF.

Investigations in to the occurence and classification of the haemoglobinophilii bacteria. (Martin KRISTENSEN. Copenhague 1922.) — Etude complète sur les bacilles hémoglobinophiles, et en particulier le B. Pfeiffer.

Kristensen ne pense pas à la spécificité pathogène du B comme agent de la grippe. Il ne l'a relevé que rarement en 1918 plus fréquemment en 1919 et 1920 (35 p. 100 des crachats, 51 p. 100 des autopsies). Il a rencontré avec une égale fréquence le B. de Pfeiffer au cours de la rougeole et de la coqueluche et même chez des personnes saines (8 à 100 p. 100 des cas) selon les milieux étudiés. Cependant il est incontestable que le nombre de porteurs de B. de Pfeiffer augmente lors des épidémies, et Kristensen pense que la présence de ce bacille chez les grippés est un phénomène secondaire.

La seconde partie du volume est une étude de ce bacille basée sur celle de 800 souches.

Le bacille de Pfeiffer possède des caractères constants et nets qui permettent de le différencier nettement des bactéries voisines telles que B. hemoglobinophiles canis : bâtonnet fin, gram négatif, sans spore, ne se développant pas sur gélose-ascite ou gélose simple, mais seulement en présence de globules rouges, et surtout dans le voisinage d'autres colonies microbiennes, caractères qui manquent aux espèces voisines. J. PARAF.

Morphologie der haemoglobinophilen Bazillen in die Influenza Frage. (W. LEWINTHAL. *Centralbl. f. Bakt.*, 1922, t. LXXXIX, p. 132.) — Lewinthal distingue quatre types de B de Pfeiffer qui se caractériserait par le pléomorphisme de leur aspect (cocciforme, formes filamenteuses sphériques) ou leur activité hémolytique. Cependant la sérologie montre l'unité de ces variétés.

Epidemiology of colds in infants. (W. F. WINHOLT et Ed. O. JORDAN (Chicago). *Journ. of amer. med. Assoc.*, 28 juillet 1923, vol. VIII, n° 4, p. 280.) — L'étude de 500 nourrissons avec rhume et celle de 500 sans rhume montre que l'apparition d'un rhume chez un nourrisson est en rapport dans l'immense majorité des cas avec la présence de rhume chez un autre membre de la famille.

Dans presque tous les cas, le rhume de la mère est suivi de la contagion de l'enfant.

La période d'incubation est courte. J. PARAF.

Pneumococcies prolongées de l'enfance. (P. LEREBOULLET. *Paris méd.*, 8 sept. 1923, n° 36, p. 189.) — Dans de nombreux cas chez l'enfant l'infection pneumococcique n'a pas l'allure rapide de l'évolution de la pneumonie — et on peut observer des infections subaiguës ou chroniques — importantes à connaître à cause des difficultés diagnostiques qu'elles soulèvent :

Pneumonies prolongées qui simulent la tuberculose ou la fièvre typhoïde, surtout intéressante à dépister chez le nourrisson où elles peuvent s'extérioriser par une fièvre à grandes oscillations, par un foyer du sommet, ou une série de foyers congestifs pulmonaires.

Il faut connaître également les pleurésies pneumococciques

subaiguës et chroniques et ne pas conclure trop vite à la tuberculose.

Enfin la septicémie pneumococcique sans localisation n'est pas rare chez le nourrisson, terminée parfois par des manifestations pyohémiques multiples : otites, ostéo-arthrites, etc.

La bactériologie, la radiologie seront le plus souvent nécessaires pour compléter le diagnostic.

La sérothérapie antipneumococcique a donné dans ces cas de bons résultats à Lereboullet par voie intramusculaire ou sous-cutanée.

J. PARAF.

ROUGEOLE

Les laryngites de la rougeole chez les enfants. (P. Nobécourt. *Journ. des prat.*, 7 juillet 1923.) — Dans une clinique des Enfants-Malades, le professeur Nobécourt fait une étude complète des laryngites de la rougeole : laryngites précoces parfois et marquant le début, plus rarement striduleuses, laryngites tardives beaucoup plus graves avec lésions ulcéreuses dont il rapporte deux observations particulièrement suggestives.

Prophylaxie.

Séro-prévention de la rougeole. (Robert Debré et Jouannon. *Revue d'hygiène*, août 1923, t. XLX, n° 8, p. 703.)

Prophylaxie de la rougeole par les injections de sérum de convalescents. (Ch. Beutter. *Loire méd.*, avril 1923, n° 4, p. 169.)

Prévention de la rougeole par injection préventive de sang frais total citraté de convalescent. (Lauze. *C. R. de la Soc. méd.-chir. de Montpellier*, juin 1923.)

Prophylaxie de la rougeole par injections de sang frais citraté prélevé sur des convalescents. (Ruelle. *Pédiatrie pratique*, mai 1923, n° 20.)

Use of convalescent serum as prophylactic in measles. (Peterson et Conroy. *Ohio State med. Journ.*, fév. 1923, vol. XIX, n° 2, p. 97.)

De plus en plus l'usage du sérum de convalescents pour la prévention de la rougeole s'est répandue et son efficacité s'est affirmée (voir *Gaz. des hôpit.*, 21 déc. 1922, et *C. R. de la Soc. méd. des hôpit.*, mars-avril 1923).

Robert Debré et Jouannon ont exposé dans un article de la *Revue d'hygiène* comment ils avaient appliqué ce procédé à l'hôpital Bretonneau. Dans la plupart des cas ils croient préférable d'injecter le sérum dans les derniers jours de l'incubation, ce qui n'évite pas la maladie, mais donne une rougeole atténuée et immunisant définitivement contre les atteintes du mal. Les résultats ont été très satisfaisants.

Même confirmation de Ch. Beutter à Saint-Etienne qui a pratiqué chez plus de 60 enfants de son service ou de pouponnières des injections de sérum de convalescents avec d'excellents résultats. Il a ainsi évité la fermeture d'une pouponnière et la propagation de la rougeole dans des collectivités où elle aurait été très meurtrière.

Lauze, au cours d'une épidémie de rougeole, a fait une injection de sang frais total citraté de convalescent à 9 enfants en contact avec les rougeoleux, 8 n'ont rien eu. Un seul a présenté un léger catarrhe nasal et pharyngé, sans trace d'éruption.

Ruelle a également employé le sang frais total de convalescent (5 centimètres cubes) chez 5 enfants débiles avec d'excellents résultats.

A Cincinnati, Peterson et Conroy ont injecté du sérum de convalescents chez des enfants exposés à la contagion. Aucun cas de rougeole.

J. PARAF.

FIÈVRES TYPHOIDES ET PARATYPHOIDES

Panoftalmia metastatica tifica. (Sinferians Garcia Mansilla. *Revista Cub Oftalmologia*, juin 1922.) — Homme de vingt-cinq ans, convalescent d'une paratyphoïde B, présente une conjonctivité puis de la suppuration de l'œil droit. Malgré un traitement général et local énergique l'œil s'immobilisa en protrusion et l'énucléation fut nécessaire. Il s'agit vraisemblablement d'une embolie de bacilles paratyphiques.

J. PARAF.

Uber Hemming der Gruber Widalsche Reaktion dusch Masern. (Ferche Walter. *Deutsche med. Woch.*, 1922, p. 1000.) — F. Walter confirme les recherches de Léon Bernard et J. Paraf sur l'anergie de la rougeole vis-à-vis de la séro-réaction de Widal. Il a pu constater dans 10 cas bien étudiés l'action suspensive de la rougeole avec disparition puis réapparition de l'agglutination.

J. PARAF.

Conceptions nosologiques des ictères typho-paratyphiques. (M. Garnier et J. Reilly. *Paris méd.*, 29 sept. 1923, p. 229, n° 39.) — Les auteurs qui ont déjà apporté une contribution si importante à l'étude des ictères et surtout des ictères graves et spirochétosiques, étudient dans cet article comment il faut interpréter actuellement les ictères typho-paratyphiques.

Tout d'abord dans un grand nombre de cas c'est certainement à tort que l'on a incriminé le bacille typhique surtout le para B. On sait que ce dernier peut jouer même dans le sang le rôle d'un germe de sortie comme dans l'intéressante observation de Lemierre, et seule la méconnaissance à cette époque des ictères spirochétosiques est responsable de ces erreurs. Les bacilles typhiques n'ont aucune propriété ictérigène. Ce sont avant tout des agents d'infection biliaire et on sait que angiocholites et ictères infectieux sont deux chapitres différents de la pathologie hépatique.

L'ictère au cours de l'infection par les bacilles typhiques se rencontre soit chez des sujets atteints de fièvre typhoïde en rapport alors avec une angiocholite soit lors d'une infection massive accidentelle (intoxication alimentaire) causée par l'élimination de bacilles par les voies biliaires.

Dans les deux cas il s'agit d'une complication accidentelle sans grande importance.

J. PARAF.

Sur les ictères typho-paratyphiques. (Sacquepée. *Paris méd.*, 2 juin 1923, n° 22, p. 494.) — Sacquepée admet l'existence incontestable d'ictère typho-paratyphiques soit qu'ils surviennent au cours d'une infection dont l'aspect clinique rappelle celui d'une infection typhoïdique soit que l'ictère constitue le symptôme majeur de la maladie et prenne alors fréquemment une allure épidémique.

La nature typho-paratyphique de cet ictère s'appuie pour Sacquepée sur des preuves cliniques et bactériologiques sur lesquelles il s'étend longuement (découverte du bacille par l'hémoculture et la coproculture, preuves épidémiologiques), et Sacquepée relate différentes épidémies d'ictère où il croit pouvoir incriminer les bacilles paratyphiques comme agent causal. Enfin preuve expérimentale comme en témoigne « l'expérience » relatée par Cantacuzène où huit jeunes gens avaient une culture de vingt-quatre heures sur gélose de bacilles de paratyphiques B et dont six présentèrent après une ascension thermique peu marquée un ictère léger et l'un un ictère généralisé classique tandis que d'autres jeunes gens qui avaient reçu le bacille par voie veineuse n'éprouvèrent aucun trouble.

J. PARAF.

Poisoning by food probabibly due to contamination with certain bactéria. (J. C. Geiger. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, vol. LXXXI, n° 15, 13 oct. 1923, p. 1275.) — Geiger, qui est directeur du Service épidémiologique des Etats-Unis a réuni 749 cas d'intoxication intestinale déclarés en 1922 et a tâché d'en déterminer la cause précise. Il conclut de l'étude très précise qu'il a pu faire de ces cas que le terme « empoisonnement par ptomaine » très couramment employé dans les déclarations en Amérique doit disparaître. Le plus souvent, il est possible de formuler un diagnostic plus précis, clinique, bactériologique et épidémiologique. Généralement, il s'agit de germes du groupe paratyphique dont il est possible (quoique difficile) d'extraire une toxine thermostable qui, injectée aux animaux, reproduit les mêmes symptômes que ceux observés au cours de l'infection humaine. Epidémiologiquement, il est possible de mettre en évidence au niveau de l'aliment incriminé, un bacille paratyphique A ou B — cette souillure s'étant faite, le plus souvent, par l'intermédiaire d'un porteur de germes.

La découverte du B. enteridis, du B. pullorum, de certaines variétés de para B, fait penser à une souillure par les animaux ; d'où l'intérêt de la surveillance spéciale des abattoirs et des boucheries.

J. PARAF.

Two food poisoning outbreak due to bacille of Paratyphoid group. (E. O. Jordan et J. C. Geiger. *Journ. of infec-*

tions dis., juin 1923, n° 32, p. 471.) — Jordan et Geiger rapportent deux épidémies d'intoxication alimentaire dues à un bacille du groupe paratyphique entéritidis. Dans la première, 52 étudiantes furent atteintes pour avoir consommé du veau avec sauce à la crème. Il fut prouvé qu'un porteur de B para A avait participé à la confection de la sauce et ce germe fut retrouvé dans le lait et dans les selles des malades. Parmi ces étudiantes, 25 étaient vaccinées contre le B. Eberth et 15 avaient reçu un vaccin triple (il y a plus de deux ans) 3 seulement échappèrent à l'infection.

Dans la seconde observation, plusieurs centaines d'élèves d'une école furent atteints subitement de vomissements et de phénomènes gastro-intestinaux graves. L'aliment incriminé fut des sandwichs qu'avaient consommés tous les élèves et dans lesquels on retrouva de nombreux microbes (70 millions par gramme) dont B para B. Par contre, l'examen des selles des enfants ne montra pas ce bacille. Les auteurs supposent que la viande fut contaminée par ce germe qui sécréta (par suite des conditions spéciales de température) une grosse quantité de toxine. J. PARAF.

DYSENTERIE — CHOLÉRA

Separation of the toxin of B. dysenteriae Shuga. (M. CARTNEY et OLITSKI. *Journ. of exp. medecine*, vol. XXXVII, juin 1923, n° 6, p. 767.) — Pour avoir une bonne exotoxine, l'auteur utilise des vieilles cultures de trois à quatre jours qu'il filtre. Au contraire, l'endotoxine s'obtient en cultivant B Shiga en anaérobie (sous couche d'huile, de pétrole ou en tube à vide). Tandis que l'exotoxine est neurotrope la toxine adhérente est entérotrope. Dans des cultures en sac de collodion de B Shiga implantés dans le péritoine, la toxine soluble, seule, diffuse et produit des paralysies.

De la pathogénie du choléra. L'algidité cholérique. (G. SANARELLI. *Ann. Institut Pasteur*, sept. 1923, n° 9, p. 837.) — Poursuivant ses études sur la pathogénie du choléra, Sanarelli consacre un important mémoire des Annales à l'étude de l'algidité cholérique. Chez le cobaye, l'ingestion de protéide de vibrions même à doses massives ne provoque aucun symptôme morbide, mais détermine souvent l'exaltation de la virulence des colibacilles, streptocoques ou staphylocoques pyogènes cantonnés dans les organes lymphatiques d'où on les isole souvent.

Par contre, si chez le cobaye à distance de six à sept heures de l'injection péritonéale de vibrions, on injecte directement dans la circulation une petite quantité inoffensive de B coli filtrés l'animal est pris tout de suite de malaise et meurt subitement avec des phénomènes d'algidité (baisse de la température, polypnée, asphyxie, contracture musculaire, cyanose).

L'auteur est tenté ainsi d'assimiler les phénomènes d'algidité aux réactions anaphylactiques. L'algidité cholérique ne serait qu'un accès survenu brusquement après une phase préparatoire de sensibilisation représentée par l'action simple des vibrions sur la muqueuse intestinale et déclanché par le concours d'autres microbes (coli staphylo), hôtes de passage habituels des ganglions digestifs. J. PARAF.

MÉNINGOCOQUE

Contribution à la clinique et au traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique chez l'enfant. (SAMET MANDELS. *Arch. méd. des enf.*, juin 1923, n° 6, p. 343.) — L'auteur a étudié à l'hôpital Anne-Marie, à Lodz, 74 cas de méningite chez l'enfant.

De cette étude, l'auteur conclut à la fréquence des manifestations générales de méningococcémie.

En utilisant le sérum polyvalent de l'Institut Pasteur, l'auteur a eu de bons résultats thérapeutiques, alors que les autres sérums (de Varsovie, de Vienne) ont donné un pourcentage de guérison moindre.

Le germe prédominant appartient à la variété A. Signalons un cas où il y avait coïncidence de bacille de Koch et de méningocoque. J. PARAF.

Traitement de la méningite cérébro-spinale de l'enfant par injection intraventriculaire. (LECKOWITZ. *Polska Gazetta Lekarska*, 1922, t. I, p. 347; in *Jarhb fur kinderkeilkunde*, mars 1923, p. 379.)

Intraventricular serum treatment of the epidemic meningites. (HOWEL et COHEN. *Journ. of amer. med. Assoc.*, juin 1923, vol. LXXX, n° 21, p. 1741.)

LECKOWITZ considère qu'il est nécessaire, dans la plupart des cas de méningite, surtout chez le nourrisson, d'associer toujours l'injection intraventriculaire à l'apport intrarachidien du sérum. Il pratique toutes les deux ou trois heures une injection intraventriculaire de 6 ou 8 centimètres cubes de sérum après évacuation.

HOWEL et COHEN réservent le traitement ventriculaire aux cas graves résistant à l'injection intrarachidienne de sérum avec symptômes corticaux.

On sait que souvent c'est à la base que les exsudats sont cloisonnés et on a pu lire ici même les heureux effets de l'injection par ponction de la base du crâne qu'a obtenue M. Sicard dans deux cas de méningite bloquée (*Gaz. des hôpit.*, sept. 1923). J. PARAF.

Uber Meningokoken typen in Strasburg. (HUNDESHAGEN. *Deutsch. med. Woch.*, 16 mars 1922, n° 11. p. 674.) — Hundeshagen a étudié à Strasbourg, après l'armistice, les différents échantillons de méningocoques au moyen des sérums de l'Institut Pasteur. Dans la plupart des cas, c'est un méningo B qu'il a rencontré, plus rarement un A, un cas de C. Il reconnaît la haute valeur du classement proposé par M. Nicolle et recommande aux grandes maisons biologiques allemandes la préparation d'antisérums analogues à ceux de Pasteur. J. PARAF.

Studies on the virulence of meningococcus. (HERST, SALOMON SOLIS COHEN et MEYER SOLIS COHEN. *Journ. of immunilogy*, janv. 1922, vol. VII, n° 1, p. 1.) — En utilisant la culture sur sang humain total, les auteurs ont étudié la détermination de la virulence d'un échantillon de méningocoques de provenance variée (liquide céphalo-rachidien ou pharynx d'un porteur de germes).

Tandis que les premiers se développent rapidement les derniers n'y pousseraient pas.

Dans la plupart des cas les germes provenant du pharynx de porteurs sains ne se développent pas sur ce malade qui paraît plutôt s'être immunisé spontanément. J PARAF.

GONOCOQUE

A serological study of the gonococcus group. (TORREY and BUCKEL. *Journ. of Immunol*, 1922, n° 7, p. 305.)

Serological examination of one hundred strains of the gonococcus. (W. J. TULLOCH. *Journ. path. and Bacteriolog.*, 1922, n° 25, p. 346.)

Jusqu'à ces temps derniers, l'étude sérologique des différents échantillons de gonocoques a été rendue très difficile par l'agglutinabilité très faible de ce germe que, cependant, M. Nicolle avait réussi à vaincre par traitement par l'acide chlorhydrique. Dans ces conditions, il avait semblé à M. Nicolle et à nous-même que la plupart des gonocoques étudiés appartenaient à la même variété. TORREY et BUCKEL ont repris l'étude de cette question et concluent également à l'extrême difficulté de la classification des gonocoques par l'agglutination (ils n'ont pas utilisé la méthode de Porgès), 77 échantillons de gonocoques ont été étudiés par l'agglutination simple, puis par l'agglutination après absorption des agglutinines vis-à-vis de 9 antisérums.

Quoique dans certains cas il y ait semble-t-il corrélation absolue entre l'agglutinabilité du germe et le pouvoir agglutinant de l'antisérum correspondant, les résultats sont trop variables pour aboutir à une classification ferme.

Sur les 77 échantillons, 39 seuls ont pu être étiquetés. Un grand nombre était inagglutinables ou agglutinés par plusieurs sérums.

TULLOCH a étudié de la même façon 100 échantillons de gonocoques — de provenance très variable — et mis en présence d'un antisérum préparé avec un germe sélectionné. Dans ces conditions, 72 p. 100 des échantillons ont été agglutinés par le sérum et paraissent appartenir à un type sérologique défini.

Nous avons obtenu des résultats très comparables avec le sérum 9 de M. Nicolle. J. PARAF.

Cultural methods for the gonococcus. (J. C. TORREY et G. T. BUCKELL. *Journ. of inf. dis.*, 1922, n° 31, p. 125.)

Comparative value from standpoint of public Health of smeass cultures and complement fixation in the diagnosis of chronic gonorrehea in women. (J.C. TORREY, M. A. WILSON et G. T. BUCKELL. *Journ. infect. dis.*, 1922, n° 31, p. 148.)

Les auteurs commencent par décrire longuement et minutieusement la préparation de leurs milieux gélosés au bouillon de veau peptoné ascite glycérinée, urine et gelose vitamine ascitique. La neutralisation doit atteindre P H 6,7 à 7,4. Ces milieux ont été utilisés pour le diagnostic de la gonococcie chez la femme en ajoutant du vert d'iode, et du violet de méthyle.

Le milieu au vert d'iode s'est montré le plus favorable.

Dans 96 cas, les cultures furent positives, alors que l'examen direct ne fut positif que dans 13 cas et suspect dans 17 autres.

En comparant avec les résultats de la réaction de fixation, on constate que les deux méthodes ont la même valeur pour les cas subaigus, mais que la réaction de fixation est préférable dans les formes chroniques. Il faut remarquer cependant que cette dernière méthode est d'appréciation très difficile fournissant des résultats positifs longtemps après la guérison.

J. PARAF.

DIPHTÉRIE

The Schik test Diphteria and Scarlet fever A study in epidemiology. (SCHELDON DUDLEY. *Medical Research council special report*, n° 75, 1923.)

Schik test and immunisation against diphteria in the eigth Sanitary district of Vermonth. (C. W. KIDDER. *Public health, report*, 30 mars 1923, p. 663.)

The Schik test and active Immunisation. (R. A. OBRIEN et S. OGGLETON, C. OKELL et Miss BAXTER. *Brit. journ. expérim. pathol.*, t. IV, fév. 1923, p. 29.)

DUDLEY a eu l'occasion d'observer à l'école normale de Greenvich une importante épidémie de scarlatine et de diphtérie et d'y faire d'intéressantes recherches sur la réaction de Schik.

Alors que chez 86 élèves nouveaux, il y avait 46 p. 100 de réactions positives, le pourcentage n'était que de 14 p. 100 chez 764 anciens. Il semble très net à l'auteur que les élèves se sont immunisés par séjour dans le milieu infecté, comme le prouve l'augmentation du nombre des réactions négatives, en période épidémique.

Chez tous les élèves atteints de diphtérie et chez lesquels la réaction de Schik avait été pratiquée, elle s'était toujours montré positive. Tout au début de l'angine, la réaction peut donc être utile au diagnostic et permet de différencier les angines à bacilles de Loeffler (Schik positif) des angines banales où la réaction est souvent négative.

Le nombre des porteurs sains a été toujours inférieur de moitié à celui des malades; la réaction de Schik y est presque toujours négative. Il y eut à une certaine période de l'épidémie coïncidence de scarlatine et de diphtérie. Seuls les scarlatineux qui avaient eu antérieurement un contact prolongé avec des diphtériques (dortoir) ont été contaminés. Dudley en conclut qu'il est nécessaire qu'il y ait une dose minima de germes infectants pour provoquer la maladie, d'où nécessité d'un contact d'une certaine durée.

C. W. KIDDER a pratiqué la réaction de Schik sur 2.030 personnes (enfants, instituteurs surtout) dans 28 communes de l'état de Vermont. Le pourcentage de cas positifs a été plus élevé que dans des milieux urbains (75 p. 100). Chez les enfants nés sur place il atteint 90 à 96 p. 100, pour 87 instituteurs de vingt à soixante ans il trouve 82 p. 100 de réactions positives. Il a vacciné sans incident 761 individus à réaction positive, par trois injections de 1 centimètre de mélange toxine-antitoxine.

R. A. OBRIEN et ses collaborateurs ont également pratiqué 2.700 réactions de Schik et 585 vaccinations chez des individus à Schik positif. Au bout de trois mois dans 98 p. 100 des cas la réaction est devenue négative après la vaccination. Aucune réaction à signaler.

J. PARAF.

Epidemiological survey of diphteria in a citizens military training camp. (M. GUIRE et A.-P. HITCHENS. *Abstrats of bactériol.*, 1923, n° 1, p. 27, vol. VII.) — Durant août 1922 ou un certain nombre de citoyens firent une période d'instruction militaire au Camp de Meade (Maryland), les auteurs ensemencèrent la gorge de 1.080 individus et trouvèrent dans 0,83 p. 100 du B diphtérique virulent.

Le Schik pratiqué chez 832 individus fut positif dans 55 p. 100 des cas.

Malgré ce pourcentage élevé de porteurs de germes et de Schik positif aucun cas de diphtérie ne fut observé.

The whole culture methode of testing the virulence of diphtera bacilli. (C.-G. BULL, M. KEE et M. CLARA. *Americ. journ. of hyg.*, 1923, n° 2, février, p. 103.) — Quand on veut rechercher la virulence du B. diphtérique la technique habituelle consiste à isoler ce germe et à l'inoculer aux animaux.

Dernièrement Havens et Powel indiquaient un autre procédé que les auteurs ont employé. Par examen microscopique simple les cas furent divisés en positifs certains positifs douteux, négatifs certains, négatifs douteux.

Les cultures du premier groupe furent émulsionnées dans 1 centimètre de solution physiologique et inoculés après dilution à un cobaye (1/10). Un animal témoin reçut la même dilution et de l'antiloxine.

Sur 198 cultures de cette variété, 82 furent ainsi classés positives certaines, 37 douteux, 79 douteurs négatifs. Or en étudiant la virulence sur l'animal, 19 seulement se trouvèrent virulentes et 63 négatives.

Sur les 37 douteurs positifs, 8 furent virulents, 29 négatifs.

La méthode de Havens ne donne donc que des résultats très imparfaits et ne saurait se substituer à l'épreuve sur l'animal.

J. PARAF.

An intra cutaneous test for the virulence of diphteria bacilli in field cultures. (J.-N. FORCE et BEATHE. *Americ. journ of hyg.*, 1922, n° 2, p. 490.) — La culture en sérum de Loeffer est diluée dans de l'eau physiologique jusqu'à une opacité type et injectée intradermiquement au cobaye. Quoique la virulence par injection intradermique soit influencée par la présence de germes secondaires, cette méthode a donné dans 202 cas sur 247 des résultats vérifiés par l'inoculation sous-cutanée de toxine.

J. PARAF.

The diphterial infection in scarlet fever. (GRANT. *Journ. of hyg.*, 1923, vol XXI, p. 250.) — L'auteur conclut de ces recherches que la fréquence de la diphtérie, au cours de la scarlatine n'est pas parallèle à la prédominance saisonnière de la diphtérie et il croit qu'il s'agit surtout d'anciens porteurs de germes.

Le pronostic est toujours très grave.

J. PARAF.

Das Eresypel bei saugling. (SCHLIEPE. *Arch. fur Kinderheilk*, 1923, vol. LXXV, n° 1, p. 32.) — L'érysipèle est rare chez le nourrisson. L'auteur n'en a compté que 17 (soit 0,34 p. 100), à la clinique de Grecfswald, sur 5.000 cas de tout âge. Contrairement à ce qui arrive chez l'adulte (où l'érysipèle est plus fréquent au printemps), c'est surtout en été que Schliepe compte ses cas chez le nourrisson. C'est surtout dans les trois premières années de la vie que l'érysipèle est fréquent à cet âge (12 cas), 2 cas dans les derniers six mois et 5 cas au cours de la deuxième année. Dans la plupart des cas (58 p. 100), il s'agissait d'érysipèle du tronc. Comme les auteurs qui ont précédemment étudié l'érysipèle du nourrisson (Milhit), l'auteur a remarqué la fréquence des abcès et la gravité de la maladie à cet âge (70 p. 100 de mortalité).

J. PARAF.

PALUDISME

Paludisme et tuberculose. (VERDELET. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1922, n° 94, p. 110.) — L'auteur rapporte 5 cas démonstratifs de tuberculose compliquant le paludisme. Contrairement à l'opinion ancienne et, en particulier, celle de de Brun, il pense que la malaria ne confère aucune espèce d'immunité vis-à-vis de la tuberculose. Au contraire, par suite de l'atteinte qu'elle porte à l'état général, elle paraît favoriser son développement et sa dissémination.

Swangerschaft und Malaria. (WELELKO. *Zeitsh fur Artzl fostibld*, 1922, n° 19, p. 432.) — En cinq ans à Scutari d'Al-

banie, Weselko a traité 1.520 femmes enceintes atteintes de paludisme avec les résultats suivants :

1.416 naissances à terme, 83 naissances à huit mois, 6 naissances à sept mois, 3 naissances à six mois; 5 avortements du quatrième mois et 7 entre le deuxième et le troisième mois.

En examinant le sang de 200 nouveau-nés directement après la naissance, Weselko a trouvé le Pl. falciparum dans 187 cas, 144 de ces enfants moururent dans la première semaine, 27 dans la seconde, d'accès pernicieux.

J. PARAF.

Beobachtungen bei einer Epidemie von tertianfieber in russcher kriegs gefangenschaft. (BELAI *Wien Klin Woch.* 1922, n° 29, p. 912.) — Certains auteurs avaient prétendu que le gonocoque supportant mal les hautes températures, les accès fébriles influençaient favorablement la blénorragie. C'est ainsi qu'ils expliquaient l'influence heureuse de certaines injections thermogènes (lait).

Belai qui observe dans un camp de prisonniers de nombreux cas d'accès paludéens survenant au cours de blénorragie, n'a pas observé cette heureuse influence.

J. PARAF.

RAGE

Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1922. (Jules VIALA. *Ann. Inst. Pasteur*, n° 5, mai 1922, p. 543.) — Comme tous les ans Viala publie le compte rendu des vaccinations en 1922.

754 personnes ont subi le traitement. La mortalité a été nulle.

Les tableaux annexes à cet article montrent que la mortalité a passé de 25 (0,94 p. 100) en 1886 à 0.

L'année dernière on avait à déplorer 1 décès. Signalons également que c'est dans la Seine, le Morbihan, le Cantal, les Côtes-du-Nord que l'on trouve le plus grand nombre de mordus.

NOTES POUR L'INTERNAT

INVAGINATION INTESTINALE

FORMES CLINIQUES. — **Suivant l'âge.** — INVAGINATION DE LA DEUXIÈME ENFANCE. — *Vomissements.* — Moins précoces (peuvent manquer quelquefois), le plus souvent surviennent vers le deuxième ou le troisième jour.

Douleur. — Marque habituellement le début; elle est mieux définie et plus facile à reconnaître.

Selles sanglantes. — Peuvent manquer, souvent elles existent mais à titre de symptôme effacé. Surviennent rarement dans les premières heures.

Arrêt des gaz plus marqué; on a ici un tableau d'occlusion, car il y a étranglement vrai.

L'*évolution* est assez souvent favorable spontanément : guérison par désinvagination vers le troisième jour. Guérison par amputation du boudin : les selles contiennent des débris fétides (quelquefois la masse entière du boudin sphacélé).

Le cours normal des matières se rétablit : détente immédiate, l'appétit reprend. Mais il faut encore redouter :

1° Péritonite par perforation.

2° Rétrécissement secondaire.

INVAGINATION CHEZ L'ADULTE. — Invagination associée à tumeur. C'est une crise d'occlusion aiguë, banale, survenant chez des sujets reconnus porteurs d'une lésion intestinale ou jusque-là bien portants.

Pas de signes différentiels, sauf la possibilité de selles sanglantes.

Suivant les symptômes. — FORME AVEC OCCLUSION COMPLÈTE. — Sang mélæna (ou avec seulement quelques gouttes de sang).

FORME PSEUDO-COLITIQUE, pseudo-dysentérique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 91, p. 1466, et n° 93, p. 1498.

Suivant l'évolution. — FORME SURAIGUË. — Algidité, collapsus, mort en quelques heures. Le diagnostic est presque toujours méconnu.

FORME SUBAIGUË. — Les signes existent tous, mais atténués. L'évolution dure une vingtaine de jours.

FORME CHRONIQUE. — Rare chez le nourrisson. Se voit chez l'enfant plus âgé. Signes effacés souvent intermittents. Douleurs surviennent par crises violentes plus ou moins espacées, en même temps on peut voir : vomissements, diarrhée dysentériforme. La constipation et la diarrhée alternent en général. Ici, signes physiques au maximum : la tumeur (boudin d'invagination) est presque toujours perçue ; souvent elle fait saillie à l'extérieur ou au moins on peut la sentir par le toucher. Marche lente, progressive, amaigrissement et cachexie progressent. Le malade meurt très lentement à moins que ne surviennent des crises d'occlusion aiguë (durée de un à plusieurs mois).

PRONOSTIC. — Très grave. Sans intervention, 80 p. 100 de mort.

DIAGNOSTIC. — **Positif.** — Très facile si on constate la tumeur, seul signe de certitude absolue. Facile quand la triade : douleur, vomissements, selles sanglantes existe, mais quelquefois très difficile.

Différentiel. — CHEZ LE NOURRISSON. — *a.* Les selles sanglantes d'avec :

— mélæna des nouveau-nés (mais ne se voit guère que pendant les premiers jours de la vie).

— hémorragie intestinale toxi-infectieuse accompagnant l'affection générale : coïncide le plus souvent avec fièvre, autres déterminations, autres hémorragies.

b. Les signes d'occlusion d'avec la hernie étranglée : que l'on recherchera systématiquement.

c. Le boudin sorti par l'anus avec prolapsus rectal.

CHEZ L'ENFANT UN PEU PLUS GRAND. — Appendicite. On peut percevoir la tumeur dans les deux cas. Douleurs localisées à droite, vomissements appartiennent aux deux affections. Mais hyperesthésie localisée et contracture sont en faveur de l'appendicite.

Dans le doute l'intervention s'impose.

Colite dysentériforme : dysentérie, début moins brusque. Le caractère des selles est différent. Selles dysentériques, plus rapprochées, contiennent du pus. Diagnostic de l'invagination chronique est presque impossible.

CHEZ L'ADULTE. — Brides péritonéales, valvulaires et toutes autres causes d'invagination.

Du siège. — Bien difficile. Cependant :

Siège de la douleur; siège de la tumeur.

Etranglement très complet, appartient surtout au grêle.

Selles contenant :

Sang mélangé de mucus : gros intestin.

Sang mélangé de sérosités : grêle.

De l'évolution. — Si les selles deviennent fétides on pensera qu'il y a sphacèle et tendance à l'élimination.

TRAITEMENT. — Opération dès le diagnostic fait. Laparotomie médiane : exploration. Dès qu'on a trouvé l'invagination : tenter la désinvagination, possible très souvent (sauf intervention très tardive), quelquefois facile, quelquefois difficile.

Fixation facultative : inutile si l'invagination a été difficile à réduire. Utile si l'invagination est très mobile et s'il y a crainte de reproduction.

Fermeture soigneuse pour éviter éventration.

BIBLIOGRAPHIE. — *Pathol. chir.*, t. III. — MARFAN. *Affections digestives de la première enfance.* — GUILLAUME. *Occlusion intestinale. Intestin*, collection Sergent.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de foie de Morue
Vin Girard
A.GIRARD
48 Rue d'Alésia . PARIS
VIN GIRARD

N° 96. — SAMEDI 1er DÉC. 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 1er DÉC. 1923. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS. — La Pitié : M. Laignel-Lavastine; — Bretonneau : M. Guillemot; — Boulogne : MM. Laubry et Trémolières; — La Charité : MM. Weil-Hallé, Babonneix, Camus, Courcoux; — Bichat : M. Lemierre; — Tenon : MM. Cl. Vincent et Paisseau; — Laënnec : M. L. Ramond; — Andral : MM. Halbron et Herscher; — La Rochefoucauld : M. Baudouin; — Ivry : MM. Foix et Tixier; — Beaujon (tuberculeux) : M. Villaret; — Broca : MM. de Jong et Faure-Baulieu; — Dubois : M. Rivet; — Sainte-Périne : M. Lœderich; — Bicêtre : MM. Darré et Lian; — Brévannes : M. Lévy-Valensi.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale théorique.* — MM. Darcissac, 11 ; Merville, 10; L'Hirondel, 17.

Epreuve de prothèse dentaire. — MM. L'Hirondel et Merville, 19; Darcissac, 15.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 26 novembre. — Questions données : « Formes cliniques et traitement des hémoptysies tuberculeuses. — Diagnostic des kystes de l'ovaire. »

M. Mornet et Mlles Cros, 25; Odier, 33; Waynbaum, 21; MM. Mollaret, 25; Petit (Pierre), 27; Vialard, 28; Jondeau, 21; Frantz, 28; Mlle Debrousses, 26.

Séance du 27 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la syphilis tertiaire linguale. — Phlegmon urineux diffus. »

Mlle Parmentier, 15; MM. Chaperon, 22; Busser, 23; Berson (Pierre), 27; Poulain (Maurice), 18; Nadal, 26; Chêne, 20; Minot, 28; Boiffin, 25; Servel, 31.

— CONSULTATIONS DE NOURRISSONS. — Une Commission spéciale se réunira à l'Administration générale de l'Assistance publique, dans le courant du mois de décembre, en vue de procéder au classement des candidats déclarés aptes aux fonctions de médecins des consultations de nourrissons.

Les docteurs en médecine désireux de faire acte de candidature devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, jusqu'au 15 décembre 1923, dernier délai. Ils devront justifier de la qualité de Français et produire à l'appui de leur inscription leur diplôme de doctorat, un exposé de titres rédigé par leurs soins, ainsi que tous certificats émanant des chefs de services d'enfants ou de consultations de nourrissons auxquels ils ont été attachés. Ces certificats devront mentionner la durée des fonctions et l'appréciation des chefs de service.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Récompenses aux internes et externes (1922-1923).* — La Commission administrative des hôpitaux, par sa délibération en date du 16 novembre 1923, a décerné les récompenses suivantes :

Prix Delord (558 fr.) : M. Michelet, interne.

Prix de l'administration (150 fr. de livres) : M. Aubertin, interne.

Prix du docteur Levieux (une trousse) : M. Dax, interne.

Médaille d'argent : MM. Dauzat, Princeteau, Rioux, Monod, Cadenaule, Auriat, internes ; Mathey-Cornat, Forton, Athané, internes provisoires; Laubie, Guérin, Thé, Viaud, Pampouille, Spalaïkovitch, Dupas, externes.

Médaille de bronze : MM. Gautret, Chavannaz, de Grailly, Marcel Traissac, Fontan, Dufour, Lachapèle, internes; Caussimon, Villar, Despons, internes provisoires ; Guinaudeau, Barreau, Malaplate, Larauza, Du Fayet de la Tour, Le Rouzic, Farinaud, Dervillée, Cueille, Broquère, Marsat, externes.

Médaille d'argent : M. Péry, interne en pharmacie.

Médaille de bronze : Mlles Courtier, Decroux, internes en pharmacie.

LE DIPLOME UNIVERSITAIRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE. — Le nombre des étudiants étrangers inscrits en vue du doctorat d'Université (mention médecine) en 1923 est de 751 (629 hommes et 122 femmes) se répartissant comme suit :

Paris : 301 (259 hommes, 42 femmes); Lyon : 139 (111 h., 28 f.); Strasbourg : 95 (80 h., 15 f.); Montpellier : 80 (66 h., 14 f.); Bordeaux : 62 (53 h., 9 f.); Nancy : 40 (35 h., 5 f.); Toulouse : 25 (17 h., 8 f.); Lille : 3 (2 h., 1 f.); Besançon : 3 h.; Alger, 1 h.; Clermont : 1 h.; Tours : 1 h.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour trois places d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'hospice départemental Paul

Brousse, à Villejuif, et la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira à Paris, le lundi 15 janvier 1923. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service du département, 2e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures, et de 14 à 17 heures, du 17 au 29 décembre 1923.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Les candidats reçus entreront en fonctions le 1er février 1924.

Le **SOUVENIR OFFERT AU PROFESSEUR MERKLEN**, à l'occasion de sa récente nomination à Strasbourg, par ses élèves et ses amis, lui sera remis en décembre, à l'hôpital Tenon.

Le docteur G. Heuyer, médecin des hôpitaux, 74, boulevard Raspail (VIe) et M. Pr. Veil, interne des hôpitaux, 27, avenue Rapp (VIIe), continueront à recevoir jusqu'au 8 décembre inclus les souscriptions des personnes désireuses de participer à cette manifestation de sympathie.

UNE RÉUNION MÉDICALE A PROPOS DE LA CRISE DU LOGEMENT. — Nous rappelons à nos lecteurs que l'Evolution médico-chirurgicale organise une grande réunion où sont conviés tous les médecins de la Seine le vendredi 7 décembre 1923, à 20 h. 45, à la mairie du IXe arrondissement, rue Drouot (salle des fêtes, 1er étage).

M. Edouard Ignace, avocat à la Cour d'appel, député de Paris, président de la Commission de législation civile et criminelle de la Chambre, ancien sous-secrétaire d'Etat, fera une conférence suivie de discussion sur : « La crise du logement et les médecins. »

MM. Paul Boudin, docteur en médecine, docteur en droit, Paul Guillon, président du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement, Sibret, secrétaire de la Commission du Syndicat des médecins de la Seine, et Le Corbeiller, député de la Seine, ancien président du Conseil municipal de Paris, prendront la parole.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur de Parrel, secrétaire général de l'Evolution médico-chirurgicale, 5, rue de Thann, Paris (XVIIe), téléphone Wagram 57-20, de 13 à 14 heures.

LE CONTROLE DES ŒUVRES D'ASSISTANCE, DE PRÉVOYANCE ET D'HYGIÈNE. — M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales vient d'adresser aux préfets une circulaire relative au renforcement du contrôle des œuvres d'assistance, de prévoyance et d'hygiène.

De ce document nous détachons les intéressantes indications suivantes :

Le nombre des hôpitaux et hospices dépasse actuellement 1.860; il existe, en outre, 82 asiles publics d'aliénés ou asiles privés et 12 quartiers d'hospices faisant fonctions d'asiles publics, 22.000 bureaux de bienfaisance, 170 bureaux municipaux d'hygiène, 460 dispensaires antituberculeux, 57 sanatoriums publics et assimilés, 67 sanatoriums privés, 61 préventoriums, 222 consultations antivénériennes, 388 œuvres diverses de bienfaisance subventionnées, 1.459 œuvres de protection de la maternité et de l'enfance subventionnées (consultations de nourrissons, gouttes de lait, crèches, etc.), 150 offices d'habitations à bon marché, 627 sociétés de même ordre, 127 sociétés de crédit immobilier, 27.756 sociétés de secours mutuels, 558 caisses d'épargne, 47 Monts-de-Piété, etc.

Ce sont là des chiffres intéressants dont il faut encourager l'accroissement mais qui imposent la nécessité d'un contrôle.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Le jeudi 6 décembre à 10 h. à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, le professeur C. Regaud fera une leçon : « Indications, principes et résultats du traitement des cancers de la langue par les radiations. »

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — On nous communique l'appel suivant :

« AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Chers Camarades,

Depuis de nombreuses années votre association, l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, demande que les étudiants en médecine soient représentés aux différents Conseils (Faculté Université) et qu'ils puissent y faire entendre leurs desiderata, ainsi que la coutume s'en était établie il y a plusieurs siècles.

Un premier pas vient d'être fait dans cette voie. Un décret récent prévoit l'élection de délégués des étudiants au Conseil de l'Université pour les affaires disciplinaires.

Le vendredi, 7 décembre, vous serez appelés à voter à la Faculté de médecine pour l'élection de deux délégués titulaires et de quatre délégués suppléants.

L'Association corporative des étudiants en médecine vous prie instamment de faire usage de votre droit électoral et de voter, sans changer aucun nom pour la liste d'union des Associations d'étudiants en médecine de Paris.

Délégués titulaires. — MACHAVOINE, présenté par l'Association corporative des internes des hôpitaux et l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris

LEGRAND, présenté par l'Association professionnelle des externes des hôpitaux.

Délégués suppléants, — LEMONNIER, présenté par l'Association corporative des internes des hôpitaux.

MEYSENC, présenté par l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

BERNHEIM, présenté par l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

BARON, présenté par l'Association professionnelle des externes des hôpitaux.

LE COMITÉ DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

L'élection aura lieu à la Faculté de médecine, le vendredi 7 décembre de 13 h. à 18 h.

Des bulletins se trouveront à la disposition des électeurs, dans la salle de vote. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guillaud, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux; Collignon (de Paris) et Adrien Rist (de Versailles), père de notre confrère le docteur E. Rist, médecin de l'hôpital Laënnec, auquel nous adressons nos bien sincères condoléances.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 3 DÉCEMBRE AU 8 DÉCEMBRE 1923)

THÈSES

Mercredi 5 décembre. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Hartmann, Nobécourt et Fiessinger — M. LESSERTISSEUR. Du traitement par les rayons X des épithéliomas spirocellulaires. — M. CUISINIER (Louis). Contribution à l'étude des vomissements de nature indéterminée. — M. MARROT (Aug.) Le calcanéum épineux gonococcique.

Jeudi 6 décembre. — Jury : MM. Claude, président; Bezançon, de Jong et Philibert. — M. LAPORTE (E.). Sur un cas de maladie de Hodgkin. — M. RAZIMBAUD (Jean). Contribution à l'étude des processus chroniques du cloisonnement des méninges.

REVUE GÉNÉRALE

CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE DES TUMEURS DU TESTICULE[1]

Par MM. MARCEL CAUDIÈRE,
Interne des hôpitaux de Marseille,

et JEAN-ROBERT HENRY,
Chef de clinique à l'Ecole de médecine,
Interne des hôpitaux de Marseille.

III. **Tumeurs excréto-génitales.** — Les tubes Wolffiens du rite testis ne semblent pas donner de tumeurs. Celles qu'on leur a parfois attribuées paraissent en effet — nous le verrons plus loin — avoir une autre origine et se rattacher aux embryomes.

IV. **Tumeurs conjonctives et tumeurs de la vaginale.** — Ce groupe a été considérablement réduit par les études modernes. Sans doute le tissu conjonctif banal du testicule peut être le point de départ de fibromes et de sarcomes. Mais ces tumeurs paraissent être d'une extrême rareté. Sous le nom de sarcome on a longtemps décrit nombre de tumeurs qui étaient en réalité soit des embryomes soit des séminomes dont la véritable nature avait été méconnue.

Le lymphadénome, le lymphosarcome primitifs du testicule paraissent ne pas exister; les descriptions qui s'y rattachent reposent on l'a vu plus haut sur une erreur d'interprétation due à l'insuffisance des techniques anciennes.

Par contre, c'est à ce groupe de tumeurs conjonctives qu'il faut rattacher une tumeur fort rare, l'*endothéliome* de la vaginale identique par ses caractères généraux aux endothéliomes pleuraux et péritonéaux.

V. **Tumeurs d'origine embryonnaire. Tumeurs mixtes. Tératomes. Embryomes.** — Il est fréquent d'observer au niveau du testicule des tumeurs dites mixtes ou à tissus multiples, caractérisées histologiquement par le fait qu'elles sont constituées par des éléments dérivés des trois feuillets blastodermiques (tumeurs tridermiques de Munch).

Suivant leur constitution on distingue :

Les tératomes, les embryomes.

Les TÉRATOMES sont des tumeurs renfermant des ébauches organoïdes plus ou moins reconnaissables.

Les tératomes testiculaires, d'ailleurs assez rares, sont de volume médiocre, ne dépassant guère la grosseur du poing. Ce sont généralement des masses compactes ou polykystiques contenant des follicules pileux, des glandes sudoripares et sébacées.

Parmi les tissus qui constituent la tumeur on peut trouver des glandes séreuses ou séro-muqueuses du type salivaire, des cavités bronchiques, des rudiments de tissu amygdalien ou thyroïdien, des follicules dentaires, des anses intestinales, des circonvolutions cérébrales pourvues ou non de méninges, des cavités épendymaires, des plexus choroïdes, des ganglions rachidiens, parfois des vésicules oculaires rudimentaires, des muscles lisses ordonnés en tuniques autour de cavités tapissées d'épithélium, des muscles striés, du tissu conjonctif, cartilagineux, osseux.

Les EMBRYOMES sont des tumeurs où l'on rencontre un mélange plus confus et plus désordonné des tissus les plus divers, adultes ou embryonnaires et provenant des trois feuillets blastodermiques.

Entre le tératome et l'embryome il n'y a donc qu'une différence de degré dans la complexité selon que les éléments forment ou non des tissus ou des ébauches organoïdes; et l'on trouve d'ailleurs tous les types intermédiaires entre les types extrêmes si bien que la division en tératomes et embryomes est forcément schématique. Certains auteurs réunissent même toutes ces tumeurs sous le nom générique d'embryomes.

Mais par ailleurs la plupart des embryomes testiculaires après une période de latence et de bénignité où leur accroissement est lent et continu, sont susceptibles de se modifier et d'évoluer en cancers avec accroissement rapide, envahissement à distance et généralisation. Il convient donc d'examiner séparément les caractères histologiques des embryomes bénins et ceux des cancers nés des embryomes.

1° *Néoplasmes bénins.* — A ce groupe appartiennent la plupart des tumeurs dites mixtes, la maladie kystique, l'enchondrome. Ce sont des tumeurs qui, nées en plein parenchyme, remplissent l'enveloppe testiculaire, la repoussent et la déforment en refoulant à la périphérie le parenchyme qui s'atrophie et disparaît.

Leur volume peut être considérable et atteindre celui d'une tête de fœtus. La consistance et l'aspect varient considérablement d'une tumeur à l'autre, suivant la proportion relative des différents tissus qui entrent dans sa constitution. A l'inverse de ce que l'on observe dans les embryomes de l'ovaire la forme de « kyste dermoïde » est rare et les embryomes du testicule sont généralement compacts, homogènes ou microkystiques semés parfois de noyaux plus compacts.

Le caractère commun de tous ces embryomes c'est d'être formés de tissus multiples dont certains d'aspect plus ou moins embryonnaire sont capables de prolifération et d'accroissement. Le plus souvent on trouve des kystes épithéliaux, soit volumineux, soit plutôt microkystes tapissés d'épiderme avec quelques follicules pilo-sébacés rudimentaires. Parfois des cellules cornées peuvent constituer des sortes de globes.

Les éléments dérivés de l'endoderme sont nombreux, ce sont des kystes pourvus d'épithélium simple à cellules cylindriques partiellement muqueuses à type intestinal, ou d'épithélium cilié à type respiratoire, ou d'épithélium pavimenteux stratifié analogue à celui des voies digestives antérieures.

On peut trouver également des vésicules thyroïdiennes et parathyroïdiennes, des travées hépatiques embryonnaires.

D'autres tubes épithéliaux paraissent avoir une structure wolffienne.

Les éléments du neuro-épithélium sont fréquents et constituent de petits kystes bordés de hautes cellules qui dessinent des sortes de rosettes dont les éléments présentent les principaux caractères des cellules embryonnaires du névraxe. Certains kystes à cellules cubiques pigmentées peuvent être considérés comme représentant l'épithélium rétinien.

Tous ces éléments sont englobés dans une trame toujours abondante de tissu conjonctif commun, assez souvent de type embryonnaire myxomateux. Il contient des fibres musculaires lisses et striées du

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 94, p. 1505.

cartilage, parfois fort abondant (chondromes du testicule), tous ces éléments représentant des différenciations diverses d'une même souche mésenchymateuse. Bien entendu le degré de complexité varie d'une tumeur à l'autre, et certaines sont d'une constitution relativement fort simple alors que d'autres sont des assemblages extrêmement complexes d'éléments de toutes sortes.

Enfin, il est encore un ordre de formations que l'on rencontre dans certaines tumeurs mixtes, ce sont les dérivés de l'ectoderme chorial, les formations chorio-placentaires dont l'importance est capitale en ce qui concerne l'histogénèse de tout ce groupe de tumeurs.

Souvent, en effet, dans les « tumeurs mixtes » du testicule on observe des plasmodes plus ou moins volumineux, multinucléés. Leur cytoplasme est fortement acidophile ; leurs noyaux fixent les colorants basiques avec une intensité toute particulière, et il est fréquent de voir ces plasmodes creusés de vacuoles parfois considérables et la surface qui les limite peut être pourvue d'une bordure en brosse plus ou moins nette.

Par tous leurs caractères cytologiques ces éléments sont totalement différents des cellules géantes tuberculeuses ou des myéloplaxes. Sur certains points on peut également rencontrer des cellules cubiques, volumineuses, à protoplasma clair, à gros noyau central très colorable. Ces deux ordres d'éléments représentent l'ectoderme chorial avec sa couche syncitiale et sa couche à cellules distinctes de Langhans et van Beneden. On verra plus loin les raisons qui imposent cette interprétation de préférence aux interprétations antérieures qui y voyaient l'adaptation d'un épithélium quelconque consécutive à son contact immédiat avec le sang circulant (Chevassu). De ces formations peuvent naître en effet des chorio-épithéliomes identiques aux chorio-épithéliomes de l'utérus.

Tels sont les principaux caractères histologiques des embryomes purs. Mais il faut répéter que les embryomes purs sont rares et qu'en règle générale, après une période de latence plus ou moins considérable, l'évolution se fait vers le cancer, le plus souvent à l'âge adulte du sujet qui en est porteur.

Comme le fait remarquer très justement Chevassu la malignité des tumeurs à prédominance cartilagineuse ou myxoïde est fort rare et difficile à apprécier, soit à l'œil nu, soit au microscope. Ce sont les épithéliums qui donnent naissance à l'immense majorité des cancers développés sur les embryomes.

2° *Cancers nés des embryomes.* — Tous les épithéliums présents dans un embryome peuvent donner naissance à du cancer. Dans ce cas, on voit un tissu épithélial prendre dans la tumeur une importance relative, de plus en plus considérable. La tumeur paraît ainsi se simplifier au fur et à mesure que sa transformation en cancer s'accomplit. Parfois toute la tumeur apparaît macroscopiquement comme formée par des masses blanchâtres et homogènes et les autres éléments de la tumeur mixte peuvent être très difficiles à retrouver. « Quand une tumeur du testicule paraissant homogène présente en un point même très restreint des kystes nettement limités ou du cartilage, on peut affirmer qu'il s'agit d'un embryome qui, sans doute, est dégénéré » (Chevassu).

Mais, si tous les épithéliums présents dans un embryome peuvent être le point de départ d'un cancer, en fait les tumeurs dérivées des épithéliums pavimenteux sont infiniment moins fréquentes que celles dérivées des épithéliums cylindriques.

Au point de vue histologique, ces derniers types d'épithéliomas sont constitués par des cavités kystiques ou tubuleuses, tapissées de cellules cubiques ou cylindriques à cytoplasme très clair, riche en glycogène à noyau volumineux, de contours irréguliers. Dans d'autres tumeurs, ce sont des travées massives infiltrantes, des fusées de cellules dissociant le stroma conjonctif et s'infiltrant entre elles sans aucune disposition régulière. Ces derniers cas, se rattachent aux précédents par une série ininterrompue de types de transition et représentent des formes évolutives plus ou moins atypiques d'une même tumeur. Certaines de ces tumeurs, évoluant selon le mode atypique, peuvent présenter des aspects histologiques fort difficiles parfois à différencier d'avec certains séminomes. Il existe, enfin, des cas encore plus complexes où l'on a pu voir la coexistence de deux types tumoraux distincts : choriome et séminome, ou embryome et séminome.

Quant à l'origine des éléments d'où dérivent tous les épithéliomas que nous venons de passer en revue, elle se trouverait le plus souvent, pour le professeur Masson, dans des inclusions d'origine wolffienne.

Les dérivés de l'ectoderme chorial sont fréquemment aussi le point de départ de tumeurs malignes à type de chorio-épithéliomes.

Les chorio-épithéliomes du testicule constituent un groupe de tumeurs dont la signification a été longtemps méconnue et dont l'importance est capitale en ce qui concerne l'histogenèse d'ensemble des embryomes.

Malassez, le premier, décrivit en 1878, sous le nom de sarcome angioplastique, une tumeur hémorragique caractérisée par la présence de plasmodes multinucléés, souvent creusés de vacuoles remplies de sang. Mais, il interpréta ces plasmodes comme des éléments vaso-formateurs d'où le nom donné à cette tumeur. De nouveaux cas furent décrits notamment par Carnot et Marie, Marie et Dopter. Schlagenhaufer (1901) établit l'analogie de ces tumeurs avec celles qui se développent aux dépens du placenta et leur donna le nom de chorio-épithéliomes. Actuellement, cette interprétation est admise par la plupart des histologistes.

Les chorio-épithéliomes sont des tumeurs toujours hémorragiques et nécrotiques de coloration rouge violacé ou noirâtre, parsemées de cavités anfractueuses qui contiennent du sang et des caillots. Certaines parties ont un aspect spongieux. Ailleurs, on voit des plaques blanchâtres et des cloisons fibreuses plus ou moins importantes.

Histologiquement, ces tumeurs présentent un mélange de formes cellulaires très variées, baignant dans du sang plus ou moins altéré. Quelques cas plus typiques montrent des villosités choriales, parfaitement reconnaissables, et tous les éléments observés peuvent être, en définitive, ramenés à deux types : plasmodes multinucléés et cellules polygonales représentant les dérivés des deux couches de la villosité choriale : couche syncitiale et couche des cellules de Langhans et van Beneden. Parfois ces éléments dessinent de véritables villosités, plus souvent ils constituent des nappes diffuses, parsemées de flaques sanguines, parfois enfin la disposition est des plus irrégulières et l'interpré-

tation n'est possible qu'à la lumière des cas plus typiques.

De même qu'à l'état physiologique (villosité choriale du placenta), à l'état pathologique, aussi bien dans les chorio-épithéliomes de l'utérus que dans ceux du testicule, ces éléments ont une affinité toute particulière pour le système vasculaire. Ils se substituent aux endothéliums vasculaires et les vaisseaux communiquent ainsi avec les cavités creusées dans la tumeur. Ceci explique leur tendance marquée à se généraliser par la voie sanguine et à donner des métastases dans les poumons et dans le foie. Ce sont des tumeurs de la plus haute malignité, les plus malins parmi les cancers nés des embryomes.

Certains auteurs ont réservé le nom de *placentome* aux tumeurs présentant des villosités choriales très nettes, le nom de *plasmodiome* désignant des cas moins typiques où l'on ne trouve que des plasmodes sans ébauche de villosité. En réalité, une même tumeur présente des aspects variés suivant ses divers points. Les métastases ne sont pas toujours du même type que la tumeur primitive. La division en placentomes et plasmodiomes est donc assez artificielle et sans grande valeur.

On vient de voir, par ce qui précède, les principaux caractères histologiques des embryomes du testicule, leur complexité tissulaire, les formes principales de tumeurs malignes qui peuvent en dériver. Il reste à rechercher l'origine de ces embryomes et à examiner les faits concernant leur histogenèse.

Origine des embryomes. — Les nombreuses théories qui ont tenté d'expliquer l'origine des embryomes en général — et tout particulièrement des embryomes des glandes génitales — peuvent se diviser en trois catégories :

1° Théorie de l'enclavement.
2° Théories parthénogénétiques.
3° Théories blastomériques.

1° La *théorie de l'enclavement* pur et simple d'un pli cutané ne peut s'appliquer qu'aux kystes dermoïdes simples de certaines régions (sternale, abdominale, sacro-coccygienne, périnéale) et n'explique nullement l'origine des tumeurs à tissus multiples.

2° Les *théories parthénogénétiques* remarquant que la cellule séminale du testicule est une cellule-mère susceptible, après fécondation, de reproduire tous les tissus, supposent que, pathologiquement, un développement parthénogénitique de ces cellules — remplaçant le développement après fécondation — donne naissance à des tumeurs où les différents tissus sont représentés. Ou bien encore que dans l'ovaire, des globules polaires résultant des mitoses réductionnelles de l'ovocyte sont susceptibles de se développer parthogénétiquement en donnant des tumeurs à tissus multiples.

Mais, outre que cette théorie, dans sa forme classique repose sur un faisceau de pures hypothèses, elle ne saurait s'appliquer aux embryomes des régions autres que les glandes génitales. Et, d'ailleurs, on pourrait faire remarquer que lorsque la cellule séminale prolifère, elle donne un type de tumeur tout particulier, le séminome dont nous avons vu précédemment l'histogenèse.

3° D'après la *théorie blastomérique* des blastomères inclus pourraient se remettre à proliférer en donnant des éléments dérivés de l'ectoderme, du mésoderme, de l'endoderme, c'est-à-dire une tumeur de composition complexe.

Sous une forme détournée c'est la théorie de la cellule nodale de Bard qui reparaît, ici, avec toutes les difficultés qu'elle soulève.

En ce qui concerne tout particulièrement les tumeurs mixtes du testicule, Chevassu a repris, en la modifiant considérablement, la théorie de l'enclavement qui est devenue, ainsi transformée, la plus satisfaisante des théories classiques.

L'ébauche génitale se constitue, nous l'avons vu plus haut, sur la face interne du corps de Wolff ou mésonéphros, dans une région qui représente un carrefour d'ébauches tissulaires diverses avec lesquelles elle est en contact étroit : ébauche de la cortico-surrénale, sclérotome, myotome et les formations qui en dérivent. Dès lors quoi d'étonnant, pour Chevassu, si, dans cette région si profondément remaniée, au cours de ce développement si complexe, quelques cellules embryonnaires du sclérotome, du myotome, de la cortico-surrénale, du corps de Wolff se trouvent incluses dans l'ébauche testiculaire et si ultérieurement, reprenant leur évolution interrompue, elles donnent précisément les éléments divers qu'elles étaient destinées à constituer au cours d'une évolution normale.

Cette théorie a le grand avantage de faire appel à des notions embryologiques précises et elle paraît s'appliquer de manière satisfaisante à certains des faits observés, aux tumeurs de constitution assez simple et rappelant les types cellulaires de la région.

Mais, pas plus qu'aucune des théories classiques, elle ne saurait expliquer certains faits dont le plus important est la présence bien démontrée de tissu chorial et de formations chorio-placentaires dans les embryomes. De plus, une autre critique à faire à cette théorie comme à toutes les théories classiques, c'est que chacune est une théorie locale susceptible seulement de s'appliquer aux embryomes d'une région déterminée. Or, tous les embryomes, quelle que soit la région où on les rencontre, présentent entre eux une telle analogie que l'on est obligé de rechercher, pour les expliquer, une théorie ayant une portée générale.

Les récentes données embryologiques que nous avons exposées au début de cette étude ont permis d'en formuler une qui, malgré les hypothèses auxquelles elle doit faire appel, a le grand avantage de donner l'explication de tous les faits observés.

Nous avons vu que les éléments de la lignée germinale précocement individualisés (gonoblastes ou gonocytes) parvenaient ultérieurement jusqu'à la région de la future ébauche génitale par une migration des plus complexes, laquelle s'effectue à travers la plupart des ébauches organoïdes (myotomes, système nerveux, jamais la notochorde, peut-être à cause de ses gaines très précoces).

Or, ces cellules au nombre de plusieurs centaines, sont les véritables cellules totipotentielles, chargées de l'hérédité et susceptibles, après fécondation, de donner l'œuf et ultérieurement tous les tissus qui en dérivent. Un trouble dans leur migration, leur permanence en situation ectopique et ultérieurement leur développement parthogénétique, sous une cause encore hypothétique, expliqueraient la genèse des embryomes. On comprend ainsi l'identité générale de constitution et d'évolution des embryomes quel que soit leur siège et enfin deux des points essentiels de la question sont expliqués de manière satisfaisante :

L'extrême rareté — on peut dire l'absence — des glandes génitales dans les tumeurs à tissus multiples. Ce fait s'explique fort bien car la glande génitale ne peut se développer que par le concours de deux éléments : les gonoblastes et l'épithélium cœlomique où ils vont aboutir à l'état normal. Un trouble de migration empêchant cette évolution a donc, comme conséquence obligée, l'absence de tissu germinal.

Enfin, la question la plus importante est celle des formations chorio-placentaires, qu'aucune autre théorie ne peut expliquer. La théorie présente en rend facilement compte, l'œuf tératologique dont dérive la tumeur étant susceptible de donner comme un œuf normal des éléments de tous ordres, y compris ceux de l'ectoderme chorial. D'ailleurs, sur ce point, des recherches expérimentales récentes sont venues fournir un appui important. Les expériences d'un embryologiste belge M. Brachet, ont permis d'obtenir des cultures de vésicules embryonnaires de lapine sur du plasma. Dans ces conditions, il a constaté l'apparition extrêmement précoce des éléments destinés à donner le trophoblaste et ses dérivés, c'est-à-dire, les formations de l'ectoderme chorial. L'origine de ces éléments dans les embryomes paraît ainsi démontrée.

Ainsi se présentent actuellement les différents types histologiques des tumeurs du testicule. Les données embryologiques récentes, dues aux travaux modernes — et qui ont apporté de si précieux éléments à l'étude des tumeurs en général — ont transformé et éclairé le groupe si complexe que nous venons d'étudier. Et si des points de détail réclament encore pour être parfaitement élucidés des travaux complémentaires, les traits essentiels de la question paraisssnt définitivement acquis et une classification histologique rationnelle des tumeurs du testicule est réalisée.

BIBLIOGRAPHIE

Chevassu. Les tumeurs du testicule, *Th. de Paris*, 1906 (résumant tous les travaux antérieurs).

Massabuau. Epithélioma séminal du testicule, *Montpellier méd.*, 1907, p. 42-47.

Mönckeberg. Ueber syncitiumhaltige Hodentumoren, *Virch. Arch. f. path. Anat.*, Berlin 1907, p. 381-421, 2 pl.

Massabuau et d'Aiguilhon. Tumeur mixte du testicule ; présence d'éléments nerveux abondants, *Montpellier méd.*, 1908, p. 162.

Lecène. Tumeur maligne du testicule offrant à la fois les caractères d'une tumeur mixte et d'un épithélioma séminifère, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1907.

Jeanbrau et Massabuau. Tumeur mixte du testicule avec formations du type séminal et du type wolffien, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, Paris 1908.

Fenestae. Tumeurs du testicule, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1907.

Chevassu. Tumeur des cellules interstitielles du testicule, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1907, p. 684-687.

Branca et Bassetta. L'adénome testiculaire existe-t-il et peut-il exister, *Arch. gén. de chir.*, Paris 1908, p. 472-479.

Chevassu. A propos de l'adénome testiculaire, *Arch. gén. de chir.*, Paris 1908, p. 127-139 ; — L'adénome testiculaire existe, *Ibid.*, 1908, p. 601 ; — Discussion sur les tumeurs mixtes du testicule, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1908, p. 444-448.

Weber (Ernst). *Ein Beitrag zur Kenntnis der malignen Geschwülste des Hodens*, Emmendingen 1908, Dolter, 30 pages.

Ohkubo. Zur Kenntnis der Embryome des Hodens, *Arch. f. Enk. d. Org.*, Leipzig 1908, p. 509-630, 2 pl.

Guibé. Tumeurs du testicule, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1908, p. 467-473.

Potel et Bbuyant. Sur un cas d'épithélioma testiculaire paraissant d'origine wolffienne, rapporté par Mauclaire, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1909, p. 508.

Klippel et Monier-Vinard. Double processus de dégénérescence maligne à point de départ dans un embryome testiculaire, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, Paris 1909, p. 41-49.

Ortali. Degenerazione cistica del testicolo. Malattia di Malassez, *Riv. med.*, Milano 1910, p. 69-72.

Nadal (P.) et Ferron. Tumeur tératoïde du testicule, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1910, p. 622-625.

Künnemann. Ueber Hodentumoren beim Hunde, *Arch. f. Wits. u. prakt. Pierh.*, Berlin 1910.

Glaserfeld. Ueber das Hodenteratom mit chorion-epitheliomahnlichen Bildungen, *Zeit. f. Krebs.*, Berlin 1910, p. 570-578.

Chevassu. Le diagnostic clinique des cancers du testicule, *Presse méd.*, Paris 1910, p. 363-367.

Ward. Multilocular cystic disease of the testicle, *Birmingh. med. Rev.*, 1911, p. 183.

Sigl. Ueber Chorionepithelium des Hodens ohne Teratombildung, *Ann. d. Städt. allg. Krank. München*, 1910, p. 387-412.

Stoppato. Ueber Zurschenzellentümoren des Hodens, *Beit. z. path. Anat. und zu allg. Pathol.*, Iéna 1911, p. 113-142.

Jourdan (Et.). Grand kyste de l'épididyme, *Montpellier méd.*, 1911, p. 209-212.

Palazzo (G.). *L'Epitelioma seminifero. Tumori*, Roma 1911, p. 339-354, 5 pl.

Vecchi. Teratome. Teratoïde Geschwülste und Mischtumoren des Hodens, *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig 1912, p. 104-162.

Stokes. The probable embryologic origin of mixed tumors of the testicle, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1913.

Meyer (R.). *Zur Kenntnis der Struktur und pathogenese der embryonalen Hodenteratome Marburg*, Wiesb. 1913.

Sakaguchi. Zur Kenntnis der malignen Hodentumoren vor allen der epithelielen, *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig 1913 ; — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule, spécialement des formes épithéliales, *Arch. gén. de chir.*, Paris 1914.

Hardouin et Potel. Deux observations de tumeurs du testicule chez l'enfant, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1914.

Blegen. *Tumors of the testicle*, Chicago 1916-1917.

Herzog. Ueber ein metastasierendes malignes Hodenteratom und zeine Histogenese, *Beit. z. path. Anat. und Zeit. allg. Path.*, Iéna 1917.

Paine et Peyron. Séminome du testicule du lapin avec greffe et généralisation à la deuxième génération, *C. R. de l'Acad. des sciences*, Paris 1918.

Van Ryssel. Een Geval van chorionepithelioma malignum testiculi, *Psych. en Neurol.*, Amsterdam 1918.

Slye (Maud), Holmes (Harriett) et Wells. Comparative pathology of testicle tumors, *Trans. Chicago path. Soc.*, 1917-1918 ; — The comparative pathology of tumors of the testis, *Journ. cancer Research*, Balt. 1919 ; — Primary spontaneous tumors of the testicle and seminal vesicle in mice and other animals. Studies in the incidence and inheritability of spontaneous tumors in mice, *Journ. cancer Research*, Balt. 1919.

Hartmann et Peyron. Placentomes et choriomes du testicule, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris 1919 ; — Sur les malformations d'origine chorio-ectodermique dans les tumeurs du testicule, *C. R. de l'Acad. des sc.*, Paris 1919.

Sternberg. Ueber ein malignes Hodenteratoid, *Frank. Zeit. f. Path.*, Wiesb. 1919.

Bazy. Tératome du testicule, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1919.

Bergeret et Peyron. Séminome du testicule, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1919, p. 412-414.

Jackson. Chorion-epithelioma of the testis, with report of a case, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1919.

Marion. Tumeur du testicule, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1920, p. 1273.

Delord. Cancer du testicule, *Montpellier méd.*, 1920, p. 18-20.
Descomps. Conclusions à la discussion sur les tumeurs du testicule, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1920, p. 1079.
Hédinger. Ueber Wücherung der Leydigschen... Zwischenzellen bei chorionepitheliom des Hodens, *Zeit. f. aug. Anat.*, 1920, p. 1855-1859.
Petit et Peyron. Sur l'origine sertolienne de l'épithélioma séminifère chez le chien, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921, p. 489-491.
Renaud. Epithélioma du testicule à marche rapide, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1920, p. 567.
Peyron. Sur les tumeurs de la glande interstitielle du testicule du cheval, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1921, p. 625-627; — Sur le mode de développement des tumeurs de la glande interstitielle du testicule chez le cheval, *Ibid.*, p. 461-464.
Roussy et Leroux. *Diagnostic des tumeurs*, Paris 1921.
Ball. Sur deux cas de tumeurs de la glande interstitielle du testicule chez le chien, *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, Paris 1922.
Peyron. Sur les tumeurs des glandes génitales, *Bull. de l'Assoc. franç pour l'étude du cancer*, 1922.
Ménétrier, Peyron et Isch-Wahl. Un chapitre spécial de l'histogenèse des tumeurs, *Paris méd.*, 18 fév. 1922.
Masson (P.). *Les Tumeurs*, Paris 1923.
— En ce qui concerne les figures relatives aux types de tumeurs décrits, consulter en dehors des mémoires originaux des auteurs :
Ménétrier. *Cancer*, Paris 1908.
Roussy et Leroux *Diagnostic des tumeurs*, Paris 1921.
Masson. *Les Tumeurs*, Paris 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1923)

Sur la prétendue existence d'une onde excitatrice qui se prolongerait dans le myocarde. — M. J. Athanasiu. La contraction du myocarde dans chacun des deux segments du cœur auriculaire et ventriculaire commence au même instant dans toute la masse du segment considéré, les deux phénomènes se succédant dans l'ordre physiologique. Ce synchronisme fonctionnel ne peut être que le résultat de l'activité du système nerveux intrinsèque du cœur.

L'orientation et le sens visuel de la durée. — M. Nicati. La faculté d'orientation reconnue aux oiseaux planeurs et migrateurs, aux pigeons éloignés du nid, comme aux abeilles écartées de la ruche, expliquée tantôt par un sens propre et tantôt (comme a fait récemment Rochon-Duvigneau) par une organisation supérieure de l'appareil visuel, comporte une explication plus simple liée au vol de ces animaux.

L'acuité visuelle des insectes est obtuse au point que l'apiculteur avisé opère dans la ruche, sans voile protecteur, s'il sait agir lentement; mais toute brusquerie de sa part met la ruche en émoi, indiquant une extrême sensibilité aux mouvements de la lumière. L'acuité visuelle humaine elle-même très aiguisée au centre maculaire de la rétine est obtuse dans tout le reste de son étendue alors que les mouvements de la lumière l'impressionnent partout également. C'est donc, semble-t-il bien, que le déplacement relatif (parallactique) des images doit contribuer singulièrement à la vision.

C'est ce déplacement relatif des images rétiniennes qu'utilisent les insectes et les oiseaux dans leurs girations préliminaires à l'orientation.

Enfin, si l'homme est « habile à diriger ses pas dans la foule sans fixer du regard personnages et véhicules mouvants en sens divers, c'est au déplacement relatif des lumières, par conséquent à la même cause qui permet l'orientation par le vol qu'il le doit, c'est-à-dire à l'utilisation d'un sens visuel de la durée (étant communément entendu qu'on appelle de ce nom les relativités de temps qui caractérisent les variétés du mouvement). »

Transformation expérimentale du sexe par ovariotomie précoce chez la poule domestique. — M. Jacques Benoit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1923)

M. le Président annonce la mort de M. Linossier, membre correspondant.

Le statut des sages-femmes. — La discussion se poursuit. Plusieurs articles de la Commission ont été adoptés sans discussion.

Sur l'insistance de MM. Bar et Pinard au moment de la discussion sur l'article concernant les soins que la sage-femme doit donner à l'enfant, on a adopté cet amendement qu'en cas de maladie de l'enfant la sage-femme devait demander un médecin.

M. Mesureur a proposé un amendement demandant qu'avant de passer l'examen d'entrée à l'école des maternités la sage-femme fût munie du brevet élémentaire.

Malgré l'opposition de M. Bar, qui craint que cette exigence ne rende plus difficile encore le recrutement des sages-femmes, déjà si difficile, cet amendement mis aux voix a été adopté.

Au point de vue de la durée de la protection de l'enfant une discussion s'engage, les uns demandant que cette durée soit de trois ans, les autres de deux ans. C'est cette dernière opinion qui a été adoptée par l'Académie.

MM. Bar, Pinard et Wallisch déclarent qu'il est indispensable d'exiger que les sages-femmes ne pratiquent le toucher vaginal et surtout le toucher utérin qu'avec des gants stérilisés.

Appareil à respiration artificielle. — MM. Jean Camus et Piketty présentent un appareil pour respiration artificielle qu'ils ont expérimenté sur un grand nombre d'animaux et qui leur a donné satisfaction.

Contrairement à la plupart des appareils pour respiration artificielle qui sont uniquement inspirateurs, leur appareil est composé de deux soufflets : l'un inspirateur, l'autre expirateur.

Ces deux soufflets n'ont pas de communication entre eux, l'un envoie l'air dans le poumon, l'autre aspire et rejette au dehors l'air de l'expiration. Une commande automatique de distribution dès le début du mouvement d'inspiration ferme le tube de l'expiration, et de même au début de l'expiration ferme le tube d'inspiration.

A la place de l'air atmosphérique un dispositif permet d'amener de l'oxygène ou un autre gaz au soufflet d'inspiration; les gaz expirés peuvent, d'autre part, être recueillis à la sortie du soufflet d'expiration.

Les soufflets sont actionnés à la main ou à l'aide d'un moteur électrique qui permet à la respiration artificielle de se poursuivre régulièrement pendant plusieurs heures. Un rhéostat règle le rythme; quant au volume d'air insufflé il est réglé à l'aide de plusieurs trous de fixation de la bielle.

Grâce aux variations de rythme et aux variations de volume d'air inspiré et d'air expiré l'appareil peut être employé chez des animaux de tailles et d'espèces différentes et aussi chez l'homme. Les auteurs l'ont utilisé chez des chiens de toutes les tailles et chez des lapins.

Pour relier la soufflerie à l'appareil respiratoire de l'animal la technique est la même que pour les autres dispositifs à respiration artificielle; on peut faire une trachéotomie et fixer une canule sur la trachée, on peut encore procéder par tubage ou se servir d'un masque.

La ventilation assurée par cet appareil est très active et très complète ainsi que le montrent les graphiques. L'acide carbonique et les gaz toxiques sont plus vite aspirés et éliminés qu'avec les appareils à insufflation simple.

Les auteurs ont pu ramener à la vie des animaux après paralysie des centres respiratoires, des animaux parvenus à un degré d'asphyxie très avancé, des animaux profondément intoxiqués par l'oxyde de carbone à tel point qu'ils n'avaient plus au moment de la mise en marche de l'appareil que des respirations agoniques très espacées.

Crises vasculo-sanguines déterminées par le chlorure de sodium chez les cardio-veineux. — M. Le Calvé fait une communication sur ce sujet.

Amputations cinéplastiques. — M. Bosch Arana. Les amputations cinéplastiques sont des procédés de mutilation qui, moyennant la formation d'un tunnel ou œil de peau, en traversant les muscles de l'extrémité du moignon permettent d'attacher l'appareil de la main artificielle et de lui donner un mouvement actif, volontaire en relation directe avec le désir du malade.

Deux différents moignons sont construits par le professeur Bosch Arana, soit en anse, soit en massue; tous ont réussi mais il préfère les premiers parce que le tunnel ne s'efface pas comme les massues. Il a construit deux et trois tunnels dans l'extrémité du moignon qui lui donna trois forces puissantes pour manier la main artificielle.

Le rendement express en kilogramètres donne une idée de l'avantage de ces nouvelles amputations, puisque l'auteur a obtenu 15 et même 30 kilogrammes de force dans ces moignons.

Une fois l'opération réalisée, le chirurgien doit étudier le problème de la prothèse avec les orthopédistes en faisant la main qui convient au mutilé. Ce second problème est indispensable pour compléter les amputations cinéplastiques puisque les moignons ne servent à rien si les constructions mécaniques ne vont ensemble.

Les mains artificielles qu'a employées le docteur Bosch Arana sont simples. Enfin, une fois le problème résolu, chirurgical et prothétique, reste la rééducation du mutilé pour manier avec souplesse, précision et adresse les doigts de la main artificielle.

Le professeur Bosch Arana a montré dans un film cinématographique ses résultats. On voit ainsi le perfectionnement qu'ont subi ces opérations qui lui ont donné dans les dernières années des résultats merveilleux.

Il a montré deux mutilés de deux avant-bras qu'il avait opérés, appareillés avec ces bras artificiels, et qui profitent de ces bras pour manger, coiffer, fumer, saluer, etc.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 8 novembre 1923)

Régénération du nerf cubital après une autogreffe. — MM. André Thomas et Villandre présentent une malade dont on a réséqué le nerf cubital à l'avant-bras sur 15 centimètres. Il a été remplacé par un fragment du brachial cutané interne prélevé sur le bras de la malade. La restauration motrice a fait de grands progrès, mais la restauration sensitive est un peu en retard.

Sur la diffusion des réponses au cours de la recherche des réflexes tendineux dans un cas de sclérose diffuse du névraxe. — MM. Georges Guillain et Alajouanine présentent une malade atteinte d'une affection caractérisée par des troubles de la marche et de la parole, de la déséquilibration, de l'asynergie des mouvements aux membres supérieurs et inférieurs, de l'exagération des réflexes tendineux avec réflexe cutané plantaire en flexion, du puérilisme mental avec rire et pleurer spasmodique, le liquide céphalo-rachidien étant normal à tous les points de vue. Il s'agit, dans ce cas, d'une sclérose diffuse du névraxe dont l'origine exacte (séquelle d'encéphalite, sclérose en plaques) est difficile à préciser. Les auteurs insistent spécialement dans leur communication sur un phénomène très particulier observé chez cette malade, la diffusion des réponses au cours de la recherche des réflexes tendineux. Ainsi la percussion médio-plantaire détermine une contraction des adducteurs de la cuisse, du couturier, du tenseur du fascia lata, du grand fessier; la percussion styloradiale ou des métacarpiens amène, outre la flexion de l'avant-bras, la contraction du grand pectoral; la percussion médio-pubienne provoque, en plus de la contraction musculaire normale, la contraction des grands dorsaux et du deltoïde; la recherche du réflexe naso-palpébral donne lieu à une contraction des grands pectoraux et des deltoïdes. Les auteurs se proposent de revenir ultérieurement sur l'étude de ces réflexes diffusés, de montrer par l'analyse des inscriptions graphiques des secousses musculaires à distance que celles-ci ont les caractères des secousses réflexes avec un temps perdu qui leur est particulier et enfin d'en dégager l'intérêt séméiologique et physiopathologique.

Technique de l'injection lipiodolée rachidienne. — MM. Sicard, Hagueneau et Laplane insistent sur la nécessité d'une technique rigoureuse dans le contrôle de la cavité sous-arachnoïdienne par le lipiodol. Ils montrent comment on peut éviter les causes d'erreur localisatrice, et font ressortir les services diagnostiques que la méthode, bien maniée, est appelée à rendre chez les sujets suspects de compression médullaire. Ils présentent un certain nombre de malades opérés avec succès pour des tumeurs de la moelle, dont le siège a pu être précisé, grâce à l'épreuve lipiodolée.

Au sujet du diagnostic des tumeurs de la moelle et des racines. De la valeur de la méthode au lipiodol. — M. Clovis Vincent. Les tumeurs des racines rachidiennes, on le sait depuis Cruveilhier, évoluent en deux périodes, l'une préparaplégique, l'autre paraplégique. A la période paraplégique, il existe d'une façon essentielle des troubles de la motilité volontaire et réflexe, des troubles de la sensibilité, de l'hyperalbuminose rachidienne. Quand les troubles moteurs sont très prononcés, les troubles sensitifs existent à coup sûr. Ce qui revient à dire : il n'y a pas de paraplégie vraie par tumeur de la moelle sans troubles sensitifs. Mais il convient de s'expliquer sur ces derniers.

Ces troubles sensitifs sont constitués, tantôt à la fois par des phénomènes douloureux et par une anesthésie dissociée ou complète; tantôt seulement par une anesthésie dissociée ou complète. On n'a pas le droit de dire qu'un malade ne présente pas de trouble sensitif si les sensibilités tactile, douloureuse, ont été seules appréciées. Les sensibilités thermiques sont d'ordinaire les premières et les plus complètement troublées dans les tumeurs de la moelle. C'est avec un tube chaud et un tube froid qu'on doit principalement apprécier la sensibilité en pareil cas.

Dans ces conditions, il devient facile d'apprécier la valeur de l'arrêt du lipiodol dans un syndrome paraplégique par rapport à l'existence d'une tumeur : quand il existe à la fois un syndrome moteur tel que nous l'avons défini, des troubles sensitifs tels que nous les avons définis, l'arrêt du lipiodol confirme l'existence d'une tumeur. Mais un syndrome paraplégique sans troubles sensitifs évidents, même si le lipiodol reste suspendu, n'est pas lié à la présence d'une tumeur.

A la période préparaplégique, les troubles de la motilité volontaire, les troubles des réflexes tendineux et cutanés sont nuls ou très légers. Ce sont encore les troubles sensitifs, des douleurs à caractère particulier qui doivent faire penser à une tumeur. Ces douleurs peuvent être à topographie radiculaire, ou à caractère radiculaire, ou bien elles peuvent être diffuses. Elles se présentent alors avec l'aspect d'une rachialgie totale (torticolis, dorsalgie, lumbago superposés à une sciatique double). Ces douleurs s'accompagnent d'une contracture considérable des muscles de la nuque, des muscles dorso-lombaires, des muscles postérieurs de la cuisse; elle est elle-même très douloureuse. Contracture et douleurs augmentent ensemble et finissent par immobiliser plus ou moins complètement le malade; c'est la paraplégie par douleur qu'avait décrite Cruveilhier dès 1835. Son caractère essentiel — dit cet auteur — est de disparaître en même temps que la douleur. Les malades présentés par M. Sicard réalisent ce type de paraplégie. Quand une paraplégie se présente dans ces conditions, l'arrêt du lipiodol nous paraît avoir une valeur considérable, et c'est là le grand mérite de la méthode de M. Sicard.

Côte cervicale et pachyméningite tuberculeuse fruste. — M. Clovis Vincent. Les côtes cervicales vraies, c'est-à-dire articulées et les apophyses transverses longues ou mieux allongées, déterminent bien plus rarement qu'on ne le dit un syndrome de compression radiculaire. Dans bien des cas, la pseudo-côte cervicale est le témoin et non la cause du syndrome observé; la cause directe paraît être un mal de Pott cervical fruste ou une pachyméningite cervicale tuberculeuse sans altération osseuse notable, comme semble l'indiquer la

guérison des troubles radiculaires par l'extension continue. En voici un exemple : femme de cinquante ans; vient consulter pour des douleurs datant de six mois dans le territoire radiculaire des VIe-VIIe cervicales gauches. Les réflexes tendineux correspondant à ces racines, réflexes de pronation, réflexes d'extension sont abolis alors que le réflexe de flexion de l'avant-bras persiste. Au membre supérieur droit tous les réflexes sont normaux. Dans le creux sus-claviculaire gauche, tuméfaction dure, visible et tangible. Contracture des muscles du cou, droite et surtout gauche. A la radiographie, apophyses transverses dépassant de 1 centimètre et demi le plan des autres apophyses. Tuberculose pulmonaire ancienne, clinique et radiologique. Traitement : extension continue par plâtre sur la malade couchée. Dès le quatrième jour les douleurs disparaissent. Après trois mois les réflexes de pronation et d'extension de l'avant-bras gauche sont reparus. Actuellement, la malade se sert de son membre.

Comment expliquer cette transformation si la pseudo-côte était la seule cause du syndrome radiculaire? Il faut admettre d'autres causes. L'existence de la contracture, le cloisonnement de l'espace épidural, la bacillose pulmonaire et ganglionnaire ancienne portent à penser qu'il s'agit d'un mal de Pott fruste ou d'une pachyméningite bacillaire.

Etude sur la perméabilité de la cavité épidurale au lipiodol dans le mal de Pott. — M. Clovis Vincent. Chez le cadavre normal, l'espace épidural est perméable au lipiodol du haut en bas. Il en est de même chez la plupart des sujets normaux. Dans le mal de Pott dorsal classique apparent cliniquement et radiologiquement le lipiodol peut ne pas s'arrêter quand il est injecté par la méthode de M. Sicard dans la cavité arachnoïdienne au niveau de la lésion, alors que par la voie épidurale le lipiodol reste suspendu au niveau de la lésion. Injecté dans l'espace épidural à différents niveaux (région cervicale, région dorsale, région lombaire) le lipiodol ne subit d'ordinaire que très peu de mouvement de translation verticale. L'espace épidural est barré dans le sens de la hauteur. Il est des cas où la translation se fait seulement dans le sens latéral, immédiatement ou dans les jours suivants; la voie des racines est plus ouverte que le canal lui-même. Dans certains cas de pachynévrite radiculaire avec ou sans lésion tuberculeuse des corps vertébraux, on peut mettre en évidence des faits identiques dans les cas où la clinique permet de localiser une lésion.

Par voie épidurale, il ne s'agit pas d'apprécier la perméabilité de cet espace considéré dans toute sa hauteur; mais on peut apprécier la perméabilité générale d'un segment donné de cet espace désigné par les troubles radiculaires.

Injection lipiodolée sous-arachnoïdienne dans un cas de pachy-méningite cervico-dorsale — MM. Souques, Blamontier et de Massary montrent un homme de trente-trois ans, syphilitique depuis onze ans, qui présentait, en juillet dernier, une quadriplégie s'étant installée progressivement depuis trois mois ; elle s'accompagnait d'exagération des réflexes tendineux et de défense, de clonus du pied, d'extension des deux orteils et de dissociation syringomyélique de la sensibilité remontant jusqu'à D_4.

La ponction lombaire montrait un liquide xanto-chronique, se coagulant rapidement, une lymphocytose légère, une albuminorachie très élevée (21g20), des réactions de Wassermann et du benjoin colloïdal positives.

L'injection lipiodolée sous-arachnoïdienne par voie occipito-atloïdienne montra un arrêt total de l'huile iodée en C_7.

Le malade fut soumis à un traitement bismuthique intensif (24 injections intrafessières de 3 centimètres cubes d'un sel insoluble). Moins de deux mois après, il descendait seul un escalier de trois étages. Actuellement la démarche est encore un peu spasmodique ; les réflexes abdominaux supérieurs sont revenus, les troubles de la sensibilité ont presque disparu.

Une nouvelle injection de lipiodol montra récemment qu'il n'existait plus qu'un arrêt partiel en D_2. Le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal : l'albumine est tombée à 0g40 ; les réactions du benjoin et de Wassermann sont négatives.

La compression exercée en C_8 et D_1 a laissé comme séquelles, une atrophie du court adducteur du pouce droit, de l'inégalité pupillaire et une diminution de la fente palpébrale droite.

Les auteurs avaient d'abord pensé à une tumeur de la moelle, mais les indications qui leur furent données (arrêt du lipiodol, syndrome de Frouin) sur le blocage méningé existant leur firent ensuite porter le diagnostic de méningite cervico-dorsale hypertrophique syphilitique.

Ils insistent sur la précision que leur a fournie l'injection d'huile iodée montrant par son arrêt primitif en C_7 un écart de trois segments avec la limite supérieure des troubles de la sensibilité (D_4).

Conditions du clonus du pied d'origine périphérique. — M. Souques représente une malade déjà présentée par lui, il y a quelques mois, et qui avait, à cette époque, un clonus du pied droit, accompagné d'exagération des réflexes tendineux et d'amyotrophie diffuse du membre inférieur correspondant. Ce clonus était la conséquence d'un hématome douloureux du mollet droit, datant de trois ans et ayant conservé une rétraction musculo-tendineuse du triceps sural. Cette rétraction empêchait le redressement complet du pied.

Pour expliquer ce clonus, l'auteur avait admis le mécanisme suivant :

1° Une hyperexcitabilité de la moelle provoquée et entretenue par l'hématome douloureux ;

2° L'impossibilité de redresser complètement le pied. Et il avait conseillé une ténotomie du tendon d'Achille. Cette ténotomie a permis le redressement complet du pied et fait disparaître le clonus, montrant par là que des deux conditions supposées, la seconde est la plus importante.

Etat du réflexe oculo cardiaque chez les bulbaires et pseudo-bulbaires. — MM. Barié et Crusem (de Strasbourg) ont étudié, au moyen de l'« oculo-compresseur à res-orts », le réflexe oculo-cardiaque chez neuf sujets atteints de paralysie labio-glosso-laryngée, chez trois autres, porteurs de lésions bulbaires variées et chez deux « pseudo-bulbaires ». Chez les labio-glosso-laryngés, ils ont observé huit fois, un ralentissement du pouls allant de 16 à 48 pulsations, chez les bulbaires du second groupe le réflexe oculo-cardiaque était également positif, il était aboli chez les pseudo-bulbaires.

Les auteurs font remarquer que ces résultats sont en contradiction avec la conception ordinaire du réflexe oculo-cardiaque; ces faits, ajoutés à certains autres, mis en relief par les auteurs, conduisent à remanier les voies centrales du réflexe oculo-cardiaque et à faire des réserves sur la signification précise qu'on donne souvent aux formes qu'il peut présenter.

Symptômes pseudo-cérébelleux d'origine cérébrale par lésion étendue en longueur de la région supéro-interne de l'hémisphère droit. — MM Foix, Thévenard et Mme Nicolesco-Maniu montrent les coupes microscopiques sériées du cerveau d'un malade déjà présenté à la Société et ayant eu les troubles suivants :

1° Epilepsie jacksonnienne à début par le pied gauche et souvent limitée au membre inférieur;

2° Incoordination des mouvements du côté gauche avec asynergie marquée du membre supérieur et saccades rappelant celles de la sclérose en plaques.

3° Hypotonie et passivité avec réflexes pendulaires.

Pas de diminution de la force, sauf peut-être au niveau du pied; pas de troubles nets de la sensibilité et en particulier de la notion de position.

A l'autopsie, tubercule paraissant macroscopiquement limitée à la région paracentrale, et sur les coupes lésion beaucoup plus étendue. Elle apparaît à la partie toute postérieure du lobule paracentral qu'elle envahit ensuite presque dans son entier sans cependant le détruire complètement.

Plus en avant elle s'étend un peu sur la région supéro-externe atteignant ainsi le tiers supérieur de la pariétale ascendante et de la frontale ascendante. Ici aussi la destruction est incomplète, elle se restreint ensuite au bord supérieur de l'hémisphère atteignant ainsi la moitié postérieure de F_1 pour disparaître enfin à ce niveau. (Cette lésion est irrégulière et entre Fa et F_1 se trouve à un moment réduite à quelques millimètres.) De tous les points des régions atteintes part un pinceau de fibres dégénérées.

En résumé : lésion étendue de la partie supéro-interne de l'hémisphère cérébral droit allant du précuneus à la partie moyenne de F_1 et empiétant sur le tiers supérieur de Pa et aussi à un moindre degré de Fa.

Le caractère non complètement destructif de la lésion et son siège explique sans doute la discrétion des troubles moteurs et l'absence sensiblement complète des troubles sensitifs.

Quant aux phénomènes pseudo-cérébelleux à rapprocher de ceux observés chez les blessés de guerre par MM. Claude et Lhermitte, il est difficile d'en faire une localisation. Sans doute sont-ils en rapport avec les centres corticaux des voies cérébelleuses centripètes et centrifuges.

L'étendue même de la lésion joue peut-être en dehors de son siège un rôle pathogénique important.

La sédimentation globulaire et le rapport de sédimentation dans la maladie de Parkinson et le parkinsonnisme postencéphalitique. — MM. J. LHERMITTE et NICOLAS, dans quatre cas de syndrome parkinsonnien typique consécutif à l'encéphalite léthargique et dans trois cas de maladie de Parkinson sénile, ont recherché s'il existait des modifications de la vitesse de sédimentation des hématies et du rapport de sédimentation établi par Peyre, modifications qui appuieraient la distinction clinique entre ces deux groupes d'affections.

De ces recherches, il résulte que si l'on observe des inégalités assez accusées de la sédimentation chez ces différents sujets, celles-ci ne présentent aucun caractère particulier. Aussi bien dans la maladie de Parkinson sénile que dans le parkinsonnisme, la sédimentation peut être accélérée ou ralentie.

Les variétés symptomatiques de la paralysie agitante et le syndrome parkinsonnien n'influent en aucune manière sur le comportement de la sédimentation. Il en est de même de l'âge des sujets. On ne saurait donc tirer de l'épreuve de Fahrens aucun élément valable pour la détermination d'un pronostic ou d'un diagnostic dans les états parkinsonniens.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1923)

Considérations physico-chimiques sur la protéinothérapie. — M. KOPACZEWSKI, dans une véritable revue des divers travaux faits sur la protéinothérapie en comparaison avec la sérothérapie et la vaccinothérapie, etc., montre combien les phénomènes chimiques sont quasi-identiques entre eux dans chaque cas et arrive à la conclusion suivante :

Le mécanisme de toutes les injections des bactéries, des vaccins, des sérums les plus variables des matières protéiques différentes, des colloïdes et parfois même des substances ionisées semble, à l'état actuel de nos connaissances identiques : c'est le choc.

La protéinothérapie agit par le choc.

L'opothérapie par les radiations. — M. Ch. SCHMITT, après avoir rappelé que les rayons X : 1° à doses très faibles sont excitants ; 2° à doses faibles sont tempérants ; 3° à doses moyennes sont suspendants ; 4° à doses fortes sont mortels pour les cellules différenciées et parasitaires, 5° à doses très fortes sont destructeurs de tout tissu vivant ; signale les avantages qu'il y a d'employer les doses très faibles, faibles et moyennes pour exciter, tempérer ou suspendre des glandes endocrines.

L'auteur donne d'ailleurs de courtes observations cliniques en faveur de cette idée et fait entrevoir tout l'heureux parti qu'on pourrait tirer de cette méthode non encore pratiquée couramment.

De l'utilisation des eaux minérales par la voie hypodermique. — M. ROLLAND (de Decize) a eu l'idée d'utiliser

l'eau minérale d'une source voisine, celle de Saint-Aré, en injections sous-cutanées. Il fut amené à agir ainsi, eu égard à l'asepsie complète présentée par les eaux minérales ampoulées au griffon de la source, et surtout pour utiliser les propriétés d'une eau vraiment vivante n'ayant pas eu à subir la stérilisation. Ce procédé peut s'appliquer à toute autre eau d'une source froide et constitue une méthode générale, susceptible d'une grande extension. L'eau de Saint-Aré possédant des propriétés hypotensives très caractérisées, il s'en servit chez des malades présentant de l'hypertension et obtint assez rapidement chez eux une baisse prononcée de la tension artérielle avec grande amélioration de l'état général. Ce qui fait l'intérêt de cette méthode c'est non seulement son originalité mais aussi son efficacité avec des doses minimes de l'eau employée.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 27 MARS 1923 MODIFIANT LES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 317 DU CODE PÉNAL

AVORTEMENTS

Pour enrayer la crise de la dépopulation, le législateur, parmi les moyens qu'il emploie, lutte contre les avortements. Cette lutte n'est pas d'hier, elle est ancienne : dans un rapport qu'il avait fait à la Commission de la dépopulation établie, depuis 1902, par M. Waldeck Rousseau au ministère de l'Intérieur, le sénateur Strauss constatait l'effrayante progression des avortements et il concluait ainsi : « Une double cause semble avoir contribué à cet accroissement formidable du nombre des manœuvres abortives. D'une part, celles-ci sont devenues plus faciles et plus rapprochées de la conception : de l'autre, elles ont été vulgarisées par une double propagande doctrinale et pratique ». En 1910, le sénateur Lannelongue saisissait le Sénat d'une proposition de loi tendant à combattre la dépopulation par la suppression des avortements. Cette proposition fit l'objet de divers rapports au Sénat; et les moyens qui étaient prévus pour lutter contre l'avortement peuvent se résumer ainsi :

1° Réglementation et surveillance des maisons d'accouchement;
2° Correctionnalisation de l'avortement;
3° Excuse absolutoire en faveur de l'avortée qui dénonce ses complices;
4° Répression de tous les moyens de provocation à l'avortement; notamment par la publicité, et de la propagande anticonceptionnelle;
5° Droit de poursuite accordé aux syndicats médicaux.

Le Sénat vota un texte de loi comprenant la réglementation de ces divers moyens de lutte contre l'avortement. Mais, ce texte ne put être mis en discussion à la Chambre des députés, malgré deux rapports déposés l'un en 1919 par M. Leredu, l'autre en 1920 par M. René Lafarge. L'un des motifs de ce retard a été l'introduction de nombreux amendements, dont l'un d'eux concernait la restriction du secret professionnel des médecins.

Cependant, en raison de la propagande malthusienne, M. Ignace, député, estima qu'il était nécessaire de distraire des propositions faites les textes qui visaient la propagande anticonceptionnelle, que le Sénat avait déjà votés et que la Commission de législation civile et criminelle avait proposé à la Chambre d'adopter. Ce fut l'origine de la loi du 31 juillet 1920, que nous avons fait connaître dans une étude précédente.

Cette loi arrêta dans une certaine mesure les progrès de la propagande anticonceptionnelle; mais le nombre des avortements ne faisait que s'accroître. Ce qui était le plus grave, c'était l'impunité dont, malgré ou plutôt même à cause de la sévérité des dispositions pénales qui réprimaient le crime, poursuivi devant la Cour d'assise, bénéficiaient avorteurs et avortées. Il fallait donc faire de l'avortement un délit, réprimé par le Tribunal correctionnel; la peine serait moins élevée, mais elle serait prononcée par des magistrats de carrière qui se laisseraient moins influencer que des jurés « qui, n'ayant pas l'habitude de juger, se laissent plus facilement émouvoir et se montrent souvent faibles dans la répression. »

C'est dans ces conditions que la loi du 27 mars 1923 a été votée.

Dans ses trois premiers paragraphes, l'article 317 ancien du Code pénal s'exprime ainsi :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violence ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, *sera puni de la réclusion.*

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à *la peine des travaux forcés à temps,* dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. »

En raison des peines ainsi édictées, l'avortement était un crime, et, par conséquent, jugé par la Cour d'assises. La loi nouvelle en fait un délit, jugé par le Tribunal correctionnel.

Au lieu de punir de la réclusion, celui qui a procuré l'avortement par les moyens prévus, la loi de 1923 le punit d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 500 à 10 000 francs. Le nouveau paragraphe 1er de l'article 317, contient deux additions : *a.* l'ancien paragraphe prévoyait comme moyens artificiels de procurer l'avortement, les aliments, breuvages, médicaments, violences; à cette énumération sont ajoutées les manœuvres, expression très générique; *b.* l'ancien texte ne prévoyait pas la tentative; c'était une question de savoir si elle devait être ou non punie comme le crime lui-même; aujourd'hui la question ne se pose plus, le texte punit celui qui aura procuré ou *tenté de procurer*...

Dans le nouveau paragraphe 2 de l'article 317 du code pénal, la femme qui se sera rendue coupable des faits qui y sont indiqués, sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 100 à 2.000 francs. La peine est moins rigoureuse que dans le cas précédent; le législateur a considéré que la femme qui, quand elle recourt à l'avortement, est souvent dans la misère, est moins coupable que l'homme qui disparaît et échappe à la répression.

Enfin, dans son troisième paragraphe le nouvel article 317, la loi qui considère comme un délit spécial le fait prévu et commis par l'une des personnes visées, a ajouté à l'ancienne énumération les personnes suivantes : les chirurgiens-dentistes, les étudiants en médecine, les étudiants ou employés en pharmacie, les herboristes, les bandagistes, les marchands d'instruments de chirurgie. En second lieu, alors que l'ancien texte ne réprimait que les faits d'indiquer ou d'administrer les moyens de l'avortement, le nouveau texte ajoute le fait de *favoriser* ceux-ci En troisième lieu, alors que c'était la peine des travaux forcés à temps qui était prononcée, ce sont les peines correctionnelles prévues par le paragraphe 1er nouveau, qui sont applicables.

La loi prévoit pour les personnes désignées au troisième paragraphe des peines complémentaires : « la suspension temporaire, dit le nouveau texte, ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession pourront, en outre, être prononcées contre les coupables conformément aux articles 25 et 26 de la loi du 30 novembre 189?, lesquels, dans l'espèce seront applicables aux pharmaciens et herboristes, ainsi qu'aux aspirants aux diplômes de ces deux professions. »

Par une disposition finale, la loi décide que, outre les peines mentionnées dans les trois paragraphes modifiés de l'article 317 du code pénal, les tribunaux pourront prononcer, pendant deux ans au moins et dix ans au plus, l'interdiction de séjour déterminée par l'article 19 de la loi du 27 mai 1885.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Traumatismes du poignet et rayons X, par le docteur Etienne DESTOT (de Lyon). 1 vol. de 174 p. avec 84 fig. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 29 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique. — Anévrismes artériels poplités. »

MM. Bidoir, 28; Mouton, 24; Grandeperrin, 27; Lemariey, 29; Raoul, 30; Burgeat et Roullet, 28; Guillot, 26; Louvel, 29; Hudelot, 27.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Calamy, Moyse, Mlle de Mayo, MM. Lièvre, Delafarge, Mlle Bourdin, MM. Couvelaire, Gabriel, Sicard, Montant,

11. Lançon, Lortat-Jacob, Cord, Arnaudet, Cordier, Saint-Martin, Kaufmann, Uhry, Jourdan (Pierre), Tournadre,

21. Ducas, de Ginestet, Mlle Weill, MM. Lereboullet, Prévost, Mlle Perrin, MM. Padovani, Chauveau, Aubriet, Moullard,

31. Mlle Skwirsky, MM. Ferrand, Camus, Bertrand (Pierre), Quivy (Jacques), Revel-Moreau, Massot, Marion, Delmas, Gérodias,

41. Gilbert, Heber-Suffrin, Ardouin, Gaston, Dany, Monod (Olivier), Mouchet, Maricot, Mlle Papaioannou, M. Zagdoun,

51. Cuvillier, Sallet, Baillet, Alavoine, Mlle Mouneyrat, M. Weyl, Mlle Cabanel, M. Tchou, Mlle Seyrig, MM. Fort,

61. Asselin, Rabetrano, Chalnot, Golé, Béraut, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Manou, Bosquet, Degos, Hervy,

71. Moutarde, Mlles Riom, Odru, MM. Rudaux, Griveaud, Lenègre-Thourin, Douady, Mlle Fayot, M. David, Mlle Pichot,

81. MM. Prat, Séjournet, Duval, Mantion, Zitzerman, Milleret, Mlle Lelailleur, MM. Tournant, Brisard, Soulié,

91. Mlle Weiss, MM. Benassy, Ligniers, Schapiro, Lecoconnier, Mlles Rabanit, Vidal, MM. Cohen-Sola, Choffé, Schwole,

101. Gorodiche, Gloppe, Marty, Illaire, Serig, Gasiglia, Dragomiresco, Maggiar, Blin, Fortier,

111. Demoly, Paschetta, Mlle Oppenot, MM. Demoulin, Goidin, Fournier (François), Le Buanee, Retat, Marcus, Gaucher,

121. Mlle Bégaud, MM. Nadji, Schiel, Even, Horositz, Ashtiany, Lévy-Missin, Cros, Georges, Raganeau,

131. Mlle Aguse, MM. Caillaud, Masquin, Weill, Fleury, Billiard, Mlle Sélikavitch, MM. Le Loup, Preux, Gesover,

141. Laborde (Pierre), Signeux, Martin-Fleury, Boutot, Mlle Magrah, MM. Aujay, Tubureau, Bertrand (Jean), Girad, Bernard (Paul),

151. Fortin (René), Mlle Courtine, MM. Chauvineau, Brandy, Guyot, Bailly, Mlles Wertheimer, Lamberjack, M. Ollivier (Henry), Mlle Vandier,

161. MM. Lacoste, Sirel, Masquet, Mlle Blanchy, MM. Pimal, Schiever, Fortin (André), Grand, Lapine, Hude,

171. Sourice, Carais, Constantoulakis, Nicolle, Paince, Alépée, Barbara, Poublan, Michaut, Mlle Bondoux,

181. MM. Ho-Das, Mercier, Villechaire, Mlle Cuenin, MM. Hamelin (Robert), Rault, Milhiel, Pée, Allard, Mialaret,

191. Hébert, Matigal, Cannac, Tillé, Glaise, El Baz, Meyer, Berardier, Maire (Roger), Bosnier,

201. Jonard, Sustendal, Laflotte, van der Elst, Arnaud (Jac.), Petit, Trubert, Mme Maunoury, Mlle Levy, MM. Tribalet,

211. Fourçade, Voillemin, Deleau, Vezin, Mlle Forthomme, MM. Ranglaret, Dausse, Wester, Mlle Vannier, MM. Rouart,

221. Kintgen, Katz, Herman, Amiot, Prugniaud, Demailly, Dumon, Fournier (Roger), Parent, Lebenthal,

231. Gadaud, Dhaussy, Arnon, Bérard, Arondel, Lagasquie, Husselin (Jean), Courtois, Brian, Mlle Huguet,

241. MM Beaufils, Rogès, Fallex, Debon, Bordier, Mourriel, Levassor, Grollet, Maire (Jacques), Maire (Ameros),

251. Boidot.

— PRIX CIVIALE. — Composition du jury : MM. Achard, Widal, Sebileau, Faure et Ménétrier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CRÉATION D'UNE NOUVELLE CHAIRE. — Sur la proposition de M. Calmels, le Conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi à l'administration de la délibération suivante :

« ARTICLE PREMIER. — Il y a lieu de créer définitivement à la Faculté de médecine, à dater du 1er janvier 1924, une chaire d'assistance et de déontologie.

Le personnel de cette chaire comprendra un professeur titulaire.

ART. 2. — La dépense afférente au traitement du professeur sera couverte pour moitié par la Ville de Paris et inscrite au budget de chaque exercice au crédit portant la rubrique : Enseignement supérieur. — Chaires municipales. »

FACULTES DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale (service de M. le professeur Bard) s'est terminé par la nomination de M. le docteur Langeron.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — (Promotion de l'exposition de Strasbourg.) *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Jules Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Lucien Camus, Hartenberg (de Paris), M. Bailly, docteur en pharmacie à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Chaumier (de Tours), Henri Collin (de Paris), Dauvergne (de Strasbourg), Dupré (de Roubaix), Dupuy de Frenelle et Georges Guinon (de Paris), Gunsett et Holtzmann (de Strasbourg), Lamarre, Lemeland, Paul Michel, Rouillon et Gaston Roussel (de Paris), Schickelé (de Strasbourg), Violette (de Saint-Brieuc); Billon, administrateur délégué des Etablissements Poulenc à Paris.

(Promotion ordinaire.) *Au grade d'officier.* — M. le professeur Léon Bérard (de Lyon).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE. — Le Xe Congrès d'hygiène a voté la résolution suivante :

Le Xe Congrès d'hygiène constate le danger de dissémination des maladies contagieuses par les ustensiles de table. Ce danger étant particulièrement grand dans les hôpitaux, les efforts prophylactiques doivent s'y porter tout d'abord.

En conséquence, le Congrès charge le bureau de la Société d'hygiène publique d'agir effectivement en attirant l'attention du corps médical sur ce mode de contagion.

Le vœu émis par le Congrès est particulièrement pressant. Tous les médecins comprendront combien il est utile de divulguer non seulement dans le public scientifique et médical, mais aussi dans le grand public, la notion du danger de contamination par les ustensibles de table, particulièrement dans les milieux hospitaliers.

Ce danger de contamination a été particulièrement étudié dans la *Revue d'hygiène*, mai 1922, p. 464, novembre 1922, p. 1.058, juin 1923, p. 571 et novembre 1923. Nous y renvoyons nos lecteurs en leur demandant de se faire, chacun dans leur sphère, les bons propagandistes de cette importante question d'hygiène.

UN INSTITUT DE TECHNIQUE SANITAIRE. — Le ministère de l'Instruction publique a créé tout récemment à Paris, au Conservatoire national des arts et métiers et sur l'initiative du sous-secrétariat d'Etat de l'enseignement technique, un Institut de technique sanitaire.

Cet Institut est indépendant des chaires d'enseignement du Conservatoire national des arts et métiers. Il est destiné à la formation de techniciens sanitaires : ingénieurs, architectes, hygiénistes, constructeurs, etc... et est ouvert à tous les anciens élèves de nos grands établissements techniques et, d'une façon générale à tous ceux que leurs études ou leur profession ont mis en possession des connaissances scientifiques indispensables pour la poursuite d'études de technique sanitaire. En particulier, les docteurs en médecine, les pharmaciens ainsi que les étudiants en médecine (12 inscriptions) sont admis de plein droit à suivre les cours de l'Institut de technique sanitaire.

L'enseignement sera donné par une série de conférenciers dont les noms font autorité dans leurs spécialités respectives comme MM. Léon Bernard, Calmette, Desgrez, Dujarric de la Rivière, Heim, etc. Il sera complété par des séances pratiques ainsi que par des visites se rapportant à la technique sanitaire.

Les élèves qui, régulièrement inscrits, satisferont à l'examen final, se verront décerner, par les soins du Conservatoire national des arts et métiers, un brevet de technicien sanitaire.

Des auditeurs libres, non candidats au brevet de technicien sanitaire, pourront être admis aux cours, sur demande adressée à M. le directeur du Conservatoire.

L'enseignement de la technique sanitaire sera gratuit. Sa durée n'excédera pas trois mois, de façon à permettre aux candidats n'habitant pas la région parisienne de poursuivre leurs études dans le plus bref délai possible.

Les cours commenceront le 17 décembre 1923.

Les inscriptions sont reçues dès à présent par le Conservatoire national des arts et métiers, 292, rue Saint-Martin, où les intéressés peuvent également s'adresser pour recevoir tous renseignements utiles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Prosper Chauvin (de Toulon), César Matthey et Henri de Montmollin (de Neuchâtel, Suisse); Mlle Masse, externe des hôpitaux de Paris, victime du devoir professionnel.

Le Docteur DENY.

Nous apprenons avec un profond regret la mort de notre distingué confrère et ami Deny, médecin honoraire de la Salpêtrière.

Deny fit d'abord de la chirurgie. C'est à Saint-Louis que nous l'avons connu alors qu'il était interne de Péan, en même temps qu'Exchaquet. Il publia alors avec lui un travail sur le *Pincement des vaisseaux* qui eut un certain retentissement.

Au sortir de l'internat, il abandonna la chirurgie pour la psychiatrie vers laquelle l'attiraient son fin esprit d'observation, sa scrupuleuse et patiente étude du malade. Il a particulièrement étudié la démence précoce. Très modeste, très digne, il ne rechercha pas les honneurs auxquels il aurait eu droit. Mais sa notoriété n'en était pas moins très grande et il était particulièrement estimé de ses collègues, notamment de Joffroy, Reymond et Ballet.

Deny fut encore un journaliste médical très apprécié. Ses contemporains n'ont pas oublié sa longue et brillante collaboration à la *Semaine médicale*.

D'une grande distinction d'esprit et de manières, notre regretté confrère laissera, à tous ceux qui l'ont approché, le souvenir d'un aimable homme et d'un praticien d'une honorabilité parfaite.

Nous adressons à Mme Deny l'expression de notre très respectueuse sympathie.

A. BROCHIN.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE DANS UNE MAISON DE SANTÉ OU CLINIQUE

ACCIDENT DU TRAVAIL. APPLICATION DE LA LOI DU 9 AVRIL 1898 CASSATION

Dans un article qui a paru dans la *Gazette des hôpitaux* (1921, n° 49), nous avons fait connaître un arrêt de la Cour d'appel de Pau dans lequel celle-ci a considéré que le docteur D..., exerçant la médecine dans son sanatorium de Cambo, où il donnait à ses malades les soins de son art, se livrait à une profession libérale et n'était pas sujet à l'application de la loi sur les accidents du travail. Dans l'espèce qui était à examiner, l'établissement, plus spécialement approprié pour les soins à donner aux tuberculeux, comportait des installations et des aménagements conformes à une hygiène rigoureuse qui les distinguait des hôtelleries ou pensions de famille ordinaires. En outre, les malades étaient soumis à un régime soit alimentaire, soit hygiénique, nécessité par leur état. Si, indépendamment de ce traitement médical, but principal de l'entreprise créée et organisée par le docteur, ce dernier fournissait le logement et la nourriture, la Cour de Pau avait décidé qu'on ne pouvait voir dans ces fournitures accessoires que le complément indispensable des soins médicaux qu'il prodiguait à ses malades, au profit desquels il pouvait ainsi exercer son art plus facilement et plus utilement.

La Cour de Pau en avait conclu que l'action dirigée par un infirmier du docteur, qui avait été victime d'un accident du travail, ne pouvait invoquer la loi du 9 avril 1898, puisque le médecin, se livrant à une profession libérale, n'était pas commerçant.

Contre cet arrêt, l'infirmier forma un pourvoi en Cassation; et la Cour suprême vient, dans un arrêt du 12 novembre 1923, de le casser dans les termes suivants :

« Attendu que les maisons de santé et les cliniques médicales qui procurent, moyennant rénumération, aux malades, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont, en principe, des entreprises commerciales assujetties par la loi du 12 avril 1906 à la loi sur les accidents du travail, alors même qu'elles sont tenues par un médecin et quelle que soit l'importance du traitement médical eu égard aux autres fournitures; qu'il n'en est autrement que des établissements fondés dans des intentions purement humanitaires et dont l'exploitation ne poursuit pas la réalisation d'aucun bénéfice;

Attendu que R..., infirmier au service du docteur D..., directeur d'une maison de santé à Cambo, a été au cours de son service, victime d'un accident qui l'a laissé atteint d'une incapacité permanente;

Attendu qu'après avoir déclaré « qu'indépendamment des traitements le docteur D... fournit à ses clients le logement et la nourriture » l'arrêt refuse de le considérer comme assujetti à la loi du 9 avril 1898, par le motif que « ces fournitures accessoires sont le complément indispensable des soins médicaux qu'il prodigue à ses malades au profit desquels il peut exercer son art plus facilement et plus utilement »;

Attendu qu'en statuant ainsi l'arrêt a violé le texte de loi sus-visés ».

Et la Cour de Cassation a renvoyé l'affaire devant la Cour d'appel de Toulouse pour être statué à nouveau. Donc, d'après la Cour suprême, dès l'instant que la maison de santé ou la clinique aura pour but la réalisation d'un bénéfice, on se trouvera en présence d'une entreprise commerciale : le caractère de profession libérale exercée par le médecin s'efface. La Cour ne distingue pas entre le caractère principal et le caractère accessoire des fonctions du médecin, dirigeant une maison de santé ou une clinique : dès qu'il y a un but de lucre, l'établissement est commercial. Quand nous connaîtrons l'arrêt de la Cour de Toulouse, nous ne manquerons pas de le faire connaître.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

SUR LE ZONA TRAUMATIQUE

Par le docteur Georges THIBIERGE,
Membre de l'Académie de médecine.

Les rapports des diverses affections avec le traumatisme, considérés pendant longtemps comme une simple curiosité scientifique, ont, depuis l'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, une réelle importance pratique. Il ne s'agit pas, dans la mise en œuvre de cette loi, de constater un vague rapport de chronologie entre un traumatisme et l'apparition d'un phénomène morbide, pour être en droit de conclure que ce dernier est la conséquence de l'accident et, d'autre part, on ne peut refuser à un ouvrier le bénéfice de la loi s'il y a des présomptions sérieuses en faveur de l'origine traumatique d'une affection.

Toute la pathologie a été ou doit être soumise à une étude nouvelle à ce point de vue. Les opinions émises plus ou moins légèrement par les anciens auteurs doivent être passées au crible de la critique et les observations susceptibles d'apporter une démonstration ne doivent être admises qu'après une étude approfondie.

Pareil travail n'a pas encore, que je sache, été fait pour le zona.

A lire les traités de dermatologie et un certain nombre des mémoires consacrés au zona traumatique, la question serait tranchée et il serait hors de doute que le zona peut être déterminé par des traumatismes variés. Mais lorsqu'on se donne la peine de remonter aux sources, de lire attentivement les observations invoquées à l'appui de cette opinion, on ne tarde pas à constater que le plus grand nombre des faits disparates sur lesquels repose cette opinion n'entraînent pas la conviction.

C'est ce que je voudrais établir en dépouillant le dossier considérable que je possède sur ce sujet.

Il ne suffit pas, en effet, de constater, l'apparition à la suite d'un traumatisme quelconque d'une éruption herpétique ayant dans sa disposition un rapport plus ou moins apparent avec la distribution d'un nerf, pour être autorisé à porter le diagnostic de zona traumatique.

Il faut, de toute nécessité : 1° que cette éruption herpétique soit bien et dûment un zona; 2° qu'elle ait succédé à un traumatisme manifeste; 3° que ce traumatisme ait été tel qu'il ait pu intéresser directement ou indirectement les ganglions nerveux dont le siège de l'éruption dénote l'intervention.

*
* *

Certains faits rangés dans le zona traumatique ne sont pas des cas de zona. — L'erreur de diagnostic est flagrante pour quelques-uns et on s'étonne qu'ils aient pu être étiquetés zona par leurs auteurs.

Ainsi, la deuxième observation d'un mémoire de Gaucher et H. Bernard (1) sur le zona traumatique a manifestement trait à un cas d'impétigo du visage survenu à la suite d'une petite plaie de la paupière et ayant présenté à son début une vague ressemblance avec des vésicules herpétiques.

Ainsi encore, une observation de Kuhl (2) concerne un homme qui, à la suite de l'application d'un bandage pour une fracture de l'humérus, fut atteint d'une éruption vésiculeuse et gangréneuse du bras nécessitant l'amputation, éruption qui est vraisemblablement le résultat d'applications externes intempestives.

(1) E. Gaucher et H. Bernard. Observations de zona traumatique par contusion ou lésion cutanée superficielle, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 fév. 1901, p. 162.
(2) Kuhl, in Samuel. *Die trophischen Nerven*, Leipzig 1860, p. 189.

En dehors de ces erreurs de diagnostic grossières, il est des faits d'éruptions vésiculeuses à type d'herpès qui ne doivent pas être rangés dans le zona, et qui trouvent place dans l'herpès traumatique de Verneuil (1). On ne saurait, en effet, à l'heure actuelle, ranger dans le zona toutes les éruptions herpétiques qui ont un rapport plus ou moins bien établi avec le système nerveux. De même que les dermatologistes se refusent à voir dans l'herpès récidivant des organes génitaux accompagné de douleurs névralgiques une forme de zona, de même les éruptions herpétiques en rapport avec une lésion locale des nerfs périphériques (névrite ou traumatisme), qui ont été parfois désignées sous le nom de zona périphérique, doivent être nettement séparées du zoster véritable, lequel a constamment pour substratum anatomique une altération des ganglions vertébraux.

Aussi ne considérerons-nous pas, ainsi que l'ont fait plusieurs auteurs, comme un exemple de zona traumatique le cas rapporté par Charcot (2) dans lequel, à la suite d'une blessure par balle à la partie supérieure et externe de la cuisse, survinrent de vives douleurs dans la jambe, correspondant au trajet des nerfs et s'étendant jusqu'au dos du pied; à plusieurs reprises, le malade eut sur les régions douloureuses des éruptions de vésicules d'herpès et ces récidives suffiraient à montrer qu'il ne s'agit pas de zona.

De même le cas de Rouget (3) dans lequel, à la suite de blessure par fusil de chasse à la partie interne du bras, apparut une éruption herpétique occupant la partie anesthésiée de l'avant-bras; celui de Fabre (4) dans lequel des groupes de vésicules herpétiques apparurent au voisinage de la rotule deux jours après une fracture des deux os de la jambe; peut-être aussi celui d'Exby et Griffiths (5) où à la suite d'une entorse du pied se développèrent des groupes herpétiques sur les faces plantaire et dorsale du pied.

La pathogénie exacte de ces « herpès traumatiques » sur lesquels Verneuil et ses élèves avaient insisté est encore fort imprécise. Il faudrait en reprendre l'étude à la lumière des travaux récents sur l'herpès, en particulier de ceux de Levaditi, Harvier, Teissier et Gastinel qui ont démontré que le contenu des vésicules d'herpès est inoculable à la cuisse du lapin.

Verneuil distinguait trois variétés d'herpès traumatiques : *a.* l'herpès périphérique se produisant sur le trajet d'un nerf à la suite d'une blessure dans sa continuité; *b.* l'herpès de voisinage, se produisant à la suite de section complète d'un nerf, sur le terri-

(1) Verneuil. De l'herpès traumatique, *C. R. et mém. de la Soc. de biol.*, 3 mai 1873, p. 15 et 42.
(2) Charcot. Névralgie consécutive à une lésion traumatique et accompagnée d'une éruption de vésicules d'herpès, in Sur quelques cas d'affections de la peau dépendant d'une influence du système nerveux, *Journ. de physiol.*, 1859, t. II, p. 108.
(3) Rouget. Cité par Brown-Séquard dans la discussion du mémoire de Charcot, *Journ. de physiol.*, 1859, t. II, p. 113.
(4) Fabre. *Le Zona*, Paris 1882, p. 115, obs. XLI.
(5) Exby and Griffiths. A case of herpes zoster following and probably due to injury, *Medical chronicle*, Manchester 1892-1893, t. XVII, p. 366.

toire des lésions nerveuses respectées; *c.* l'herpès à distance portant sur des districts cutanés n'ayant avec la région blessée que des relations nerveuses indirectes, éloignées.

L'herpès traumatique de Verneuil ne peut, cela est de toute évidence, être rangé dans le zona. On doit lui rapporter les faits publiés par quelques auteurs, notamment par Rousseau-Decelle et par Manteau (1) sous le nom de zona consécutif à des traitements dentaires.

*
* *

Dans certains cas, rangés sous le nom de zona traumatique, le traumatisme est des plus contestables. — Mougeot (2), à propos d'une observation de zona dorso-abdominal chez une femme de quatre-vingt-onze ans qui attribuait cette affection à une chute dans un escalier, fait toutes réserves sur l'exactitude du renseignement. Fabre (3), à propos d'un cas de zona lombo-abdominal survenu trois semaines après une contusion de la région lombaire dans une chute, déclare que ce cas n'est pas très net. Dans un cas de Panas, résumé par Hybord (4), un zona ophtalmique aurait succédé à un coup dont le siège n'est pas spécifié.

*
* *

Dans un grand nombre de cas, le traumatisme invoqué et plus ou moins exactement précisé ne peut expliquer le développement du zona.

Il est aujourd'hui nettement établi que le zona est fonction d'une lésion des ganglions nerveux; cette notion est admise sans contestation par tous les auteurs, même par ceux qui n'admettent pas la spécificité étiologique du zona et la nécessité d'une infection par un agent pathogène propre à cette affection.

Pour qu'un traumatisme soit valablement invoqué comme cause — déterminante ou prédisposante — d'un zona, il faut donc que ce traumatisme ait intéressé directement ou secondairement le ganglion nerveux en cause, qu'il y ait provoqué des lésions anatomiques susceptibles, — par elles-mêmes (pour les partisans de la nature non spécifique du zona) ou par les infections qu'elles peuvent localiser (pour les partisans de sa spécificité) — de déterminer une éruption zostérienne.

C'est ainsi qu'on ne peut attribuer de valeur étiologique à l'effort, suivi de douleur dans les reins et au niveau du sternum, qu'avait fait, pour soulever un lourd sac de grains, huit jours avant d'être atteint de zona intercostal, un journalier observé par Thomas (5), qu'on ne saurait ranger dans le zona traumatique une éruption de vésicules, dont le caractère zostérien est d'ailleurs douteux, survenue après une entorse tibio-tarsienne chez une malade de Bouchard (6), pas plus qu'un cas de zona dorso-abdominal, rapporté par Pieridès (7), survenu après que le pied eût porté à faux avec flexion du tronc à la suite d'une chute. On ne comprend pas mieux le rôle étiologique d'un coup de balancier reçu sur le côté gauche du nez et la joue gauche par un malade de Gaucher et Bernard (1), atteint, quarante-huit heures après, d'une éruption qui n'est d'ailleurs pas nettement un zona.

Les observations de zona thoracique ou thoraco-abdominal dans lesquelles un traumatisme a été incriminé, ne sont pas plus démonstratives; ou bien le traumatisme portant sur la cage thoracique a été suivi de fracture d'une ou plusieurs côtes, comme dans un cas de Bontemps (2), ou bien il a produit une contusion, avec douleurs vives au point contus comme dans les cas de Autrand (3), de Bontemps (4), de Bossion (5), de Maupetit (6), d'Oppolzer (7), ou encore il a porté sur le flanc, comme dans un cas de Gaucher et Bernard (8); mais dans aucun de ces cas, il ne s'est agi de traumatismes très violents, et il n'est pas non plus signalé de douleur vive au niveau du rachis, de signe pouvant faire croire que les ganglions rachidiens ont pu être intéressés par le traumatisme; en particulier dans les cas de Bossion, la contusion a porté sur la région antérieure du thorax, ce qui semble, comme la contusion du flanc dans le cas de Gaucher et Bernard, exclure la possibilité d'une lésion du rachis. Dans ces divers faits, l'éruption est apparue un temps variable après le traumatisme : le jour même dans le cas de Gaucher et Bernard, au bout de quatre jours dans le cas de Bertrand et dans celui de Maupetit, de treize jours dans le deuxième cas de Bontemps, de seize jours dans le premier cas du même auteur, et plus d'un mois dans celui de Bossion; la variabilité de la période d'incubation n'est guère en faveur d'une cause identique dans tous les cas.

Bouchard (9), en rapportant une observation dans laquelle un zona thoraco-brachial est survenu deux jours après un choc violent dans la région de l'aisselle, suivi de douleurs irradiant dans le thorax et la partie interne du bras, a fait remarquer que l'éruption a porté exclusivement sur les parties situées à la périphérie par rapport à la lésion survenue, ce qui équivaut à dire qu'il s'agit d'une éruption herpétique plus ou moins zostériforme, d'origine nerveuse, mais non d'un zona au sens propre du mot.

Besnier (10) a publié, sous le nom de zona traumatique paradoxal, l'observation d'un cas de zona sus-claviculaire droit survenu, chez un cocher, à la suite d'une chute de son siège, ayant déterminé une contusion de l'épaule gauche. On ne s'explique pas comment un traumatisme causant une contusion de l'épaule a pu causer une lésion du ganglion cer-

(1) MANTEAU. Un cas de zona récidivant consécutif à un traitement dentaire au quatrième degré, *Bulletin des dentistes*, 1908.
(2) MOUGEOT. Recherches sur quelques troubles de la nutrition consécutifs aux affections des nerfs, *Th. de Paris*, 1867, p. 104.
(3) FABRE. Loc. cit., p. 113.
(4) HYBORD. Du zona ophtalmique et des lésions qui s'y rapportent, *Th. de Paris*, 1872, p. 146.
(5) L. THOMAS. Einige Beobachtungen über Herpes zoster, *Arch. d. Heilk.*, 1866, p. 453.
(6) BOUCHARD. Du zona à la suite du traumatisme, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1867, p. 183, obs. I.
(7) PIÉRIDÈS. Traitement des éruptions médicamenteuses par l'acide picrique, *Th. de Paris*, 1897-1898.

(1) GAUCHER et BERNARD. Loc. cit., obs. I.
(2) BONTEMPS. Deux observations de zona d'origine traumatique, *Bull. de la Soc. méd. d'Angers*, 1887, 1er semestre, p. 104, obs. I.
(3) BERTRAND. Du zona ou herpès traumatique, *Th. de Paris*, 1875.
(4) BONTEMPS. Loc. cit., obs. II.
(5) BOSSION. Zona-récidive. Traumatisme concomitant, *Dauphiné méd.*, avril 1890, p. 65.
(6) MAUPETIT. Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de l'herpès traumatique, *Th. de Paris*, 1876.
(7) OPPOLZER. Ueber Herpes Zoster, *Allg. Wiener med. Zeit.*, nov. 1866, n° 48, p. 375.
(8) GAUCHER et BERNARD. Loc. cit., obs. IV.
(9) BOUCHARD. Loc. cit., obs. II.
(10) E. BESNIER. Zona traumatique paradoxal, Réunion clinique hebdomadaire de l'hôpital Saint-Louis, 20 déc. 1888; *Ann. de dermat.*, fév. 1889, p. 109.

vical du côté opposé. Le cas de Taylor (1), dans lequel un zona du plexus cervical superficiel a succédé à une chute sur l'épaule, ne peut pas davantage être considéré comme un exemple de zona traumatique.

Ces éliminations faites, il reste un nombre infime d'observations, dans lesquelles l'origine traumatique du zoster peut être regardée comme plus ou moins vraisemblable.

Telles sont les deux observations de Blaschko (2), dans l'une, un zona du VIIe nerf dorsal gauche était survenu trois jours après une chute sur le dos, à la suite de laquelle le malade éprouvait des douleurs au niveau des apophyses épineuses des VIe et VIIIe vertèbres dorsales; dans l'autre, un zona du Xe nerf dorsal gauche était apparu cinq jours après un exercice brusque ayant déterminé une forte douleur dans le dos.

Telle encore l'observation de Didier (3) qui vit, chez un robuste ouvrier de vingt-huit ans, apparaître un zona dorso-lombaire gauche, trois jours après que, dans un effort pour vider un sceau d'eau, il s'était violemment tordu la colonne vertébrale et avait éprouvé une douleur telle qu'il avait failli tomber en syncope, et celle de Baudouin (4), qui a vu un zona du plexus cervical superficiel apparu le lendemain d'une chute violente sur la tête.

J'ai vu un ouvrier qui, trois jours après une forte contusion de la tête par la chute sur le côté droit d'une grille en fer, a été atteint de zona du plexus cervical superficiel droit, précédé d'étourdissements et de douleurs dans la sphère du plexus apparus le lendemain de l'accident.

Darier cite, dans son *Précis de dermatologie*, un cas de zona ophtalmique survenu à la suite d'une violente contusion de la voûte cranienne dans un accident d'automobile.

Les auteurs de ces observations ne précisent pas le diagnostic des lésions osseuses déterminées par le traumatisme; leurs observations remontent pour la plupart à une époque où les rayons X étaient inconnus. Il serait aujourd'hui indispensable, dans des cas analogues, de pratiquer la radiographie du rachis ou du crâne, pour rechercher s'il existe quelque fracture susceptible d'entraîner une lésion des ganglions nerveux.

Deux observations recueillies pendant la guerre peuvent, avec plus de probabilité que les précédentes, être considérées comme des exemples de zona traumatique.

Dans l'une, due à Dupont et J. Troisier (5), un homme de vingt-deux ans reçut, le 30 octobre, un coup de fusil tiré à 350 mètres environ; la balle lui traversa la tête, déterminant une perte de connaissance, des phénomènes cérébelleux graves, de la diplopie, de la paralysie du voile du palais, de la tachycardie, de la polyurie, etc. Le 3 décembre, il éprouve des douleurs cervicales vives et on voit apparaître un zona du plexus cervical superficiel gauche.

Dans l'autre, due à R. Boursier et R. Ducastaing (1), un homme de trente-huit ans est blessé par un éclat d'obus, qui produit deux petites plaies de la région dorsale sur la ligne médiane, et une impossibilité de soulever le membre inférieur droit, avec diminution de la mobilité à gauche. L'examen radioscopique montre un projectile de la région sus-hilaire du poumon droit, aucun éclat paravertébral, pas de déformation appréciable de la colonne vertébrale; amélioration progressive et régulière. Quelques jours après, apparition d'un zona thoracique gauche dont l'éruption s'étend en arrière, de la XIe dorsale à la Ire lombaire. Les plaies sont situées, l'une à gauche, à 2 centimètres de la VIIe apophyse épineuse dorsale, l'autre à droite, à 1cm5 de la VIIIe épine dorsale.

Ces deux observations sont, avec une autre publiée par un auteur italien dont j'ai égaré l'indication bibliographique, les seules à ma connaissance qui aient été publiées pendant la gnerre. J'ai, d'autre part, interrogé, sur l'existence du zona traumatique, un grand nombre de chirurgiens et de neurologistes qui avaient soigné des blessés de guerre : aucun d'eux n'en avait observé de cas.

On remarquera que, dans les faits plus ou moins probants rapportés ci-dessus, le zona est apparu à une époque très variable de la blessure, circonstance qui peut laisser des doutes sur l'influence causale au traumatisme.

On voit, par ce qui précède, combien est rare le zona traumatique vrai, combien il est exceptionnel qu'on puisse établir scientifiquement le rapport entre le traumatisme et l'éruption zostérienne qui lui succède au bout d'un temps variable.

En matière d'accidents du travail, l'expert ne peut pas toujours exiger, pour admettre une relation entre l'accident et un phénomène consécutif, une démonstration péremptoire, une preuve scientifique absolue. Il doit lui suffire de s'assurer qu'aucune preuve contraire ne vient s'y opposer, et qu'il y a vraisemblablement une filiation entre les deux termes du problème médico-légal. Contrairement au droit commun, où la victime d'un accident doit apporter la preuve du préjudice éprouvé, la présomption légale, en cas d'accidents du travail, est en faveur de l'ouvrier et le doute doit lui profiter.

Il résulte de là qu'un zona survenant à la suite d'un accident dont la réalité est établie et siégeant dans la zone d'influence des ganglions nerveux qui ont pu être intéressés par l'accident, devra, s'il se produit dans les jours ou les semaines qui suivent ce dernier, être considéré comme sa conséquence; s'il prolonge la durée d'incapacité de travail consécutive à l'accident, il entraînera la prolongation du paiement du demi-salaire jusqu'à ce que l'ouvrier puisse reprendre son travail. Cette prolongation sera généralement de courte durée; elle pourra cependant être importante si le zona se complique d'ulcérations ou de gangrène, ou s'il est l'occasion de névralgies rebelles.

Ce que je viens de dire s'applique au cas où le zona succède à un accident dont la réalité est éta-

(1) Taylor. A case of zoster following traumatism, *New-York med. Journ.*, 14 juin 1884, p. 663.

(2) Blaschko. Zur Pathologie und Topographie des Herpes zoster, *Arch. f. Dermat.*, 1898, t. XLIII, p. 43.

(3) Didier. Eruption zostériforme consécutive à un traumatisme lombaire, *Soc. des sciences méd. de Lille*, 16 nov. 1896; — *Journ. des mal. cut. et syphil.*, janv. 1897, p. 41.

(4) F. Baudouin. Zona traumatique chez un enfant, *Touraine méd.*, 15 mai 1901, p. 26.

(5) Dupont et J. Troisier. Plaie perforante du crâne dans la région occipitale. Polyurie, dysphagie, tachycardie et zona cervical. Guérison, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 janv. 1915, p. 21.

(1) R. Boursier et R. Ducastaing. Zona consécutif à un traumatisme de la colonne vertébrale (éclat d'obus), *Revue neurol.*, juin 1917, p. 294.

blie ; là est le point capital, celui que le médecin expert aura le plus souvent à discuter.

Dans toutes les expertises médico-légales où j'ai eu à me prononcer sur l'origine traumatique d'un zona, l'accident faisait défaut ; dans toutes, en effet, les choses s'étaient passées de la façon suivante : Un ouvrier se livrant à son travail habituel, ou un manœuvre roulant une brouette d'un poids qui n'avait rien d'anormal, avait éprouvé plus ou moins soudainement, au niveau du thorax, une sensation douloureuse généralement peu accusée, et avait continué son travail pendant plusieurs heures ; cependant, la douleur augmentant, il avait fini par s'arrêter et avait consulté un médecin ; celui-ci, dès le premier examen, avait constaté l'existence de l'éruption zostérienne. L'ouvrier, qui, parfois, n'avait attaché aucune importance à la douleur ressentie pendant le travail, apprenant qu'il allait souffrir pendant quelques jours et être obligé d'interrompre son travail, trouvait avantageux de toucher son demi-salaire pendant ce temps et s'empressait d'aller déclarer qu'il avait été victime d'un accident : convenablement stylé par son médecin qui se trouvait être un de ces louches spécialistes en accidents du travail, il le décrivait avec force détails.

Malheureusement pour lui, un interrogatoire un peu serré, les termes même du certificat initial, m'ont permis, dans tous les cas, de reconnaître que l'effort invoqué était incapable de provoquer une douleur, que l'éruption zostérienne existait déjà peu d'heures après ce prétendu effort et de reconstituer l'histoire de la maladie : l'effort n'avait existé que dans l'imagination de l'ouvrier — aidée par celle de son médecin — la douleur ressentie n'était autre que la première manifestation du zona, douleur névralgique ou sensation locale provoquée par l'éruption ; elle était contemporaine du prétendu accident, si même elle ne lui était antérieure, par suite elle n'en pouvait être la conséquence : ici, comme en bien d'autres cas, l'expertise reposait sur l'art de vérifier les dates (1).

*
* *

En résumé, le zona, affection spécifique des ganglions rachidiens, peut parfois succéder à un traumatisme ; mais il s'agit là de cas exceptionnels, le plus souvent discutables ; si, en matière d'accidents du travail le doute qui plane sur eux doit profiter à l'ouvrier, il est nécessaire, pour admettre l'origine traumatique possible d'un zona, que le traumatisme ait pu intéresser, directement ou indirectement, les ganglions rachidiens.

(1) Des faits semblables se voyaient déjà avant la mise en vigueur de la loi sur les accidents du travail. GIRAUD, dans sa *Thèse de doctorat* de 1895 (Etude sur les blessures simulées dans l'industrie, p. 35), en rapporte un cas.

Les ulcères de l'estomac et du duodénum. Diagnostic clinique radioscopique et radiographique, par les docteurs ENRIQUEZ, médecin de l'hôpital de la Pitié, et Gaston DURAND, assistant de consultation des maladies de l'appareil digestif à l'hôpital de la Pitié. 1 vol. de 184 pages avec 12 figures et 8 planches en héliogravure. (Collect. de méd. et chir. prat.) — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

Traumatismes du poignet et rayons X, par le docteur Étienne DESTOT (de Lyon). 1 vol. de 174 pages avec 184 figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

LA PSYCHANALYSE A BESANÇON

Au XXVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui s'est tenu à Besançon du 2 au 7 août dernier, la psychanalyse a été sur la sellette et on doit se féliciter que le rapport de M. HESNARD ait provoqué une discussion nouvelle et assez curieuse à ce sujet.

On sait avec quel succès la doctrine de FREUD a été accueillie par le monde germanique et même anglo-saxon. Le monde latin et la France particulièrement s'y sont montrés, sauf exception, beaucoup plus réfractaires, et les freudiens les plus enthousiastes n'ont pas manqué d'attribuer cette résistance à notre légèreté, à notre hypocrisie, voire à notre incompréhension. Une telle explication paraît évidemment un peu simple et il convient d'en chercher d'autres. Dans mes études sur la psychanalyse (1), j'ai invoqué, en premier lieu, certains caractères historiques de la race germanique, notamment la salacité et la scatomanie, et des mœurs sexuelles fort relâchées et peu discrètes qui rendent tout à fait acceptable et compréhensible aux Allemands le rôle prépondérant que FREUD dévolue à la sexualité et au complexe ano-urinaire, tandis que les dispositions propres aux races latines et leur système éducatif sont au contraire choqués par les affirmations déconcertantes du médecin viennois, que d'ailleurs l'examen des malades ne confirme guère. Toutefois, ce point de vue est certainement trop limité. M. LAIGNEL-LAVASTINE pense, avec raison, qu'il faut aussi faire intervenir la religion dominante chez les Latins, le catholicisme, dont la confession représente une véritable introspection morale et peut servir de détente et d'exutoire aux pensées perverses. De son côté, M. COURBON (de Stephansfeld) croit que la vogue relative du freudisme dans les pays de langue anglaise tient en partie au puritanisme protestant ; les restrictions étroites que sa morale impose aux satisfactions sexuelles et le mystère dont elle s'efforce de les envelopper servent, aux yeux de certains psychiatres anglo-américains, à justifier l'hypothèse des refoulements dont FREUD fait si grand état, et tout le système a bénéficié, malgré sa fragilité, de l'effet prétendu de la réserve anglicane sur la production des névroses. Somme toute, il semble bien que ce soit notre esprit de finesse et notre sens critique qui aient éloigné beaucoup de nos psychologues et de nos médecins de l'acceptation pure et simple du freudisme, en leur laissant de suite percevoir tout ce que ce système renferme d'artificiel et d'aventureux.

*
* *

A cet égard, le rapport de M. HESNARD est assez sévère. Il montre d'abord que, à l'encontre de FREUD et de ses disciples qui rattachent les névroses à des troubles de la sexualité, une telle étiologie est exceptionnelle, aussi bien chez les hystériques que chez les anxieux, et que la cause de ces maladies réside le plus souvent dans des événements impressionnants, ambitions déçues, infirmités, ruine,

(1) J. LAUMONIER. La psychanalyse et le traitement des névroses. Introduction, *Bull. gén. de thérap.*, sept. 1922.

deuils, difficultés de l'existence, émotions de guerre, etc., qui n'ont absolument rien à voir avec la *libido*, même prise au sens extensif et vague que lui attribue la psychanalyse. Celle-ci, en second lieu, ne constitue pas une méthode sûre, si ingénieuse qu'elle soit, elle comporte des causes d'erreur évidentes, tenant non seulement aux procédés d'exploration psychologique, qui sont loin d'offrir toute garantie, de mettre à l'abri des erreurs et des simulations, mais aussi à l'interprétation arbitraire des symboles érotiques. Et les complexes affectifs qu'elle révèle peuvent être sans rapport avec l'état pathologique ou même résulter d'un simple mirage de la conscience du sujet. Enfin, thérapeutiquement parlant, la méthode ne paraît donner de guérisons réelles que dans les cas spéciaux à étiologie vraiment sexuelle. Dans les cas à base organique, toxique et endocrinienne, elle échoue constamment, de même que dans les psychonévroses périodiques qui se dissipent du jour au lendemain, en dehors de toute intervention psychanalytique. En définitive, conclut M. HESNARD, la méthode de FREUD n'est qu'une forme d'exploration intime pour la découverte des causes sentimentales des névroses et elle agit, quand elle agit, comme toutes les psychothérapies en sollicitant l'affectivité, en inspirant la confiance, en actionnant la suggestibilité, en ramenant vers la réalité l'intérêt du patient.

Quelques congressistes ont cependant défendu les idées de FREUD et protesté contre la sévérité des jugements du rapporteur. Ainsi M. SCHUYDER (de Berne), tout en reconnaissant les exagérations du freudisme, soutient qu'il apporte à la psychologie normale et à la psychiatrie des données nouvelles et profitables. De son côté, M. BOVEN (de Lausanne) rappelle que FREUD, esprit pondéré et scientifique, admet la prédisposition à côté des causes sexuelles; pour lui, le refoulement et le symbolisme onirique sont des réalités, des choses démontrées. C'est aussi l'avis de M. DE SAUSSURE (de Genève) qui trouve dans l'irrationnalité naturelle des symboles des rêves, la difficulté qu'on a à les accepter et à les comprendre ; il insiste, d'autre part, sur l'influence attribuée par FREUD à l'égocentrisme en opposition avec la *libido*. M. WIMMER (de Copenhague), M. LEY (de Bruxelles), M. REPOND (de Lausanne), M. GRAETER (de Bâle) vantent la valeur thérapeutique de la psychanalyse, et ce dernier, comme M. J. LÉPINE (de Lyon), proclame son utilité pour poser le diagnostic et instituer une éducation morale appropriée. Sans insister sur les distinctions que M. MINKOWSKI (de Paris) et M. REPOND établissent entre le système de FREUD et celui de BLEULER (de Zurich) dont les études ont porté surtout sur la schizophrénie, ajoutons que M. FROMENT (de Lyon) signale les inconvénients de la psychanalyse chez les hystériques, les obsédés et les anxieux, parce que leur attention doit être, non pas concentrée sur leurs idées, mais au contraire distraite et dérivée sur d'autres idées. Pour terminer, M. ANGLADE (de Bordeaux) constate que, de tout temps, les psychiatres français ont eu recours à l'analyse psychologique et que, sans s'égarer dans les outrances du pansexualisme, ils en ont tiré des avantages au moins aussi appréciables que ceux dont le freudisme se réclame.

Il est assez difficile, à première vue, de dégager l'opinion qui ressort de cette discussion. Pourtant le pansexualisme semble réunir peu de partisans ; à la plupart des spécialistes, il apparaît trop compréhensif et dénué de preuves. C'est une constatation de fait, qui n'empêche pas, comme l'a remarqué M. REPOND, de reconnaître le rôle très important que joue la sexualité dans la conduite des hommes. Or, le pansexualisme, c'est-à-dire le sexualisme de l'enfant, conditionnant la libido de l'adulte, ses altérations et ses perversions, est à la base de la doctrine de FREUD, car, c'est pour la justifier qu'ont été successivement imaginées les hypothèses relatives à l'inconscient, au refoulement, à la censure, à la résistance, aux symboles, au compromis des symptômes névropathiques, etc. Si le pansexualisme cesse de remplir cette fonction prédominante, s'il n'est plus qu'une variété des événements émotionnants pathogènes, toutes ces hypothèses deviennent inutiles ou, au plus, surérogatoires; par suite, la doctrine demeure sans fondement et la méthode d'investigation qui lui a fourni les éléments dont elle s'est construite, perd la plus grande partie de sa valeur démonstrative.

Mais, ceci étant, comment se fait-il que bon nombre de médecins prétendent en tirer profit pour leurs malades et recommandent de l'employer? JONES reprochait à M. P. JANET de condamner la psychanalyse sans l'avoir pratiquée. « Hélas, répondit celui-ci, M. JONES a raison, je n'ai pas fait de psychanalyse, c'est-à-dire je n'ai pas interprété les dires des malades dans le sens d'un dogme arrêté d'avance et je ne pouvais pas le faire justement parce que je ne croyais pas au dogme... » Cela est parfaitement exact. Pour obtenir quelque chose de la psychanalyse, il faut commencer par croire au dogme, avoir la foi; dès lors, tout s'arrange, les révélations du malade concordent avec ce qu'attend l'analyste et les résultats, ainsi préparés, si peu durables qu'ils soient souvent, prennent aussitôt place parmi les plus concluants. C'est justement, pour expliquer l'incertitude de ces résultats qu'a été imaginée la curieuse hypothèse du *transfert*, en vertu de laquelle la névrose originelle, guérie par la psychanalyse, fait place à une nouvelle névrose, dont, FREUD le reconnaît, il est souvent bien difficile, pour des motifs divers, de débarrasser le malade. Les bénéfices retirés des procédés freudiens semblent donc plus apparents que réels et encore sont seuls à les constater ceux dont la foi est assez robuste pour impressionner momentanément leurs clients. La critique expérimentale des procédés psychanalytiques démontre, en effet, que le malade finit toujours par s'orienter dans la voie des aveux pervers que lui suggère le médecin.

***

Sur un point, le Congrès de Besançon a été à peu près unanime : le danger de la psychanalyse, danger double, pour les malades et pour le public. Danger pour les malades, parce que, ainsi que le signale M. HESNARD dans son rapport, elle peut cultiver et compliquer les symptômes hystériques, achever de déséquilibrer les débiles, faire naître des idées d'indignité chez les auto-accusateurs, renforcer le scrupule et l'angoisse de l'obsédé et du phobique. C'est ce que, on l'a vu, M. FROMENTE a également constaté. Pour le public, en général, les risques ne sont pas moindres. Non seulement, M. HESNARD, mais aussi M. HARTENBERG (de Paris), M. LEY, M. LOGRE (de Paris), M. LAIGNEL-LAVASTINE appellent l'attention sur les inconvénients moraux et même physiques de la vulgarisation des doctrines et des procédés freudiens, surtout quand ceux-ci

sont appliqués par des personnes non compétentes, pédagogues ou autres, à l'enfant et à l'adolescent dont la mentalité plastique peut être irrémédiablement altérée à la suite d'investigations imprudentes. Aussi plusieurs auteurs ont-ils demandé que le législateur se préoccupe de cette propagande, à laquelle le roman et le théâtre participent sans en comprendre la fâcheuse portée.

Cette demande ne saurait être légitimée que par des preuves décisives. Le Congrès de Besançon commence à les apporter. Il est évident que si la psychanalyse manque de fondements scientifiques, si ses procédés d'investigation sont artificiels, trompeurs et dépourvus, la plupart du temps, d'efficacité, s'ils s'attestent, par-dessus le marché, dangereux, on doit s'efforcer de la combattre, de restreindre ses applications inconsidérées et de démontrer la fausseté des justifications que les vicieux prétendraient en tirer. Mais cette condamnation ne peut pas être hâtive. Dans le freudisme, comme en toutes choses, il y a du bon et du mauvais. Prenons le temps de discriminer le nouveau et l'utile avant de rejeter en bloc la doctrine. J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1923)

A propos des services ouverts pour mentaux. — MM. CAUSSADE et A. MARIE rapportent leur statistique relative au fonctionnement du service des psychiques à l'hôpital Tenon de la fin de l'année 1908 au mois de décembre 1910. Cette statistique comporte 115 cas :

L'internement fut évité à 67 sujets ;

Les internés furent au nombre de 29.

Dans la première catégorie, les affections dominantes furent : les intoxications (alcool surtout, et plomb), la paralysie générale, la syphilis cérébrale, la confusion mentale, les psychoses puerpérales, le rhumatisme cérébral, l'épilepsie, la démence sénile, l'hébéphrénie.

Dans la deuxième catégorie, prédominent la paralysie générale, la démence précoce, la démence sénile, la mélancolie.

Les principales causes des décès, au nombre de 19, furent : la paralysie générale avec ictus et la paralysie générale aiguë, la fièvre typhoïde et la méningite tuberculeuse dont les manifestations pendant la vie avaient été surtout le délire, une psychose puerpérale, la maladie de Korsakoff, un cas de manie aiguë (délire aigu, maladie de Wille).

Le recrutement s'effectuait, comme il est de règle, exclusivement dans les services de l'hôpital lui-même (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux).

D'après les données précédentes le service neuro-psychiatrique d'un hôpital fournit les avantages suivants :

1° Eviter l'internement à certaines catégories de mentaux : confusion mentale par intoxication ou infection, épilepsie, quelques cyclothymiques, et par suite éviter le certificat d'aliéné !

2° Une sorte de triage entre les individus destinés aux asiles, d'une part, et d'autre part, ceux qui sont susceptibles d'être améliorés dans le service en question, pendant une période relativement courte.

3° Permettre aux chefs de service respectifs de l'hôpital (médecins, chirurgiens, accoucheurs) de poursuivre leur thérapeutique tout en assurant le repos de leurs salles et en protégeant le mental contre lui-même.

4° Pouvoir pratiquer des autopsies ; et ainsi, il est possible de se familiariser avec les formes délirantes de certaines affections et infections qui ressortissent vraiment à la pathologie médicale (méningites tuberculeuses et syphilitiques, fièvre typhoïde, urémie, confusion mentale).

Ainsi compris, le service neuro-psychiatrique, enclavé dans un hôpital, doit être distingué des services annexés aux asiles, dont l'article 6 du nouveau projet P. Strauss vise la création et qui sont réservés aux placements volontaires des mentaux essentiellement chroniques désireux de se soigner.

Sur la réaction de Wassermann dans les tumeurs du cerveau et de la moelle épinière. — M. Clovis VINCENT. A la séance du 26 octobre dernier, M. M.-P Weil relatait deux observations de néoplasme intracranien dans lesquels la réaction de Wassermann s'est montrée positive. A la séance suivante, M. Milian, sans nier la possibilité du fait, contestait les observations de son collègue. M. Milian faisait remarquer que la preuve clinique de la non-existence de la syphilis n'avait pas été suffisamment prouvée.

Dès 1912, M. Vincent a rapporté quatre faits dans lesquels la preuve de la non-existence de syphilis a été donnée autant que l'état actuel de la médecine le permet ; pas de signes cliniques de cette maladie ; réaction de Wassermann négative dans le sang à plusieurs reprises. Et cependant la réaction de Wassermann était positive dans le liquide céphalo-rachidien. Elle était positive d'ailleurs d'une façon spéciale qui en augmentait la valeur. Chez l'un des malades atteint d'encéphalocèle consécutive à une trépanation la réaction était négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, positive dans le liquide de l'encéphalocèle. Il semble que l'existence d'une tumeur, l'existence d'une cavité anormalement séparée de la cavité arachnoïdienne soit à la fois nécessaire au fait que nous rapportons.

A propos de la chlorose. — M. Marcel PINARD rapporte l'observation d'un état chlorotique après chagrin d'amour.

L'examen du sang révélait une diminution d'hématies, 3.000.000 et 65 p. 100 d'hémoglobine. Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières étaient positifs. Il s'agissait donc d'une chloro-anémie par choc moral sur terrain hérédo-syphilitique.

En réalité, la rareté actuelle de la chlorose tient à une meilleure recherche des causes. Des bacilles de Koch cherchés et trouvés dans des crachats, une hérédo-syphilis en activité diminuent ainsi le nombre des chloroses pour augmenter celui des chloro-anémies. Ce n'est pas la chlorose qui a disparu, c'est la manière de voir des médecins qui change.

Sur un cas de spina bifida occulta secondairement compliqué d'excitation pyramidale à la suite d'une contusion vertébrale légère. L'epreuve du lipiodol dans le spina bifida occulta. — MM. M. CHIRAY et R. LECLERC présentent une malade de vingt-huit ans atteinte de spina bifida occulta du premier arc sacré chez laquelle les troubles fonctionnels des membres inférieurs ne sont apparus que depuis deux ans à la suite d'une contusion sacrée provoquée par une chute dans un escalier. Il semble donc que le traumatisme ait révélé ou réveillé un processus de méningite autour des lésions congénitales du spina bifida. Il est de plus à noter dans ce cas que la méningite supposée doit, pour provoquer l'excitation pyramidale, siéger notablement au-dessus de la lésion congénitale qui occupe le premier arc sacré. L'épreuve du lipiodol intrarachidien a confirmé cette hypothèse en montrant l'existence de traînées lipiodolées persistantes autour de la moelle lombaire, traînées qu'on peut interpréter comme signes d'une méningite cloisonnée. Les auteurs pensent que dans des cas de spina bifida plus complets l'épreuve du lipiodol pourrait donner d'autres renseignements plus précieux sur l'anatomie et les rapports du kyste méningé, notion éminemment utile pour le chirurgien avant l'intervention.

Gangrène pulmonaire à forme septicémique. — MM. Robert DEBRÉ, BONNET et HAGUENAU rapportent une observation d'infection à microbe anaérobie rappelant celle de MM. Kindberg et Mauvoisin. Les auteurs insistent sur l'allure clinique spéciale de cette infection due à un seul germe anaérobie développé sans aucune association microbienne.

Un cas de gale du nickel. — MM. GIRARD et THÉVENARD présentent un ouvrier employé dans une usine de nickelage

porteur de lésions cutanées multiples, particulièrement localisées aux avant-bras et à l'extrémité des doigts. Ces lésions affectent le type de la pyodermite banale, mais toutefois avec une accentuation particulière du caractère nécrotique.

Désignées par les professionnels sous le nom de gale du nickel, elles se voient surtout chez les éthyliques et de façon presque constante chez les femmes.

Elles siègent surtout sur la surface du tégument qui, au cours du travail, est en contact avec une solution de sulfate de nickel.

Le caractère irritant de celle-ci doit être rapporté à son acidité libre qui est élevée et, exprimée en acide sulfurique, se monte à 17 grammes par litre.

Le traitement de la tétanie chronique postopératoire par les injections intraveineuses de chlorure de calcium et les injections d'extrait parathyroïdien à hautes doses. — M. Paul Sainton, à propos d'un cas, signale que l'injection intraveineuse de chlorure de Ca à dose de 4 à 10 grammes par jour arrête immédiatement les crises, mais celles-ci se renouvellent. Un traitement parathyroïdien intensif a paru amener la diminution des crises, et l'auteur se demande si dans l'emploi qui était fait de la médication parathyroïdienne jusqu'ici le traitement n'a pas été inefficace par suite de l'insuffisance des doses et du mode de préparation des produits employés.

Mutations dans les hôpitaux. (Voir aux « Informations » du n° 96, 1re page.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1923)

Le vaccin de Grimberg. — M. Hallopeau fait des réserves sur la valeur de cette vaccination. Il y a eu recours quatre fois et en a obtenu deux mauvais résultats et deux nuls.

Absence de vagin. — M. Auvray a fait des recherches sur les cas d'opérations destinées à créer un nouveau vagin. Sur 55 opérations de Baldwin, il a relevé 12 cas de mort. Du travail récent auquel il a emprunté ces faits, il résulte que le procédé de Schubert, c'est-à-dire, l'abaissement du côlon pour refaire le vagin, serait préférable, puisque sur 48 cas, il n'y a pas eu un seul décès.

Les greffes. — M. Fredet estime que la transplantation des greffes ne présente pas de difficultés. Voici sa technique : Bonne désinfection préalable, emploi de la pointe de l'aiguille de Reverdin pour transporter le greffon sur la plaie, curettage discret des bourgeons, pansement compressif les premiers jours et, plus tard, application du tulle gras de Lumière.

M. Arrou est d'accord avec M. Fredet sur l'utilité du pansement compressif des premiers jours et sur une bonne désinfection préalable pendant une quinzaine de jours.

M. Savariaud constate qu'on semble revenir à l'utilité du pansement compressif qu'il a toujours préconisé.

M Mouchet ne voit pas l'utilité de ce pansement, puisque ceux qui ne l'emploient pas obtiennent de bons résultats.

Fractures de l'olécrâne et de l'apophyse coronoïde, ostéosynthèse. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation de M. Jean (de Toulon) : Chute sur le coude, la radiographie montra une fracture de la base de l'olécrane et de la base du coroné. Incision postérieure, les ligaments sont intacts, flexion forcée, suture métallique, réunion sans drainage, guérison parfaite.

M. Mouchet fait observer qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une fracture directe, sans luxation. L'ostéosynthèse était bien indiquée.

Luxation sterno-claviculaire récidivante, suture osseuse. — M. Mouchet analyse une autre observation de M. Jean : Il s'agit d'un jeune homme atteint de rhumatisme polyarticulaire et présentant une saillie anormale au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Il s'agit d'une luxation réductible, mais se reproduisant. Pas de traumatisme. Passage d'un fil à travers le sternum, le cartilage et la clavicule. Réduction de la luxation, serrage du fil. Réunion sans drainage, guérison.

D'accord avec l'auteur, M. Mouchet pense qu'il s'agit d'une luxation spontanée d'origine rhumatismale.

Rachianesthésie. — M. Riche fait un rapport sur une statistique de 2.250 anesthésies rachidiennes présentée par M. Duverger (de Bordeaux). M. Duverger prépare son malade par une purgation et une série d'injections sous-cutanées de morphine, scopolamine, huile camphrée et sparteine. Il insiste sur l'utilité de cette préparation. La quantité de liquide céphalo-rachidien à extraire, la dose de l'anesthésique à injecter, le point de la ponction dépendent de la nature ou de la durée de l'opération, de l'âge, du sexe des malades, de l'organe atteint, etc. M. Duverger a eu un seul cas de mort, 87 p. 100 d'anesthésies parfaites, 13 incidents sans gravité.

M. Riche, contrairement à M. Duverger, s'applique à simplifier, le plus possible, la méthode. Il emploie toujours la stovaïne à la dose moyenne de 5 centigrammes. Sur 3.350 anesthésies, il n'a eu que 12 échecs. Mais il estime que la rachianesthésie ne doit s'adresser qu'aux opérations sous-ombilicales. Il n'est pas partisan de la ponction haute.

M. Dujarier est de l'avis de M. Riche et ne voit pas la nécessité de compliquer la méthode.

M. Sauvé, dans un cas récent de rachianesthésie à la stovaïne, a observé, chez le malade, une série de syncopes durant trente à trente-cinq minutes, avec pouls irrégulier et aphasie qui a duré plusieurs heures après le retour de la respiration normale.

M. Cunéo, contrairement à M. Riche, est très partisan de la rachianesthésie au niveau de la Xe dorsale pour les opérations sur le foie et l'estomac. Il n'est pas d'avis d'extraire une grande quantité de liquide céphalo-rachidien, ni d'injecter lentement l'anesthésique.

M. de Martel partage l'opinion de M. Cunéo sur les bons résultats que donne la rachianesthésie pour les opérations sur le foie et l'estomac dont elle assure la parfaite immobilité. Toutefois cette méthode d'anesthésie n'est pas tout à fait sans danger et M. de Martel n'en est pas partisan pour la chirurgie ordinaire. On a constaté qu'à la fin de l'anesthésie rachidienne, il y a toujours un abaissement notable de la tension artérielle.

Résection unilatérale du sphincter pour prolapsus anal chez l'enfant. — M. Bréchot, chez un enfant de sept ans, atteint de prolapsus muqueux du rectum, réséqua 3 centimètres de sphincter et sutura après réduction du prolapsus, très bon résultat. M. Bréchot croit ce procédé supérieur au cerclage.

M. Lenormant pense qu'une bonne hygiène suffit généralement pour guérir le prolapsus muqueux chez l'enfant. S'il ne guérit pas, il vaut mieux l'excision que le cerclage.

M. Mathieu, au contraire, considère le cerclage comme un très bon traitement du prolapsus muqueux chez l'enfant.

M. Broca regrette qu'on ne puisse pas obtenir des mères qu'elles prennent soin de coucher les enfants pour les faire aller à la selle et de leur défendre de pousser. Ces simples précautions suffiraient pour guérir la plupart des prolapsus muqueux de l'enfant. Mais, si simple que cela paraisse, c'est, paraît-il, très difficile à obtenir. C'est pourquoi on est amené à recourir à la chirurgie.

Radiographies articulaires. — M. Duval présente une série de radiographies de genoux, de face, la jambe étant fortement fléchie sur la cuisse, ce qui permet d'apercevoir des corps étrangers intra-articulaires qu'on ne peut voir sur des radiographies latérales ou de face, la jambe restant dans l'extension.

Bec de lièvre, opération, hémorragie, transfusion. — M. Ombrédanne présente un enfant chez lequel, au troisième jour de sa naissance, il a opéré un bec de lièvre labial. Il y eut une hémorragie assez grave. On pratiqua la transfusion avec un plein succès.

Palatoplastie. — M. Veau présente un enfant chez lequel

il a pratiqué une palatoplastie avec un excellent résultat phonétique. Il a eu recours à l'éclairage frontal, à l'anesthésie par la sonde et à l'aspiration.

Absence congénitale du sacrum. — M. Mouchet présente deux radiographies d'absence du sacrum et des deux dernières lombaires.

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1923)

Empalement trans-ano-recto-vésical. — M. Michon fait un rapport sur une intéressante observation adressée par M. Bellot (de Cherbourg). Il s'agit d'un marin qui tombe sur une tige métallique surmontée d'une boule de 4 à 5 centimètres de diamètre qui pénètre dans l'anus, perfore la cloison recto-vésicale, fait éclater la vessie et pénètre dans la cavité abdominale. Intervention d'urgence; laparotomie; nettoyage de la cavité abdominale; fermeture de la vessie du côté de la paroi abdominale, Mickulicz abdominal et large drainage vésico-rectal, sonde à demeure dans la vessie. Mais celle-ci se désunit, devient bientôt un véritable cloaque d'urines, de matières, de gaz et de pus dont une partie sort par l'urètre. Il restait, d'autre part, une fistule vésico-rectale importante.

M. Bellot fait placer le malade dans le décubitus ventral, après ablation du drain. Le bas-fond de la vessie bourgeonne et se cicatrise au bout d'un mois.

M. Bellot insiste, dans ce cas, sur les avantages de la position ventrale.

Tout en louant M. Bellot de sa conduite, M. Michon se demande s'il n'eut pas été préférable de pratiquer tout d'abord une cystostomie sus-pubienne.

Tuberculose du cæcum. — M. Walther fait un rapport sur une observation de M. Lejeune (de Brest). Il s'agissait d'une volumineuse tumeur du cæcum d'origine tuberculeuse, avec adénopathie et adhérences. Dissection difficile, obligation de lier les vaisseaux spermatiques, anastomose de l'iléon avec le transverse. Guérison.

Artérite perforante. — M. Walther fait un second rapport sur une observation de M. Brisset (de Saint-Lô). Il s'agit d'un homme de quarante ans, alcoolique, qui à la suite d'une grippe fut atteint brusquement d'une violente douleur dans le mollet qui se gonfla, devint rouge; le pied devint froid. Simple incision, on tombe sur une poche pleine de caillot noirâtre et on constate une déchirure de la tibiale postérieure, ligature au-dessus et au-dessous. Guérison, avec persistance de quelques troubles et d'une escarre du talon. S'agissait-il d'une artérite grippale et n'y aurait-il pas eu une fièvre typhoïde méconnue? M. Walther regrette que la pathogénie n'ait pas été mieux étudiée.

Luxation du ménisque. — M. Okinczyc fait un rapport sur une observation adressée par MM. Murard et Combier (du Creusot). Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui, sans traumatisme, est atteint d'une douleur vive au niveau du ligament latéral interne, avec impossibilité de marcher. La radiographie ne montre rien. Incision verticale. Luxation de l'extrémité antérieure du ménisque, excision de cette extrémité antérieure.

Guérison qui se maintient depuis six mois.

M. Dujarier préfère enlever le ménisque en entier. On est ainsi plus sûr d'éviter les récidives.

M. Arrou a toujours laissé environ le cinquième postérieur du ménisque car l'opération n'est pas toujours facile même avec la flexion forcée qu'il a toujours préconisée.

M. Broca ne croit pas qu'il soit nécessaire d'enlever la totalité du ménisque pour avoir de bons résultats. Il en cite deux exemples.

M. Duval, tout en croyant utile de pousser l'extraction aussi loin que possible en arrière, reconnaît qu'on peut avoir de bons résultats avec des excisions partielles.

M. Grégoire, qui est lui-même un exemple du bon résultat de la méniscectomie partielle, insiste sur l'importance, au point de vue pathogénique, d'un violent traumatisme tels que ceux qu'on observe dans le foot-ball. M. Grégoire déclare ne sentir aucune gêne dans le fonctionnement de son genou.

M. Auvray a observé un cas de décollement du ménisque sans traumatisme et sans lésions histologiques des fibres cartilagineuses enlevées. Il a fait, dans ce cas, une méniscectomie totale qui a donné un bon résultat. Donc, dans ce cas, décollement du ménisque sans traumatisme ni lésion du ménisque. Dans bien des cas le diagnostic présente de grandes difficultés.

M Gernez cite le cas d'une jeune femme qui, à la suite d'une chute, souffrit du genou. On lui avait proposé une résection pour tumeur blanche. En raison de la chute, M. Gernez pensa au ménisque. Il enleva, chez cette malade, la partie antérieure du ménisque. Elle reste guérie depuis quatorze ans. Grâce à des exercices qui ont surtout porté sur le quadriceps, elle a recouvré toute la mobilité du membre.

Par contre, M. Gernez a constaté un mauvais résultat chez un jeune homme auquel il a pratiqué la même opération et qui n'a pas voulu recourir aux exercices musculaires si utiles dans ces cas.

Néo-vagin. — M. Mocquot rapporte l'observation d'une jeune femme chez laquelle, à la place du vagin, on constatait un cul-de-sac de 5 à 6 centimètres. Il l'a opérée le 26 octobre 1922 en créant chez elle un néo-vagin à l'aide d'une anse intestinale. Il enleva un ovaire malade.

Rachianesthésie. — M. Chevassu a été témoin de deux morts après rachicocaïnisation. Dans les essais qu'il a faits lui-même de la rachianesthésie, M. Chevassu a constaté des anesthésies insuffisantes, dans un cas une paraplégie consécutive qui a duré quatre jours.

M. Chevassu a donc conservé une mauvaise impression de ce mode d'anesthésie et y a renoncé. Il rappelle que, au Congrès de l'Association française d'urologie, à Strasbourg, la question des anesthésiques a été longuement discutée. Trois ou quatre orateurs n'ont pas eu d'accidents mortels; d'autres en accusent trois ou quatre; d'autres signalent des paralysies vésicales persistantes, un autre un cas de mort tardive par méningite. Un autre accuse 2 morts sur 344 anesthésies. Malgré les belles statistiques de Jonesco, Leriche, etc., M. Chevassu est édifié et considère la rachi-anesthésie comme dangereuse. Il lui préfère l'anesthésie locale.

M. Savariaud se loue de la rachi-anesthésie à la cocaïne, à laquelle il est resté fidèle, pour la chirurgie sous-ombilicale. Il emploie des doses de 3 à 5 centigrammes. Il n'a eu des accidents que chez les malades cachectiques.

M. Cunéo fait observer qu'il y aurait une grande importance à ce que les accidents observés après la rachi-anesthésie fussent publiés. Il serait à désirer aussi qu'on apportât plus de précisions, plus de détails dans les observations.

M. Thiéry partage l'avis de M. Chevassu. Il est démontré qu'il y a eu des accidents mortels et des accidents graves après la rachianesthésie. M. Thiéry a observé lui-même des paralysies persistantes.

Gangrène du gros orteil. Sympathitectomie. — M. Anselme Schwartz, en son nom et au nom de M. Salomon, communique l'observation d'un homme de quarante-cinq ans qui, sans cause appréciable, fut atteint d'une violente douleur dans la jambe, avec troubles circulatoires et gangrène du gros orteil. M. Schwartz pratiqua une sympathitectomie et en obtint un bon résultat.

Ostéochondrite déformante ou arthrite douloureuse de la hanche de cause inconnue. — M Alglave présente une jeune fille de vingt-cinq ans qui a toujours boité et qui a commencé à souffrir il y a peu de temps; mais les douleurs et la difficulté de la marche allaient en augmentant. M. Alglave a pratiqué, chez cette jeune fille, la résection de la tête fémorale. Les douleurs ont disparu et la marche est redevenue possible.

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1923)

Ablation des cancers du rectum par la voie abdomino-périnéale. — M. CUNÉO à l'occasion d'une observation communiquée par M. Savariaud et dans laquelle il s'agissait d'une tumeur du rectum adhérente à l'articulation sacro-coccygienne, fait observer que lorsqu'on a affaire à un cancer, il vaut mieux enlever les parties auxquelles adhère la tumeur. Comme M. Savariaud, M. Cunéo a recours, dans ces cas à la voie combinée. M. Savariaud a commencé son opération par le ventre pour passer ensuite à la voie périnéale.

L'intervention intra-abdominale de M. Savariaud n'aurait duré que dix minutes, tandis que l'intervention du côté du périnée aurait duré une heure. A ce propos M. Cunéo estime qu'une fois le ventre ouvert il faut y pousser l'intervention aussi loin que possible, ce qui facilitera d'autant les manœuvres par la voie périnéale. Il y a en effet tout intérêt à décoller le rectum aussi haut que possible. Il ne faut pas hésiter à intervenir largement par le ventre. Par la voie basse M. Cunéo s'applique autant que possible à ne pas couper, ni même inciser le sphincter. Il attache à sa conservation la plus grande importance. Quand on a touché au sphincter, il ne fonctionnera plus jamais comme un sphincter qu'on aura respecté. M. Cunéo s'efforce donc toujours de conserver la totalité de la région sphinctérienne.

Il est à noter aussi que l'abaissement de la muqueuse se fera d'autant plus facilement qu'on aura poussé plus loin le décollement par la voie haute.

M. Cunéo insiste également sur la nécessité de lier l'artère hémorroïdale supérieure aussi haut que possible.

En prenant ces diverses précautions, ajoute M. Cunéo, on n'a pas de surprises désagréables dans l'ablation des cancers du rectum.

C'est peut-être dans les cas où le cancer est le moins étendu qu'il faut faire une exérèse aussi large que possible : c'est dans ces cas que l'on constate alors les survies les plus longues. M. Cunéo cite le cas d'une femme qu'il a opérée ainsi il y a quatorze ans et qui ne présente encore aucune trace de récidive.

Chez les femmes, M. Cunéo est d'avis d'enlever la paroi postérieure du vagin et l'utérus. Chez l'homme il ne faut pas craindre d'entamer au besoin la prostate et d'enlever les vésicules séminales.

En résumé pour M. Cunéo la voie combinée abdomino-périnéale est la voie de choix pour l'ablation des cancers du rectum, en s'appliquant autant que possible à conserver intacte la région sphinctérienne.

La discussion se poursuivra sur cette intéressante question.

Traitement des fractures bimalléolaires ouvertes par l'ostéosynthèse. — M. ALGLAVE fait un rapport sur deux observations de M. Guimbellot.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de quarante ans qui se fait une fracture ouverte du cou de pied; le tibia émerge, la malléole interne est arrachée en totalité; il y a un grand déplacement.

M. Guimbellot intervient trois heures après l'accident, sans même prendre le temps de faire radiographier la malade. Il réduit facilement, mais au moindre mouvement le déplacement se reproduit; c'est ce qui décide le chirurgien à recourir à la contention métallique. Guérison anatomique et fonctionnelle parfaite quarante jours après.

La seconde observation est calquée sur la première : même lésion, même traitement.

Dans ces cas, le vissage métallique après réduction *de visu* est certainement le traitement de choix.

C'est d'ailleurs cette conduite que suit M. Alglave depuis qu'instruit par Lambotte il est devenu un partisan convaincu de l'ostéosynthèse.

Comparant ce mode et traitement avec celui du simple appareil plâtré, M. Alglave se montre bien sévère pour ce dernier dont il critique les fâcheux résultats, et il termine en félicitant M. Guimbellot de ses deux intéressantes observations.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Savariaud, Dujarier, Anselme Schwartz, Basset, Duval, Lapointe, Proust, Hartmann, d'où il résulte que l'accord est bien près de se faire sur les bons résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures bimalléolaires ouvertes, mais que pour les fractures fermées l'appareil plâtré doit suffire.

Kyste séreux du rein. — M. LECÈNE analyse une observation de M. Heitz relative à un kyste séreux multiloculaire du rein qui a envahi une grande partie du parenchyme rénal et nécessite une néphrectomie totale. M. Lecène déclare que, dans ce cas particulier, la conduite suivie par M. Hertz, c'est-à-dire la néphrectomie s'imposait. Mais, à ce propos, M. Lecène proteste contre l'abus que l'on fait généralement de cette opération dans le traitement des kystes séreux simples du rein. On peut dire que dans les 9/10 de ces cas, la néphrectomie n'est pas nécessaire, il suffit d'enlever la poche du kyste et de cautériser la partie de la poche qui reste adhérente au rein ou tout au plus de recourir à une néphrectomie partielle. M. Lecène, à l'appui de cette opinion cite quelques exemples de guérison parfaite après cette simple intervention.

Le premier devoir du chirurgien, en pareil cas, est de se montrer très conservateur.

MM. Chevassu, Michon, Tuffier et Lenormand appuient les conclusions de M. Lecène et apportent des exemples probants.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1923)

Injections intraventriculaires de sérum antiméningococciques chez un nourrisson. — MM. GUINON et LOUET présentent un enfant de dix-neuf mois qui, atteint à six mois, d'une méningite cérébro-spinale à méningocoque B a été traité après la ponction rachidienne de diagnostic par des injections intraventriculaires de sérum antiméningococcique, faite par la fontanelle. Guérison. Les auteurs estiment que c'est la méthode de choix.

Discussion. — M. COMBY rappelle que c'est la pratique suivie depuis plusieurs années par le professeur Leicowitz (de Cracovie). Chez les enfants plus âgés, à sept, huit ans, cet auteur pratique l'injection après trépanation punctiforme. M. DEBRÉ remarque que, pour les nourrissons, la méthode devient classique en France. Elle n'est pas, par contre, employée chez les grands enfants.

Erythème induré de Bazin chez une hérédosyphilitique. — MM. GUINON, LORTAT-JACOB et LAMY présentent une jeune fille qui, à la suite d'une paratyphoïde B, présenta des indurations des deux jambes, prises d'abord pour de l'érythème noueux, puis affectant le type d'érythème induré de Bazin. En plus, on trouve, par place sur le membre, des gommes véritables qui ont suppuré, et une périostose du tibia. Le Wassermann fut nettement positif. On note encore l'absence d'appendice xyphoïde et une luxation congénitale de la hanche. M. Lortat-Jacob rappelle que dans le groupe des tuberculides de Darier (Lupus érythémateux, lichen-scrofulosorum, sarcoïdes sous-cutanés, tuberculides papulo-nécrotiques, érythème induré) la syphilis a souvent été soupçonnée, mais dans l'érythème induré seul il a trouvé souvent le Wassermann positif. La malade a été très rapidement améliorée par le traitement spécifique.

Discussion. — M. NOBÉCOURT considère l'érythème induré comme rare chez l'enfant dans un cas qu'il a observé avec MM. NADAL et TIXIER on ne peut relever aucun signe d'hérédosyphilis. M. HALLÉ croit que la spécificité n'intervient ici que comme terrain. Il y a sur le même membre, à côté des lésions d'érythème induré, des gommes véritables suppurant. Quand on examine le pus de ces gommes ou qu'on l'inocule au cobaye, on relève la présence de bacilles tuberculeux. L'érythème induré n'est pas rare.

Atrophie congénitale de la troisième phalange des mains et des pieds. — MM. HALLOPEAU et GASNE montrent deux enfants atteints de cette malformation qui existe aussi chez le père.

Paralysie infantile. Arthrodèses multiples permettant la marche sans canne ni appareil. — P. HALLOPEAU. Ce garçon de dix-sept ans lui a été amené il y a près de trois ans;

il se traînait par terre la plupart du temps. Il marche aujourd'hui sans canne ni appareil grâce à une série d'opérations portant, d'une part, sur le membre gauche complètement paralysé : bloquage du cou-de-pied et du genou; et sur le membre droit : anastomoses tendineuses. Il peut travailler toute la journée, allant et venant sans fatigue.

Sténose pylorique par brides chez une fillette de douze ans. Gastro-entérostomie. — P. Hallopeau et H. Lemaire. Chez cette fillette, le seul symptôme jusqu'à douze ans fut une gastrorragie à six ans. Puis, à douze ans, apparurent des éructations et bientôt des vomissements quotidiens. Amaigrissement considérable.

Diagnostic de périgastrite avec brides et sténose pylorique d'origine probable hérédosyphilitique, malgré un sérodiagnostic négatif, à cause de la stase visible à l'écran et de la formule leucocytaire : éosinophilie (10 p. 100) et mononucléose.

Traitement par le sulfarsénobenzol; amélioration, mais trop lente. Gastro-entérostomie et libération. Depuis trois mois, l'enfant a repris 17 livres. Le pylore et la nouvelle bouche fonctionnent concuremment.

Encéphalopathie infantile avec gigantisme et habitus acromégalique. — MM. P. Lereboullet et L. Denoyelle présentent un enfant de treize ans avec ectopie testiculaire double, chez lequel on constate un état de gigantisme manifeste (1m59) avec facies acromégalique. Un examen approfondi montre qu'il ne s'agit pas d'acromégalie gigantisme hypophysaire. Il y a absence de déformations craniennes et le gigantisme porte seulement sur les membres inférieurs (macroskélie). On trouve en plus des troubles cérébraux avec retard intellectuel considérable, et des troubles de la motricité, rèflectivité et tonicité qui imposent le diagnostic d'encéphalopathie infantile. On ne trouve pas de signes d'hérédosyphilis. L'altération cérébrale semble la base de ces troubles dystrophiques : elle commande l'atrophie génitale et par suite le gigantisme à type macroskélique; peut-être a-t-elle amené des troubles hypophysaires donnant l'habitus acromégalique. Mais il ne s'agit pas d'un acromégalo-gigantisme par lésion primitive de l'hypophyse.

Discussion. — M. Nobécourt fait remarquer que les troubles de la croissance dans l'ectopie testiculaire n'interviennent qu'après la puberté.

Sur un cas de malformation congénitale du gros intestin chez un nourrisson. — MM. Lesné et H. Baruck rapportent l'observation d'une anomalie congénitale du gros intestin chez un nourrisson suivi depuis l'âge d'un mois. L'affection se traduisait uniquement par une distension marquée de l'abdomen très proéminent notamment à droite.

A aucun moment, par contre, il n'y eut la moindre constipation. L'enfant est mort à l'âge de cinq mois et demi, à la suite d'une broncho-pneumonie. L'autopsie a montré l'existence d'une dilatation marquée du côlon dans ses portions ascendantes et descendantes avec diminution de calibre du transverse. Il s'agit d'une déformation persistante, qui a pu être reproduite par moulage : pas d'altération ni d'hypertrophie de la paroi à l'examen histologique, mais la paroi du côlon ascendant et descendant est amincie.

Les auteurs insistent sur le manque de signes fonctionnels de stase, et d'autre part sur l'absence d'hypertrophie de la couche musculaire de la paroi intestinale. Ces deux caractères séparent ce cas de la maladie de Hirchsprung. Il s'agit donc d'une forme anormale de développement pariétal du groc intestin.

Discussion. — M. Veau rappelle qu'on obtient maintenant d'excellents résultats dans le mégacôlon en extériorisant simplement l'anse distendue, cinq ou six jours après on résèque l'anse et on laisse l'anus artificiel se fermer seul, le cours des matières se rétablissant spontanément.

Absence partielle congénitale du fémur. — M. K. Rœderer présente un enfant de trois mois qui présente une cuisse globuleuse réduite au tiers de sa longueur et qui est le siège de mouvements en tous sens La radiographie montre un petit noyau osseux isolé, également éloigné du cotyle et du tibia, qui représente à lui seul le fémur. La palpation permet cependant de sentir dans le haut de la cuisse une masse compacte qui peut-être s'ossifiera ultérieurement.

Cirrhose hypertrophique hérédosyphilitique avec splénomégalie, hypertermie. — MM. R. Debré, Cordey et Jean Bertrand présentent un enfant de huit ans atteint de cirrhose hypertrophique hérédo-syphilitique avec splénomégalie, chez lequel ils ont constaté les particularités suivantes : Malgré les altérations hépatiques considérables dont témoigne le gros foie à caractère de « foie ficelé », le fonctionnement de la cellule hépatique paraît satisfaisant. L'état général de l'enfant est parfait, et les différentes épreuves témoignent de l'intégrité des fonctions du foie.

Cette affection s'accompagne d'un état fébrile persistant et irrégulier la température montant certains jours à 39 degrés.

Le repos d'abord, un traitement antisyphilitique (arsénobenzol et frictions mercurielles) ensuite, font diminuer les oscillations thermiques.

Les auteurs, rejetant l'hypothèse de fièvre tuberculeuse chez cet enfant qui n'a pas de tuberculose pneumo-ganglionnaire en évolution, considèrent leur observation comme un exemple de la syphilis fébrile du foie, bien connue chez l'adule, mais exceptionnelle dans la syphilis héréditaire.

Discussion. — M. Lesné remarque que dans la tuberculose ganglionnaire l'instabilité thermique existe. La température tombe par le séjour au lit comme chez le malade de M. Debré. MM. Guinon et Nobécourt insistent sur les résultats excellents obtenus par l'emploi du mercure (cyanure intraveineux) dans la syphylis hépatique de l'enfant.

M. Ribadeau-Dumas croit que la syphilis hépatique donne rarement de la fièvre. Dans un cas de syphilis gommeuse fébrile qu'il a observé il y avait de la périhépatite et surtout de l'angiocholite. M. Terrien rapporte l'observation d'un adolescent de dix-huit ans qui faisait de la température sans cause, considéré comme atteint d'appendicite chronique, de paludisme, d'abcès du foie, il fut opéré et on trouva un foie scléro-gommeux. Traité au mercure il guérit rapidement et la température tomba.

Action des rayons ultraviolets sur la nutrition des rachitiques. — M. Dorlencourt présente un enfant qui, en période d'activité du rachitisme fut soumis aux rayons ultraviolets. Dès les premières séances, l'enfant recouvre la force et la tonicité musculaire et bientôt il peut s'asseoir et marcher. On note parallèlement une amélioration graduelle de l'anémie portant plus sur le nombre des globules rouges que sur leur teneur en hémoglobine. Enfin, une augmentation considérable du poids. L'auteur attache bien moins d'importance à l'augmentation du calcium et du phosphore dans le sang.

Quant aux modifications des os sur la radiographie, elles ne sont pas aussi nettes ni aussi rapides que l'ont dit les auteurs américains et en six semaines de traitement, les modifications ne sont pas nettes.

Discussion. — M. Lesné rappelle la communication qu'il vient de faire sur ce sujet à l'Académie des sciences avec MM. de Gennes et Guillaumin. Chez le rachitique *en évolution* il a une diminution du calcium et du phosphore allant à 50 ou 60 p. 100.

Sur 60 enfants soumis à l'action des rayons ultraviolets, on constate une amélioration très rapide de l'état général, de la tonicité musculaire, de l'anémie, et de la teneur du sang en calcium et phosphore. Si, sur les radiographies, on ne constate pas une récalcification très rapide, elle n'en existe pas moins comme le montre l'examen de coupes. Enfin, le rachitisme expérimental des animaux est guéri en quatre ou cinq séances.

M. Marfan fait remarquer qu'il n'est pas démontré que la diminution du calcium et du phosphore du sang soit spécifique du rachitisme ; qu'elle existe peut-être dans d'autres affections.

Quant aux modifications de l'aspect radiographique au bout de six semaines, elles ne sont pas nettes ; il ne faut donc pas parler de guérison du rachitisme en huit jours, comme le disent des auteurs américains.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1923)

Des effets observés à la suite de l'inoculation du virus herpétique dans la glande surrénale (sensibilité de cette glande vis-à-vis du virus et son immunité). — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL et G. REILLY montrent que l'inoculation du virus herpétique dans la capsule surrénale du lapin provoque constamment une infection encéphalitique mortelle accompagnée quelquefois de certains symptomes assez spéciaux : hématurie, érosion gastro-duodénale.

Le virus herpétique est non seulement toujours retrouvé dans le système nerveux et dans la glande surrénale, mais encore il provoque dans cette dernière des lésions se traduisant par des foyers de nécrose plus ou moins étendus dans la zone corticale. Ces foyers atteignent uniquement la couche des cellules spongiocytaires. Par contre, la zone médullaire est indemne. Faut-il penser que l'affinité du virus pour les spongiocytes est en relation avec leur teneur en substance lipoïdique?

L'animal immunisé vis-à-vis du virus herpétique à la suite de kératite demeure réfractaire à l'inoculation dans la capsule surrénale. Le virus ne peut être mis en évidence dans cette glande et il n'y détermine aucune altération histologique

L'immunité du névraxe assure donc l'état réfractaire des cellules sensibles de la capsule surrénale.

Il est intéressant d'opposer ces faits à ceux notés après inoculation intrasurrénale de neurovaccine ; celle-ci détermine la mort de l'animal par encéphalite mais ne provoque aucune lésion apparente de la capsule.

Les intradermo-réactions communes à l'aminoarsenophénol. — M. P. CHEVALLIER conclut en particulier que l'intradermo ne permet pas de déceler la sensibilisation aux arsenobenzols.

Influence du tonus nerveux initial sur les épreuves pharmacologiques. — M. A. FERRARO.

Election. — M. BRULÉ est élu membre titulaire.

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1923)

Encephalitozoon cuniculi, agent étiologique de l'encéphalite épizootique du lapin. — MM. C. LEVADITI, E. NICOLAU, R. SCHOEN ont étudié le virus que Kling et ses collaborateurs prétendent avoir isolé de cas d'encéphalite humaine en Suède, et qu'ils ont réussi à inoculer au lapin. Les auteurs suédois considèrent ce virus comme étant le véritable agent étiologique de l'encéphalite et prétendent que Levaditi et Harvier, ainsi que Doer, Schnabel, Berger. etc., ont retrouvé dans la maladie de von Economo le virus de l'herpès et non celui de l'encéphalite. Levaditi, Nicolau et Schoen ont pu identifier l'infection produite par le virus de Kling, à l'encéphalite spontanée épizootique du lapin, décrite récemment par Beel, Olevir et Twat. Ils ont découvert dans les deux maladies le même germe pathogène, qu'ils ont dénommé *encephalitozoon cuniculi*. Le parasite a l'aspect de corpuscules ovales, périformes, ou en navette de 1 à 2 μ, constitués par une membrane et une masse de chromatine centrale ou polaire. Une ou deux vacuoles apparaissent aux pôles du microbe. Le germe se colore par la méthode de Mann, par le safran-éosine-bleu d'Unna et par le Giemsa. il n'est pas acido-résistant et ne prend pas le Gram. *L'encephalitozoon cuniculi* forme des kystes que l'on retrouve, soit dans le voisinage des nodules inflammatoires, soit loin de ces nodules, en pleine substance cérébrale. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un protozoaire du groupe des *microsporidies* (spores) et non pas d'une bactérie.

Ces recherches, montrant que l'encéphalite provoquée chez le lapin par le virus de Kling est identique à l'encéphalite épizootique spontanée, prouvent que les savants suédois ont eu entre les mains le germe de cette dernière maladie, alors qu'ils pensaient expérimenter avec le virus de l'encéphalite. Le seul virus de provenance sûrement humaine, retrouvé dans la maladie de von Economo, est celui isolé d'abord par Levaditi et Harvier, par Doer, Schnabel, Berger, etc., ensuite.

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1923)

Sur la sensibilisation tuberculinique comparée des lapins inoculés avec des bacilles tuberculeux morts ou avec des bacilles tuberculeux avirulents. — MM. A BOQUET et L. NÈGRE. La dose minima de bacilles tuberculeux morts sensibilisant le lapin à la tuberculine est de 1 milligramme. Cependant cette action des corps bacillaires est inconstante lorsque la dose employée est inférieure à 20 milligrammes. L'action sensibilisante des bacilles tuberculeux biliés vivants de Calmette et Guérin est beaucoup plus intense, bien que ces microbes soient dépourvus de toute propriété tuberculigène. Des doses de 0mg01 sont encore efficaces mais leurs effets ne sont constants qu'à partir de 1 milligramme.

Relations entre les métaux alcalino-terreux et l'acidité urinaire. — M. L. LESCŒUR et Mlle L. MOQUET (laboratoire de chimie médicale. Faculté de médecine de Paris). Les métaux alcalino-terreux, grâce à leur combinaison avec l'acide phosphorique, tendent à s'éliminer par l'intestin, ou par le rein suivant que l'organisme modifie sa réaction dans le sens de l'alcalinité ou de l'acidité.

Les auteurs, en se limitant à l'élimination urinaire, ont cherché si le calcium et le magnésium augmentaient tous deux semblablement avec l'acidité ionique. Ils ont analysé des urines à différents degrés d'acidité, soit qu'elles aient été émises par des sujets distincts, ou par le même sujet à différents moments de la journée, soit qu'elles ait été émises après acidification ou alcalinisation voulue de l'organisme.

Dans tous les cas, la proportion de magnésium se montre d'autant plus forte que l'acidité ionique est plus élevée, et pour des acidités variables, l'élimination magnésienne offre des variations d'amplitude plus marquée que l'élimination calcique.

Bacilles morts et réactions tuberculiniques. — M. E. COULAUD. Après injection dans les veines de bacilles morts, les lapins réagissent à la tuberculine. L'intensité de la réaction n'est pas fonction de la quantité de bacilles, mais fonction des lésions déterminées au niveau des poumons.

Si on injecte une émulsion de bacilles très homogène, on n'obtient pas de lésions macroscopiques et les animaux ne réagissent pas à la tuberculine.

Si les bacilles injectés ont été émulsionnés dans l'huile, ils créent des lésions caséeuses importantes, cavitaires et la réaction thermique après tuberculination, atteint ou dépasse 2 degrés.

Malgré la grande sensibilité de ces animaux à la tuberculine on ne peut les tuer par choc tuberculinique, même en utilisant une dose d'un demi-centimètre cube de tuberculine brute par voie intraveineuse.

Etude clinique de la perspiration de l'eau chez l'adulte. — M. Jean MEYER mesure la perspiration, c'est-à-dire l'évaporation cutanée et pulmonaire. Les éliminations cutanées et pulmonaires sont égales au poids des aliments ingérés plus ou moins la variation de poids du corps, moins le poids des excréta, urines et matières. Pour obtenir la pespiration de l'eau avec une approximation suffisante d'un hectogramme, il suffit de soustraire du nombre trouvé 100 grammes, montant approximatif de l'excès de gaz carbonique dégagé sur l'oxygène fixé. Mais il faut laisser les sujets alités à une température égale et soumis à un régime constant ; il est bon de ne tenir compte que de moyennes prises sur plusieurs jours. Les résultats déjà obtenus dans les dermatoses et les affections rénales montrent l'intérêt probable de cette étude.

Les limites de sensibilité de la réaction de Bordet-Wassermann. Dispositifs d'expérience pour l'étude du seuil de la réaction. — M. Maurice RENAUD, étudiant le seuil de la réaction de Bordet-Wassermann, montre que sa détermination est des plus arbitraires et qu'elle est, dans une large mesure, fonction de la constitution du système hémolytique. De faibles changements de celui-ci entraînent parfois un changement de sens de la réaction. Il est nécessaire, si l'on veut pousser la sensibilité, de prendre un système hémolytique très ajusté dans lequel la quantité de globules à hémolyser soit exactement celle que peut hémolyser totalement le

complex hémolysine-alexine. L'auteur indique deux dispositifs de réaction, l'un au sérum inactivé et l'autre au sérum frais, dans lesquels, en laissant fixes les doses d'hémolysine et d'alexine et en faisant varier la dose de globules, cette condition se trouve exactement réalisée sans qu'il soit besoin de pratiquer des dosages préalables. Ces dispositifs lui ont servi à étudier les relations du seuil de la réaction de Bordet-Wassermann avec le pouvoir anticomplémentaire des sérums et de préciser ainsi le degré de spécificité et partant de la valeur pratique de la réaction, ainsi qu'il le dira dans une prochaine note.

— Société de biologie de Marseille (séance du 20 novembre 1923) :

Emploi de la gélose à la gomme adragante pour la recherche et l'isolement du méningocoque chez les malades et chez les porteurs de germes. — MM. Costa et L. Boyer. Pour la recherche du méningocoque, les auteurs préconisent la gélose adragante qu'ils ont indiquée pour la culture du gonocoque.

Aussi bien que la gélose ascite, ce milieu convieut à la recherche du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien, comme à son isolement dans le mucus rhino-pharyngé des porteurs de germes.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1923)

Présentation de malades traités par le collo-vaccin. — M. Grimberg présente une malade atteinte depuis deux ans de tuberculides papulo-nécrotiques des deux jambes et des bras, guérie en six semaines par des injections de collo-vaccin.

Kyste dermoïde et fibrome. — M. Cazin présente un kyste dermoïde de l'ovaire contenant une mâchoire abondamment pourvue de dents qui coexistait avec un volumineux fibrome utérin sans que le diagnostic ait pu être fait. Le traitement radiothérapique aurait évidemment été bien inutile dans ce cas.

Instrumentation pour transfusion sanguine. — M. Rosenthal insiste sur l'innocuité absolue de sa technique. Elle permet de faire toute dose minime et d'essai, médicale de 100 centimètres cubes ou chirurgicale de 250 à 500 centimètres cubes. Il s'élève contre le tour de force inutile et dangereux de la transfusion de sang frais.

A propos de la rectoscopie. — M. R. Dupont précise certaines règles de cette petite opération qu'il voudrait voir se généraliser; il en montre la nécessité dans les tumeurs pelviennes marquant souvent un cancer situé haut. Il insiste surtout sur les biopsies nécessaires, et termine en parlant de l'ablation des polypes que l'on peut aller chercher très haut.

Les enfants des syphilitiques dans la clientèle aisée. — M. Blind, d'après sa longue pratique, pense que les familles syphilitiques procréent moins qu'elles n'auraient pu sans l'infection spécifique. La mortalité n'est pas très élevée parmi leur descendance, mais la morbidité dépasse la normale : ces maladies sont des plus variées mais ne présentent pas toutes un caractère de spécificité.

Le réflexe de déglutition comme signal dans la chloroformisation. — M. Gallois estime qu'en dehors de la surveillance du pouls dans la chloroformisation, il faudrait aussi surveiller le danger du réveil; le réflexe de la déglutition signale ce réveil. Il faut donc laisser de temps en temps réapparaître ce réflexe pour maintenir ainsi le malade à la limite de l'anesthésie.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1923)

Des greffes testiculaires. — M. Peugniez, en rendant hommage aux intéressantes et originales expériences que M. Thorek a rapportées dans la dernière séance, demande des précisions sur la consécration pratique qui doit les compléter. Des opérations ont été faites sur des singes, sur des hommes. Quels bénéfices les opérés retirent-ils de ces interventions? M. Thorek lui-même déclare qu'ils ne sont pas rajeunis. Que signifient alors ces expressions « retour à la puissance sexuelle, restauration physiologique, amélioration », appliquées à des sujets qui ne sont pas des « nouveaux jeunes » ?

M. Dartigues donne quelques aperçus au point de vue des résultats extrêmement encourageants et qui intéressent le médecin au point de vue de la déficience vitale, de la sénilité précoce, de la tension artérielle, résultats qui ne doivent pas être attribués à la suggestion puisqu'ils sont constatables matériellement à la balance, au dynamomètre, au Pachon, etc. qui intéressent les urologues au point de vue de l'impuissance et de quelques troubles dus à l'hypertrophie de la prostate, les psychiâtres au point de vue de la neurasthénie et de la démence précoce (travaux de Mott [de Londres]).

M. G. Léo. L'histoire de la chirurgie, en particulier l'histoire de la thyroïdectomie totale, pratiquée vers 1885 et vite abandonnée, montre que des opérations très simples et très faciles peuvent avoir des conséquences éloignées aussi dangereuses que le myxœdème par exemple.

Jusqu'à présent les greffes de glandes vasculaires sanguines, thyroïde, ovaire, se sont résorbées graduellement. On a le droit d'imaginer que la greffe préconisée par MM. Voronoff et Dartigues soit régie par la même règle. Ils ont prouvé la possibilité de cette greffe, et ils en ont donné la facile technique, mais ils n'ont pas, faute de temps écoulé depuis les premiers cas, pu définir ni les conséquences exactes de ces greffes, ni le délai de leur résorption, ni la preuve qu'elles ne se résorberont pas.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

Doctorat en médecine. (*Diplôme d'Etat.*) — Alazard. — 145. Contribution à l'étude du traitement des fractures récentes du col du fémur chez l'adulte et le vieillard. Méthode de Whitman.

Albert. — 77. Des empoisonnements alimentaires.

Bajolet. — 68. Le coryza spasmodique et son traitement par la peptone.

Barthe. — 15. Contribution au diagnostic précoce de la grossesse par l'épreuve de la glycosurie phlorizique.

Bastard. — 133. Contribution à l'étude de la sérothérapie curative intensive du tétanos.

Bats. — 113. Contribution à l'étude de la tuberculose des diverticules de la vessie.

Belliard. — 137. Contribution à l'étude des tumeurs du mésocôlon ascendant.

Bernier. — 81. Contribution à l'étude des léiomyomes de l'estomac.

Bertrand. — 148. Contribution à l'étude radiologique des points de Lanz et de Mac-Burney dans leurs rapports avec le cæcum et l'appendice.

Besson. — 64. Contribution à l'étude du traitement des infections puerpérales postpartum.

Bétous. — 122. Des urétérites et périurétérites à tendance oblitérante consécutive à l'hypertrophie de la prostate.

Boisseau. — 76. Contribution à l'étude de la causalgie du radial.

Bourriau. — 88. Contribution à l'étude de la trichocéphalose.

Boutin. — 38. Automatisme ambulatoire alcoolique.

Boyé. — 42. Du danger des doses fortes d'émétine dans le traitement de la dysenterie amibienne.

Caro. — 46. Quelques applications thérapeutiques de l'association des dérivés opiacés à un dérivé atropinique.

Carrazé. — 118. Contribution à l'étude des délires à terminaison démentielle rapide.

Carriat. — 125. Une complication des fibromes utérins après la ménopause.

Carrier. — 100. Les cals vicieux du poignet consécutifs

aux fractures de l'extrémité inférieure du radius. Déductions médico-légales.

CAZENAVE. — 109. De l'impetigo contagiosa. Etude bactériologique et expérimentale.

CENDRÈS. — 82. Essais de vaccination préventive des infections mammaires au cours de l'allaitement.

CHAPUT. — 60. Appendicite et grossesse.

CHATARD. — 87. Les hémorragies du tube digestif au cours des infections pneumococciques.

CHÉNEVEAU. — 24. Contribution à l'étude des troubles neuro-psychiques des trépanés. Délinquance et responsabilité.

CHESNEAU. — 28. Du botryomycome de la langue.

CHEVALIER. — 34. Les albuminuries massives dans les hémorragies cérébrales.

CHEVY. — 59. Sur un cas d'ostéome pédiculé du maxillaire inférieur.

CHIBRAC. — 84. Contribution à l'étude de la fracture du cubitus au tiers supérieur accompagnée de luxation de la tête radiale.

COIFFÉ. — 30. La thérapeutique de la leucémie lymphoïde chronique. Rayons X. Radium. Thorium X.

COLLERI-LEDUC. — 111. La sérothérapie antipneumococcique dans le traitement des broncho-pneumonies de l'enfance.

COPPERIE. — 141. Les formes bulbaires de l'encéphalite épidémique.

COULHON. — 102. De la cystite perforante gangréneuse.

DABADIE. — 54. Le cœur des asthmatiques.

DABBADIE. — 31. L'essence pure de goménol dans l'asepsie du champ opératoire en particulier sur les organes génitaux externes.

DAMANY. — 13. La luxation de l'extrémité inférieure du cubitus. Complication de la fracture du radius.

DARRIGADE. — 129. Contribution à l'étude des modifications cliniques et du pronostic de l'éclampsie puerpérale chez les femmes atteintes de néphrite chronique.

DAVERAT. — 140. Contribution à l'étude de la valeur diurétique du cyanure de mercure.

DAVID. — 29. Contribution à l'étude de la kératite neuroparalytique.

DAVID-CHAUSSÉ. — 106. Du granulome annulaire.

DEBÉDAT. — 132. La dégénérescence neuro-musculaire posttraumatique.

DEGOS. — 151. Contribution à l'étude des corps étrangers du rectum.

DÉHAN. — 61. Fibromes du segment inférieur et accouchement.

DELBREIL. — 83. Jean-Marie Caillau, médecin bordelais (1765-1820) : sa vie et son œuvre.

DELLON. — 123. Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale élargie pour cancer du col de l'utérus.

DERENNES. — 136. Contribution à l'étude de l'inversion utérine en dehors de la grossesse.

DESTELLE. — 27. Le sérum gommé. Son emploi dans le traitement des hémorragies graves.

DODEL. — 57. Données expérimentales et critiques sur la technique et l'interprétation de l'ergographie (travail du laboratoire de physiologie du professeur Pachon).

DORÉ. — 2. Contribution à l'étude des goitres de la base de la langue.

DUBLANÇ. — 124. Le diagnostic des tumeurs bénignes des paupières et en particulier du fibrome.

DUCAU-MARTIN. — 9. Contribution à l'étude du cysto-adénome des glandes sudoripares de la marge de l'anus.

DUCOM. — 120. Des plaies par fragments de verre avec inclusion.

DUJEU. — 52. Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires. Lipotuberculinothérapie.

DUMAZET. — 138. A propos d'un cas d'étranglement de l'appendice dans une hernie inguinale droite.

DUPIN. — 79. L'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.

(*Voir la suite p. 1569.*)

(A suivre.)

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

DÉFINITION. — On décrit chirurgicalement à l'extrémité inférieure de l'humérus un condyle externe (condyle anatomique augmenté de la lèvre externe de la trochlée surmonté de l'épicondyle) et un condyle externe (lèvre interne de la trochlée surmontée de l'épitrochlée).

Les fractures peuvent passer au-dessus des deux condyles (fractures sus-condyliennes) ou les diviser de diverses façons.

ÉTIOLOGIE. — Fractures fréquentes dans l'enfance et l'adolescence en rapport avec l'ossification tardive de l'épiphyse supérieure de l'humérus.

Causes prédisposantes. — Maximum de fréquence, cinq à dix ans. Garçons plus souvent que filles.

Causes déterminantes. — *a.* CHOC DIRECT. — Mécanisme rare chez l'enfant Se rencontre quelquefois chez l'adulte et surtout chez le vieillard qui porte moins vite la main en avant pour se protéger.

b. CAUSE INDIRECTE. — La grande majorité des cas. Survient essentiellement dans deux conditions : chute sur la paume de la main que le sujet tend en avant pour amortir la chute ; chute sur le coude, fléchi presque toujours, en extension quelquefois. La contraction musculaire peut à elle seule déterminer quelquefois une fracture.

PATHOGÉNIE. — FRACTURE DIRECTE. — La fracture se fait au point d'application de la force. Citer le cas de la chute sur la face dorsale du coude : la force appliquée sur l'extrémité inférieure de l'humérus porte en bloc cette épiphyse en avant réalisant la fracture supracondylienne par flexion (type assez rare).

FRACTURE INDIRECTE. — Deux mécanismes peuvent être invoqués.

1° *Théorie de la transmission directe du choc* (Kocher-Destot). — Deux cas à envisager.

a. *Chute sur la paume de la main.* — La *force*, représentée par la pression, est transmise par le condyle carpien au radius. Radius et cubitus sont solidarisés par le ligament interosseux.

Au niveau du coude, l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras tend à repousser en arrière ou latéralement l'épiphyse inférieure de l'humérus. Celle-ci est au contraire poussée en avant par le poids du corps qui constitue la RÉSISTANCE.

Chez l'adulte le plus souvent les ligaments de l'articulation du coude cèdent et la luxation est réalisée.

Chez l'enfant c'est la fracture qui se produit le plus souvent ; trois éventualités sont possibles :

I. Le trait passera au-dessus des quatre saillies osseuses (chute sur l'avant-bras demi-fléchi).

II. Le trait détachera le condyle externe (chute sur l'avant-bras demi-fléchi ou sur l'avant-bras étendu et en abduction modéré).

III. Le trait détachera le condyle interne (chute sur l'avant-bras étendu et en abduction forcée). L'olécrâne bascule en dedans et la crête sigmoïdienne presse fortement sur la lèvre interne de la trochlée et la brise.

Dans tous les cas, la pression de l'extrémité supérieure de l'os de l'avant-bras se faisant en arrière, le fragment huméral détaché sera porté en arrière. Suivant qu'il y aura inclinaison latérale en dedans ou en dehors (adduction ou abduction), le fragment sera porté en dedans ou en dehors.

2° *Théorie de l'arrachement ligamentaire.* — Les ligaments latéraux tendus par chute sur la main ou sur le coude peuvent arracher l'épiphyse en totalité ou chaque condyle isolément.

Dans la chute sur la main : c'est la totalité de la capsule qui arrachera l'épiphyse.

Ce mécanisme a été invoqué pour les fractures sus-condyliennes (Broca et Mouchet), pour le condyle externe (Pingaud), mais n'est plus admis.

Par contre, l'arrachement ligamentaire conditionne à lui seul la fracture de l'épitrochlée. Dans chute sur la paume, l'avant-bras étendu, en abduction et supination, le faisceau moyen du ligament latéral interne peut se rompre (cas habituel de l'adulte d'où luxation postéro-externe) ou arracher cette saillie osseuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Rappeler l'ossification de l'extrémité inférieure de l'humérus.** — *a.* Vers deux ans : apparaît le point condylien externe (qui sera bien développé vers six ans) ;

b. Vers quatre ans : la diaphyse forme un prolongement dans le cartilage épiphysaire en bas et en dedans (le décollement pur de l'épiphyse est à partir de ce moment impossible) ;

c. Vers six ans : apparition du point épitrochléen ;

d. Vers dix ans : apparition des points épicondyliens et trochléens. Le cartilage de conjugaison est oblique en bas et en dedans, très bas situé ;

e. Vers douze ans : réunion du condyle avec épicondyle, puis de l'ensemble avec trochlée ;

f. Vers seize ans : réunion du noyau condylo-trochléen à diaphyse ; le prolongement cunéiforme de la diaphyse persiste entre condyle externe et épitrochlée ;

g. Vers dix-huit ans : l'épitrochlée se soude à la diaphyse mais peut rester isolée longtemps et même toute la vie.

Classification. — On peut décrire, parmi les fractures de l'épiphyse inférieure de l'humérus, trois grandes variétés et plusieurs types rares.

Fractures fréquentes. — 1° *Fracture supracondylienne transverse*, de beaucoup la plus fréquente chez l'enfant, encore la plus répandue chez l'adulte.

TRAIT. — *Siège.* — Au point où le prisme diaphysaire s'aplatit et où les fossettes coronoïdienne et olécranienne diminuent la résistance de l'os.

Origine. — Sus-épicondylienne.

Trajet. — Transversal de dehors en dedans, mais irrégulier ; dans l'ensemble, courbe à concavité supérieure. Passe à 5 ou 10 millimètres au-dessus du cartilage de conjugaison.

Terminaison. — Sus-épitrochléenne.

Situation. — Dans un plan oblique en avant en bas : type habituel ou fracture par extension.

FRAGMENTS. — Supérieur, diaphysaire.

Inférieur, épiphyse plus os de l'avant-bras qui suivent l'épiphyse dans tous ses déplacements :

DÉPLACEMENT. — Dans fracture habituelle par extension, triple déplacement du fragment inférieur.

a. Antéro-postérieur : se porte en arrière du fragment diaphysaire.

b. Vertical : se porte en haut, remontant plus ou moins.

c. Latéral : à peu près constant mais incomplet, simple décalage. Peut se faire en dehors ou en dedans.

Le fragment supérieur est porté en avant.

VARIÉTÉS. — Fracture sans déplacement. Fracture par flexion (plus rare que fracture par extension) : déplacement en avant du fragment inférieur. Fracture basse, mordant dans épicondyle et épitrochlée. Fracture haute au-dessus des cavités olécranienne et coronoïdienne. Fracture sus-épicondylienne (ou sus-épitrochléenne) à l'origine et transépitrochléenne (ou transépicondylienne) à la terminaison. Fracture incomplète.

2° *Fracture du condyle externe.* — Un peu moins fréquente que les précédentes.

TRAIT. — *Origine.* — Un demi à un centimètre sus-épicondylien.

Trajet. — Oblique en bas et en dedans.

Terminaison. — Gorge de la trochlée. Ce trait extraarticulaire à l'origine devient intraarticulaire à la terminaison.

Fragment inférieur. — Plus ou moins considérable. Condyle anatomique augmenté de lèvre externe de la trochlée et d'un fragment diaphysaire plus ou moins important. Il entraîne la tête radiale dans ses déplacements.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 3 décembre. — Questions données : « Complications cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde. — Symptômes, complications et diagnostic du mal de Pott sous-occipital. »

MM. Chevereau (Jean), 28; Imbert (Antoine), 24; Sureau, 30; Lerond, 34; Guiberteau, 21; Laënnec, 23; Guyonnaud, 28; Gautier (Jean), 31; Guérin (Maurice), 19; Diamantberger, 29.

Séance du 4 décembre. — Questions données : « Symptômes et évolution des kystes hydatiques du foie. — Symptômes, complications et diagnostic des luxations récentes du coude en arrière. »

MM. Lacapère, 28; Lotte et Lichtwitz, 27; Bergouignan et Galtier, 29; Martiny, 27; Giroire, 29; Suau, 21; Delalande, 28; Desprairies, 30.

— Prix de l'internat en médecine. (*Section de médecine.*) — Jury : MM. Bezançon, Macaigne, Tinel, Weil (Emile) et Clerc.

(*Section de chirurgie et accouchements.*) — Jury : MM. Berger, Thiéry, Cunéo, Brocq et Macé.

— Prix Civiale. — Le jury est définitivement composé de MM. Achard, Widal, Sebileau, Faure et Ménétrier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour le clinicat. — Un concours pour des emplois vacants de chef de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 17 décembre 1923, à 9 heures du matin.

Places mises au concours : 1° clinicat des maladies nerveuses, 1 titulaire, 1 adjoint; 2° clinicat médical, 1 titulaire, 1 adjoint.

— Le professeur Sicard fera sa leçon d'ouverture (pathologie médicale), le samedi 15 décembre, à 18 heures, grand amphithéâtre de la Faculté.

— Clinique des maladies nerveuses. — M. le professeur Georges Guillain fera sa leçon inaugurale le jeudi 20 décembre 1923, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

— M. le professeur Bosch Arana, de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, fera une conférence en français sur les Amputations cinéplastiques (avec projections cinématographiques), au grand amphithéâtre de la Faculté, le lundi 10 décembre 1923, à 20 h. 1/2.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Maurice Croiset est nommé administrateur de cet établissement pour une nouvelle période de trois ans.

M. d'Arsonval, professeur de médecine au Collège de France, est nommé vice-président de l'assemblée des professeurs de cet établissement pour une nouvelle période de trois ans.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur (Réserve) :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal Pernet.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Cannac et Lebaupin.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Médailles pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :

Médaille d'argent. — M. le docteur Désir de Fortunet (de Chalon-sur-Saône).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Chiron, Guillermin et Voutier (de Chambéry), Marty (d'Aix-les-Bains).

LA PRÉPARATION MILITAIRE DES ÉLÈVES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 1er décembre publie une instruction ministérielle sur l'obligation pour les élèves du Service de santé militaire de suivre les cours de la préparation militaire et d'obtenir le brevet de préparation militaire supérieure spéciale.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE TERRITORIALE. — L'assemblée générale aura lieu le mardi 18 décembre 1923, à 18 heures précises. Elle sera suivie du

banquet annuel sous la présidence de M. André Lefèvre, ancien ministre de la Guerre.

La conférence mensuelle aura lieu le 17 décembre; elle sera faite par M. le docteur Reverchon, agrégé du Val-de-Grâce, sur les « Plaies de l'œil par les projectiles de guerre ».

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — Le prochain dîner de l'Association aura lieu le samedi 22 décembre, à 20 heures, au Cercle militaire, sous la présidence d'honneur du général Gouraud, gouverneur militaire de Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Jacques Forestier, secrétaire général, 12, rue d'Anjou, Paris (VIIIe).

CONSULTATION DENTAIRE DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Tous les jeudis matin, à 10 h. 1/2, enseignement de la méthode eumorphique, par le docteur Pierre-Robin, stomatologiste des hôpitaux, avec présentation d'enfants porteurs d'appareils à tous les stades du traitement.

CHRONIQUE

LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES EN ANGLETERRE

Une assemblée générale extraordinaire de l'Association nationale britannique pour la lutte contre les maladies vénériennes vient de se tenir au « Robert Barnes Hall », 1, Wimpole Street, à Londres, sous la présidence de Lord Trevethin, président de l'Association.

Au nom du Comité exécutif, le commandant Allen, en proposant un vœu relatif aux outrages aux enfants, a établi qu'il y avait un accroissement incontestable de délits de ce genre contre les enfants et les jeunes filles et qu'on en trouvait la preuve dans le nombre de cas suivis par la police féminine d'Angleterre et aussi dans le nombre croissant de cas soumis aux magistrats pendant ces deux dernières années et signalés par la presse. Un grand nombre de cas connus de la police ne parviennent nullement aux magistrats faute de preuves suffisantes et sont ainsi ignorés du public.

Un grand nombre de cas également ne sont pas signalés à la police masculine car la femme dont un enfant a été outragé répugne à donner les détails nécessaires à un homme et bien que la police n'interroge jamais qu'avec bonté et avec ménagements, il est évident que les éclaircissements les plus complets peuvent être obtenus par les femmes.

La contamination de maladies vénériennes à de très jeunes enfants et aux jeunes filles est la plus grande menace pour l'avenir de la race. Le mal fait à un enfant victime d'un outrage est incalculable. Un grand nombre sont contaminés par une maladie vénérienne et il arrive que l'enfant outragé n'ait que deux ans.

Le fait que quelques hommes ont encore la pernicieuse illusion qu'ils guériront de la maladie vénérienne dont ils sont atteints par un contact avec un très jeune enfant explique beaucoup du mal qui est causé.

Les journaux ne cessent de répéter que les interrogatoires prouvent que l'accusé a jusque-là joui d'une bonne réputation ou qu'il a été victime d'un ébranlement nerveux à la suite de l'explosion d'un projectile.

Il y a aussi des cas où un homme poursuivi pour attentat aux mœurs sur un enfant et simplement condamné à une amende, a été poursuivi à nouveau plus tard et convaincu du même délit. Cela prouve l'inefficacité des amendes.

La justice égarée acquitte quelquefois des hommes parce qu'ils sont très âgés comme cela s'est produit à Londres il y a environ six mois. Un homme de quatre-vingts ans a été acquitté, non qu'il fût innocent, mais parce qu'il était considéré comme trop âgé. Le même jour la même Cour acquitte un jeune homme de dix-neuf ans parce qu'il était trop jeune.

Le vœu suivant a été alors soumis à l'assemblée :

Vœu proposé par le commandant Allen :

« Que l'Association nationale prenne en considération la gravité de l'extension du crime d'attentat aux mœurs sur les enfants. Il est évident qu'un grand nombre de ces attentats a pour conséquence la communication de maladies vénériennes à des jeunes filles. L'Association pense que l'opinion publique doit être mise en garde contre le péril et que la loi actuelle doit être strictement appliquée. Elle pense que les pénalités pécuniaires sont sans efficacité et que des pénalités sévères doivent être établies. »

Au nom du Comité de propagande le vœu suivant a été déposé par sir Arthur Newsholme :

« Que l'Association est convaincue de la nécessité d'une action pour la prévention des maladies vénériennes plus efficace que celle habituellement exercée par l'Association nationale ou ses ramifications, ou par les organisations officielles pour la prévention et le traitement des maladies vénériennes. Que l'Association désire attirer l'attention de ses ramifications sur l'importance qu'il y a à encourager, par les professeurs et par les parents, l'enseignement de la psychologie moderne comme moyen de contrôle de la conduite et en particulier comme moyen d'aider à la formation d'habitudes de contrôle personnel dès l'enfance et plus tard. »

Au nom du Comité des questions impériales et internationales, le vœu suivant a été proposé par l'amiral sir Reginald Tupper :

« Qu'il est particulièrement désirable que l'Association nationale veuille encourager la création d'une Association de toutes les Indes pour la lutte contre les maladies vénériennes, et pour y arriver qu'elle soit prête à coopérer avec le gouvernement de l'Inde et les organisations responsables intéressées en donnant une aide pécuniaire et en nommant une petite commission dans ce but. Les dépenses seraient partagées entre les autorités indiennes et les dons volontaires de l'Association nationale pour lesquels un appel spécial serait fait. »

Ces trois vœux ont été adoptés à l'unanimité.

L'Association a approuvé le vœu du Comité exécutif demandant que ses représentants à la conférence commune à l'Association nationale pour la lutte contre les maladies vénériennes et à la Société pour la prévention des maladies vénériennes constituent une députation pour presser le ministre de l'Hygiène de mettre à exécution le vœu du rapport Trevethin demandant que des pharmaciens dûment qualifiés soient autorisés à vendre des produits pour la désinfection personnelle accompagnés d'un mode d'emploi à condition qu'aucune réclame commerciale ne soit permise.

R. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 10 DÉCEMBRE AU 15 DÉCEMBRE 1923)

THÈSES

Mardi 11 décembre. — Jury : MM. Brindeau, président; Bezançon, Claude et Nobécourt. — M. TASSIN (Jules). Les épanchements pleuraux au cours du pneumothorax. — M. MINON (Jean). Quelques cas graves de colibacillose. — M. CLUZEAU (Edouard). Recherches radiologiques. — M. BONIS (Paul). Etude des fugues dans la paralysie générale. — M. CARRETTÉ (Paul). La paralysie générale des vieillards.

Mercredi 12 décembre. — Jury : MM. Delbet, président; Bernard, Hovelacque et Harvier. — M. TIMSIT (Raoul). La vaccinothérapie dans les infections chirurgicales. — M. LORION (Henri). Les méthodes bacilloscopiques (diagnostic de la tuberculose pulmonaire).

REVUE GÉNÉRALE

LES VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GROSSESSE

Par MM. G. ECALLE,
Professeur agrégé à la Faculté, Accoucheur des hôpitaux,
et G. BARBARO,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les vomissements sont parmi les complications les plus fréquentes de l'état de grossesse; où ils apparaissent dans un peu moins de la moitié des cas. Gerst en effet sur 2.000 gestantes observées en a compté 1.144 qui n'avaient jamais présenté de vomissements.

De ces vomissements, les uns sont bénins, n'influent pas sur l'état général; ce sont les *vomissements simples*, de beaucoup les plus fréquents, disparaissant spontanément du quatrième au cinquième mois de la gestation. Ils sont souvent décrits parmi les signes du début de la grossesse. Ils n'ont d'autre part aucun caractère de gravité.

On peut leur opposer une autre catégorie de vomissements, heureusement plus rares, caractérisés par leur fréquence extrême, l'état d'amaigrissement et de déshydratation intense qu'ils entraînent. Ce sont les *vomissements graves*, appelés aussi *vomissements incoercibles*; constituant une maladie grave, susceptible d'entraîner la mort à brève échéance.

Dans notre étude, nous envisagerons les symptômes qui caractérisent ces formes graves de vomissements; puis nous passerons en revue les nombreuses théories pathogéniques invoquées pour les expliquer. Nous verrons enfin les diverses méthodes de traitement proposées, basées ou non sur ces conceptions pathogéniques.

I. **Vomissements simples.** — Nous les décrirons très brièvement. Ils sont représentés par de simples nausées avec rejet de mucosités plus ou moins visqueuses ou par de véritables vomissements alimentaires glaireux, aqueux ou bilieux.

Très irréguliers dans leur apparition, leur répétition, ces vomissements s'accompagnent souvent d'une exagération de la sécrétion salivaire, *sialorrhée* donnant lieu à du *ptyalisme*. Ils sont surtout marqués à jeun, calmés par les repas. D'autres fois ce sont des vomissements alimentaires; une partie des aliments est rejetée presque immédiatement après l'ingestion, sans grands efforts, la femme pouvant ensuite reprendre sa place à table.

Quelle que soit leur modalité clinique, ces vomissements simples apparaissent dès la fin du premier mois, durent deux à trois mois environ, puis diminuent peu à peu et cessent du quatrième au cinquième mois. Leur cessation coïncide fréquemment avec les premiers mouvements actifs du fœtus.

Ces vomissements restent le plus souvent bénins parce qu'ils n'influent pas sur la santé générale. Mais ils peuvent s'aggraver et l'on trouve en clinique tous les types intermédiaires entre les vomissements simples au début de la grossesse et les vomissements graves incoercibles qui font l'objet de cette étude.

II. **Vomissements graves ou incoercibles.** — **Historique.** — Signalés par Hippocrate, Aristote, Soranus, Paul d'Egine, les vomissements gravidiques étaient attribués à la rétention des menstrues provoquant une accumulation d'humeur dans l'estomac.

Guillemeau en 1649 invoque le réflexe gastro-utérin. Mauriceau, un peu plus tard croit aux origines nerveuses de ces vomissements.

Leur étude faite par de la Motte, Burnes, a été reprise en 1852 par P. Dubois, qui décrit les trois périodes restées depuis classiques.

Récemment la question a été reprise, surtout au point de vue pathogénie, par de nombreux auteurs, parmi lesquels nous citerons Guéniot (mémoire de 1889), Pinard, Bar, Bonnaire, Fieux qui rapporta la question au Congrès de Toulouse de 1910.

Enfin, le traitement de ces vomissements a fait l'objet de communications et discussions récentes à la Société d'obstétrique de Paris (1922).

Etiologie. — Relativement rares, ces vomissements incoercibles ne se rencontrent guère qu'une fois sur mille grossesses (Bonnaire). Ils existent surtout chez la primipare, mais coïncideraient quelquefois avec une môle hydatiforme, une grossesse gémellaire.

Symptômes. — Pour la description de l'affection nous adopterons la division de P. Dubois en trois périodes, qui bien qu'un peu schématique est demeurée néanmoins classique.

Pour cet auteur il existe :

Une première période d'amaigrissement;

Une deuxième période dite fébrile, caractérisée par l'accélération du pouls;

Une troisième période dite de phénomènes nerveux.

Nous n'insisterons pas sur la dénomination inexacte des deux dernières périodes; la dénomination de fébrile venant de l'accélération du pouls et d'autre part sous le nom de phénomènes nerveux, P. Dubois n'envisageait que les symptômes graves d'agitation ou de coma. En réalité on connaît bien actuellement d'autres phénomènes nerveux tels que les paralysies névritiques ou les psychoses qui peuvent apparaître beaucoup plus tôt.

Première période. — Les vomissements d'abord bénins, apparus vers la fin du premier mois de la grossesse, alors que l'état de gravidité est parfois encore ignoré ou méconnu, acquièrent graduellement ou brusquement un caractère de gravité toute particulière. Ils vont constituer dès le début le signe capital de l'affection.

Le premier caractère de ces vomissements est leur *fréquence* :

Ils se produisent dès le matin au réveil, ils suivent toute ingestion alimentaire, soit immédiatement, soit au bout d'un temps plus long, de quelques minutes à une demi-heure.

Ils se répètent de plus en plus fréquents dans le cours de la journée; et si le plus souvent, au début, le sommeil de la malade en suspend la répétition, on les voit bientôt survenir même la nuit. A cette période certaines malades arrivent à vomir jusqu'à 50 fois par jour.

Au début il s'agit de simples régurgitations se faisant presque sans effort; vomissements en explosion. Mais bientôt leur fréquence et leur répétition les rendent extrêmement pénibles et douloureux; d'autant plus pénibles que la malade vomissant à vide, les efforts qu'elle doit faire, se prolongent jusqu'au rejet d'une quantité très faible de liquide.

Ces vomissements sont d'abord alimentaires. Les

matières ingérées sont rejetées en partie, puis en totalité. Lorsque les vomissements sont très fréquents les aliments séjournent peu dans l'estomac. Mais il est possible de voir au début, des femmes rejeter à six heures du soir presque tous les aliments qu'elles ont pu prendre au déjeuner. Il semble que cette stase gastrique soit liée à un spasme du pylore, comme le montre d'ailleurs parfois la radioscopie.

Puis les aliments faisant défaut, les femmes rejettent du mucus gastrique et de la salive souvent déglutie en forte quantité. Certaines malades arrivent à vomir ainsi une quantité de liquide clair souvent considérable.

Bientôt les efforts amènent le reflux de la bile à travers le pylore, les vomissements prennent alors un aspect bilieux verdâtre, quelquefois même sanglant du fait d'une altération probable de la muqueuse de l'estomac.

Ces vomissements sont déterminés souvent par la vue d'un aliment, par une odeur plus accentuée, par le mouvement, par la parole même. Le repos absolu et l'immobilité les calment; mais il faut encore insister sur leur extrême *irrégularité;* continus un jour ils peuvent disparaître brusquement le lendemain et réapparaître plus violents ensuite.

Dans l'intervalle des vomissements, les malades se plaignent d'un état nauséeux persistant. Quelques-unes accusent une sensation de lourdeur, de pesanteur au creux épigastrique; quelquefois une sensation de brûlure irradiée dans l'œsophage; beaucoup plus rarement une douleur transfixiante avec point dorsal, rappelant quoique beaucoup moins intense la douleur de l'ulcus gastrique.

Le dégoût qu'ils entraînent, leur fréquence croissante, amènent bientôt la femme à cesser toute tentative d'alimentation même liquide. L'*anorexie* devient alors complète, l'intolérance gastrique absolue.

En même temps que les vomissements, on note un autre trouble important de l'appareil digestif, la *sialorrhée* se traduisant par le *ptyalisme*. Les malades rejettent continuellement de grandes quantités d'une salive visqueuse. La quantité de salive qui s'écoule ainsi par crachement ou en bavant peut être quelquefois évaluée à un litre et plus par jour. Dans certains cas le ptyalisme peut précéder les vomissements, d'autres fois le ptyalisme constitue le phénomène dominant (Boissard); mais le plus souvent il y a coexistence des deux phénomènes (réflexe salivaire de Roger). Il se produit alors un véritable cercle vicieux : l'état nauséeux déterminant le ptyalisme et la salive déglutie amenant la nausée et le vomissement.

Il est clair que la coexistence de ces deux symptômes entraîne rapidement chez la femme un état d'*inanition* et de *déshydratation* qui constituent les phénomènes de base de cette affection, le point de départ et une des causes des divers accidents que l'on observera ensuite.

1° *Examen de l'appareil digestif*. — A l'examen d'une malade atteinte de vomissements graves, la *palpation abdominale* révèle quelquefois une légère douleur au creux épigastrique, ainsi qu'au niveau des insertions thoraciques du diaphragme. La *percussion* permet parfois de mettre en évidence un léger tympanisme abdominal; la forme et les dimensions du foie ne se montrent aucunement modifiées.

A. *Examen radioscopique*. — Il est alors intéressant de pratiquer l'*examen radioscopique*, malheureusement ses résultats ne sont pas constants.

La radioscopie faite après ingestion d'un repas opaque d'ailleurs souvent difficile à faire garder par la malade montre :

1. Souvent une image absolument normale;
2. Quelquefois une volumineuse poche à air, refoulant le diaphragme, signe évident d'*aérophagie* qui pour certains auteurs jouerait un rôle capital dans la production des vomissements (Thomas);
3. Quelquefois une ptose gastrique;
4. Quelquefois des contractions irrégulières de certains faisceaux musculaires de l'estomac et plus particulièrement du pylore constituant un *pylorospasme* dont nous avons vu le rôle dans la production des vomissements tardifs.

B. *Examen chimique.* — L'*examen chimique de la salive* montre une forte proportion de chlorure de sodium; une diminution de la quantité de ptyaline (Schramm), une augmentation du pouvoir amylolytique (Daunay).

L'*examen du suc gastrique* recueilli par tubage montre pour Lora Cruz, souvent de l'hyperacidité. Cette hyperacidité tient à l'augmentation du taux de H Cl libre qui peut atteindre 2,60 au lieu de 0,40; alors que l'HCl combiné reste à un taux normal. Ce n'est que vers la fin de la maladie, quand les vomissements diminuent de nombre que l'on peut trouver une exagération de l'acidité due aux acides de fermentation.

C. L'*examen cytologique* du liquide gastrique montre quelquefois la présence de globules rouges et de polynucléaires, à tel point que l'on a pu parler d'une gastrite atténuée diapéditique et congestive (Lœper).

Mais hâtons-nous d'ajouter que si ces faits ont pu être établis dans certains cas (Lora Cruz, Thomas, etc.), ils sont loin d'être constants, et le plus souvent, au début, *il est impossible de trouver une modification quelconque dans la composition du suc gastrique*. Si bien que l'on peut se demander si ces modifications sont la véritable cause des vomissements ou si elles n'en sont pas plutôt la conséquence et dues alors à la congestion de la muqueuse gastrique, et à son hyperfonctionnement.

Pour compléter l'examen de l'appareil digestif, signalons encore la *constipation* qui est habituelle, la malade n'expulse plus que quelques matières dures, concrétées, très fétides. Cette constipation est parfois entrecoupée de débâcles diarrhéiques.

Examen de l'appareil génital. — Dès cette période l'examen de l'*appareil génital* doit être pratiqué avec le plus grand soin, car dans quelques cas on a pu incriminer comme origine de ces vomissements, une cause utérine (métrite, déviation, rétroversion, ulcération du col), ou para-utérine (paramétrite, kyste de l'ovaire, appendicite). Plus rarement on peut faire le diagnostic de môle hydatiforme.

Phénomènes généraux. — A cette époque les *phénomènes généraux* conditionnés par l'*inanition et la déshydratation*, sont peu accusés du moins au début.

Les *urines* sont très rares, foncées, plus toxiques, elles contiennent fréquemment un peu d'albumine.

Le *pouls* est normal, il est toujours au-dessous de 100.

La *température* est normale et même plutôt basse. Une élévation thermique doit faire craindre une complication.

Mais plus importants que les renseignements

donnés par la courbe thermique seront ceux fournis par la *courbe de poids*. Ce qui frappe surtout, c'est l'*amaigrissement* progressif qui caractérise cette période. La femme doit être pesée régulièrement chaque jour et chaque jour on constate une diminution du poids. Les réserves adipeuses disparaissent; on assiste d'abord à la disparition du pannicule sous-cutané, puis à la fonte des masses musculaires.

Cette perte de poids, cet amaigrissement sont aussi dus en grande partie à la déshydratation de l'organisme, à la perte continuelle de liquide du fait des vomissements et du ptyalisme; alors que le peu de liquide ingéré est le plus souvent rejeté.

Cette déshydratation joue un rôle capital dans la pathogénie des accidents qui surviennent au cours des vomissements graves.

La malade nerveuse, inquiète, dormant mal ressent une grande lassitude, une sensation d'*asthénie* extrême.

Cette période a une *durée* variable. Quelquefois courte, dans les formes rapides, elle dure en général plusieurs semaines.

Hâtons-nous de dire que le plus souvent l'affection ne dépasse pas ce stade et que la guérison survient spontanément vers le quatrième mois.

Mais d'autres fois, si les vomissements ont résisté aux moyens thérapeutiques employés, on arrive à la deuxième période, dite fébrile de P. Dubois.

Deuxième période. — A ce moment, en plus des troubles digestifs, on voit apparaître des troubles des différents appareils dus à l'intoxication et à la déshydratation.

Troubles digestifs. — Les symptômes de la période précédente s'accentuent.

Les *vomissements*, de plus en plus fréquents, sont très douloureux. Les efforts amènent quelques stries sanguinolentes.

Le *ptyalisme* est toujours abondant, il dépasse souvent un litre par jour, à la fin, cependant, il peut diminuer.

Nous ne reviendrons pas sur l'examen chimique des liquides gastriques qui a été vu plus haut.

L'haleine est fétide. Elle a souvent une odeur diacétique.

L'examen de la bouche révèle parfois une *stomatite* érythémateuse, plus rarement ulcéro-membraneuse.

Le *muguet* est relativement fréquent chez ces malades à salive acide, si les soins d'hygiène buccale n'ont pas été observés.

Enfin, la *soif* est vive, elle ne peut être calmée, la moindre ingestion de liquide amenant immédiatement un vomissement.

La *palpation* de l'abdomen réveille une *douleur épigastrique* plus accusée que précédemment.

Le ventre est excavé. La couche adipeuse a complètement disparu. Lorsque la grossesse est suffisamment avancée, le globe utérin fait saillie au-dessus de la symphyse.

La *constipation* persiste, tantôt elle est remplacée par une *diarrhée* de selles glaireuses, fétides.

L'examen physique du *foie* montre que son aire de matité a diminué. En même temps, on peut noter un léger subictère des conjonctives, d'un mauvais pronostic.

Troubles circulatoires. — L'examen de l'appareil circulatoire et, en particulier, du pouls, donne à cette période son signe caractéristique.

L'*examen du cœur* ne révèle, le plus souvent, aucune autre modification que la tachycardie, quelquefois on peut entendre des souffles cardio-pulmonaires.

Le *pouls* est augmenté de fréquence, il *bat au-dessus de 100*, jusqu'à 120. Il est arythmique, petit.

Par contre, la *température* est normale. Il existe même parfois de l'hypothermie. C'est donc à tort que cette période avait été appelée fébrile par les anciens médecins qui ne connaissaient pas l'usage du thermomètre. Cette dissociation du pouls et de la température, quand elle existe, est d'un pronostic sombre (Pinard).

L'*hypotension artérielle* est marquée. La tension maxima est aux environs de 9-10 au Vaquez-Laubry la tension minima est entre 5 et 6.

La malade a des tendances syncopales. La tension artérielle ne remonte que lentement si la malade guérit (Rathery).

Récemment, on a étudié les modifications du *réflexe oculo-cardiaque* au cours des vomissements incoercibles.

On sait que l'excitation consécutive à la pression des globes oculaires, recueillie par le trijumeau et acheminée vers le bulbe, se diffuse dans les deux systèmes cardio-modérateur et cardio-accélérateur.

A l'état normal, on observe du ralentissement du pouls, par prédominance de l'appareil cardio-modérateur. Chez la femme atteinte de vomissements graves, Cathala et Biancani ont constaté, au contraire, une accélération du pouls montant de 100 à 106.

Le réflexe de Claude (compression de l'épigastre) donne des chiffres semblables : de 108 à 120, en même temps qu'une diminution de l'amplitude des oscillations.

L'injection intramusculaire d'adrénaline provoque une accélération très accusée du pouls, une augmentation de la tension artérielle et s'accompagne de fourmillements, tremblements, palpitations; d'une réaction émotive.

L'examen clinique de tous les appareils doit être complété par l'examen des urines et du sang, associés à la recherche des diverses réactions susceptibles de mettre en évidence, un trouble fonctionnel du foie ou du rein.

1° L'étude de la fonction hépatique montre que le foie est manifestement touché.

Il y a souvent *rétention biliaire*, comme le montrent les réactions de Hay et de Grimbert. La fréquence de la rétention des sels biliaires, au cours de la grossesse a été signalée par Brulé qui l'attribue à des lésions d'insuffisance hépatique par auto-intoxication gravidique. Chez des femmes absolument normales, Cranicéanu et Popper, ont constaté une rétention des sels biliaires, chez 20 p. 100 des femmes en état de grossesse. Mais au cours des vomissements, cette rétention biliaire est particulièrement marquée et des plus fréquentes.

La rétention des pigments biliaires est beaucoup plus rare. Le plus ordinairement, les pigments biliaires normaux sont remplacés par un pigment anormal, dérivé des précédents : l'*urobiline* ou son chromogène, décelables dans l'urine des femmes atteintes de vomissements graves. Cette urobilinurie accompagnant la rétention des sels biliaires constitue un véritable syndrome d'insuffisance hépatique, par lésion de la cellule hépatique.

L'*épreuve des hémoconies*, pratiquée par Jeannin

et Levant, a montré l'absence des hémoconies dans deux cas de vomissements graves, après introduction de graisses dans l'intestin. Cette constatation est encore une preuve de l'insuffisance de la cellule hépatique.

Elle est due à une modification de l'excrétion des sels biliaires dans l'intestin, rendant difficile l'émulsion, la saponification et l'absorption des graisses.

L'épreuve de la *glycosurie expérimentale* est fréquemment positive au cours des vomissements, elle traduit l'insuffisance de la cellule hépatique et, en particulier, de la fonction glycopexique. Le pouvoir glycolytique est très abaissé chez ces malades. La limite de la glycolysie peut tomber au-dessous de 1 gramme par kilogramme corporel. Le pronostic est alors très grave (Lequeux).

La *recherche des glycuro-conjugués* effectuée par Jean, chez la femme enceinte, puis reprise par Couinaud et Clogne a montré que le taux des glycuro-conjugués qui reste sensiblement normal dans le cas de grossesse simple, se trouve considérablement diminué dans les cas de vomissements incoercibles, plus encore que dans l'éclampsie.

La *fonction uréopoiétique* du foie peut être appréciée, soit par le rapport $\frac{\text{azote urée}}{\text{azote total}}$, soit par l'étude du coefficient d'imperfection uréogénique du foie (Maillard, Lepage et Tiffeneau), soit par le rapport de Derrien Clogne qui n'en est qu'une variante. Or, normal ou très faiblement augmenté (7 au lieu de 6) chez la femme enceinte normale, ce coefficient présente une augmentation considérable dans les vomissements incoercibles où ce rapport atteint presque toujours 10 p. 100 et quelquefois même 11 p. 100.

Enfin, depuis quelques années, l'étude du métabolisme azoté a trouvé une nouvelle méthode d'exploration dans l'épreuve de la *crise hémoclasique* de Widal. Or, cette réaction s'est montrée manifestement positive dans les cas de vomissements incoercibles comme ont pu le noter Powilewicz, Philippe et Didier, Couinaud et Clogne.

Une transformation irrégulière ou insuffisante des graisses peut encore être considérée comme une des manifestations de l'insuffisance du foie dans sa *fonction adipoiétique*.

La conséquence, c'est le passage en quantité plus considérable des produits cétoniques dans le sang, d'où acétonémie, acétonurie et acidose.

Le Lorier a montré que l'*acidose* se retrouvait dans les cas graves de vomissements incoercibles et il a accordé à ce symptôme une signification importante au point de vue du pronostic.

Cliniquement, cette acidose se manifeste par les symptômes suivants : céphalée, épigastralgie, odeur acétonique de l'haleine quelquefois ; dyspnée sine materia fréquente. Elle est prouvée par les réactions de Gerarht et Legall dans l'urine, qui doivent toujours être recherchées en présence de pareils symptômes.

M. Labbé, J. Hutinel et Nepveux ont rapporté un cas typique de vomissements gravidiques avec acidose, terminé par la mort et dans lequel l'insuffisance hépatique fut constatée fonctionnellement et anatomiquement.

2° ÉTUDE DE LA FONCTION RÉNALE. — La *quantité d'urine est très diminuée*. Le plus souvent la malade n'excrète que 2 à 300 grammes par vingt-quatre heures d'une urine rouge, épaisse. Quelquefois l'anurie peut faire place à l'oligurie.

Et cependant, l'examen des urines ne révèle l'existence que de très faibles traces d'albumine. C'est qu'en effet cette anurie ne relève pas d'une lésion ou d'un blocage du rein. Elle provient de la déshydratation intense de l'organisme : la malade n'urine plus faute de liquide. Il suffit de la réhydrater par des injections de sérum artificiel (même salé) pour qu'elle augmente immédiatement de poids, pour que son sang revienne à une concentration normale et pour qu'elle se remette à uriner.

Nous empruntons à Roullier les résultats qu'il a obtenus au point de vue chimique en étudiant l'urine de femmes atteintes de vomissements incoercibles.

La proportion d'*urée* éliminée en vingt-quatre heures est franchement inférieure à la moyenne chez ces malades. Mais cette diminution de l'urée urinaire ne tient pas à une rétention d'urée dans l'organisme ; elle est en relation avec la petite quantité de matières albuminoïdes absorbées par la malade.

D'autre part, si l'on tient compte de la quantité d'azote fournie à la malade, on constate que, non seulement il n'y a pas de rétention d'urée par rapport à ce régime, mais qu'il y a de plus une forte proportion d'urée de désassimilation. Cet azote urée provenant des matières albuminoïdes des propres tissus de la malade se montre en assez forte proportion (jusqu'à 10 grammes d'azote par vingt-quatre heures).

Donc, le rein des femmes ayant des vomissements incoercibles paraît être en état d'éliminer parfaitement l'urée, il ne semble pas lésé anatomiquement ni fonctionnellement.

Les chiffres obtenus par l'étude de l'*azote total urinaire* conduisent aux mêmes conclusions.

Si le chiffre de l'Az total est abaissé, ceci ne correspond pas à une rétention d'azote dans l'organisme, mais à une trop faible proportion d'azote alimentaire.

Le *rapport azoturique* $\frac{\text{Az U}}{\text{Az T}}$ est légèrement diminué par suite encore de l'insuffisance du régime azoté.

L'élimination urinaire des *composés xanthouriques* se traduit par des chiffres très supérieurs à la normale.

Or, l'acide urique et les corps voisins, xanthiques et hypoxanthiques, proviennent du démembrement des nucléoprotéides. Le régime alimentaire étant à peu près dépourvu de nucléoprotéides, au cours des vomissements incoercibles, on peut penser que ces composés xantho-uriques proviennent exclusivement des nucléoprotéides des propres tissus de la malade.

Le taux des *acides aminés* est augmenté ainsi que celui de l'*ammoniaque urinaire*. Cet ammoniaque est un des termes de passage de l'azote à l'urée. Son excès dans l'urine par rapport à l'urée doit prouver une désassimilation prononcée. Les Américains, avec Titus et Hoffmann, Williams, Stone-Ewing, accordent une importance particulière à cette *ammoniurie* dont ils font le témoin du degré d'insuffisance protéolytique du foie. Le coefficient ammoniacal peut passer à 16 et même 40 p. 100 (Williams), au lieu du chiffre normal de 3,50 p. 100. Pour les auteurs américains, quand ce coefficient atteint 10 p. 100, il faut intervenir sans retard.

Ces différents examens montrent, en somme, que

la fonction rénale est rarement touchée dans les vomissements incoercibles et nous ne pouvons que souligner ici le peu d'atteinte du rein et l'opposer au contraire aux troubles accusés qui se produisent dans la fonction hépatique comme nous l'avons vu plus haut.

Enfin, nous voulons encore insister sur la présence presque constante des *corps acétoniques*, en particulier de l'acide acétyl acétique, décelable par la réaction du perchlorure de fer. Le Lorier a obtenu la coloration Porto par ce procédé dans les urines de toutes les femmes atteintes de vomissements graves qu'il a observées.

Il s'agit là d'un véritable état d'*acidose*, créé à la fois par l'insuffisance hépatique, par le jeûne et par la privation d'hydrocarbonés. Cette acidose est en tous points comparable à l'acidose des diabétiques, aussi implique-t-elle le même traitement : alcalin et hydrocarboné.

3° Examen du sang. — En 1903, Tuschkai pose comme indication de l'intervention au cours des vomissements, l'apparition dans le sang de mégaloblastes et la diminution des globules rouges traduisant l'anémie globulaire.

Bué, Bonnaire admettent ces conclusions. Ce dernier rapporte un cas avec Claude où le nombre des globules rouges tombait à 3.300.000.

Mais Devraigne établit ensuite que dans les formes graves il y avait augmentation du nombre des globules rouges qui peuvent atteindre 8 et 9 millions.

Ceci est dû à la déshydratation de l'organisme; c'est une *polyglobulie relative* par concentration du sang avec augmentation parallèle de l'hémoglobine. La femme atteinte de vomissements incoercibles, éliminant ses chlorures en partie dans l'urine, en partie dans les vomissements; n'en recevant pas de nouveaux, se déshydrate rapidement, d'où concentration relative. Mais quelquefois ce phénomène est masqué si on pratique des injections de sérum, d'où *polyglobulie vraie*. Il existe des modifications chimiques du sang au cours des vomissements.

Barbier a étudié les modifications de la globuline consistant en l'élévation du taux de l'*acétoglobuline* au double de la normale; le bloc des autres albuminoïdes se trouvant diminué d'autant.

Lequeux a constaté l'*abaissement du pouvoir* glycolytique du sang à 1 gramme par litre.

En *résumé*, ces divers examens de laboratoire montrent la nature des lésions et des troubles observés au cours des vomissements incoercibles. *L'insuffisance hépatique domine, tandis que la fonction rénale est peu atteinte. Enfin, la déshydratation des tissus, l'inanition causée par le jeûne entraînent une série de modifications pathologiques pouvant aboutir à l'acidose.*

4° Troubles généraux. — A cette période, l'état général est fortement aggravé.

Du fait de la déshydratation, la peau est sèche, rugueuse, écailleuse, les yeux sont excavés, les extrémités des membres cyanosées. Il existe fréquemment un léger subictère des conjonctives.

L'amaigrissement continue; il est rapide, la femme perd souvent 300 à 500 grammes par jour. Il en résulte un état profond d'asthénie.

La malade reste abattue, sans forces, dans son lit. Elle présente souvent une dyspnée sine materia. Elle accuse une vive céphalalgie. Cependant, à aucun moment, on n'observe d'obscurcissement de l'intelligence, qui reste lucide, malgré le manque de sommeil à peu près complet.

Quelquefois, à cette période, se manifeste le début de phénomènes névritiques ou psychiques que nous étudierons aux complications, et qui vont en s'aggravant dans la troisième période.

Signalons, enfin, dans certaines formes un véritable syndrome d'*insuffisance surrénale* avec phénomène de la raie blanche, douleurs musculaires, hypotension, asthénie.

La durée de cette période est variable; elle dépend en partie de l'amaigrissement journalier. Elle est quelquefois longue, durant plusieurs semaines. En général, cependant, elle ne dépasse pas quinze jours. Elle peut être beaucoup plus courte.

Troisième période *dite des phénomènes nerveux*. — Cette période succède à la précédente d'une façon insidieuse et souvent rapide.

Les vomissements à ce moment diminuent ou même cessent à peu près complètement. La malade peut garder quelques aliments. On pourrait croire à une amélioration, mais le mauvais état général, la fréquence du pouls qui bat à 140, la persistance des troubles nerveux font porter un pronostic fatal.

La malade présente une dyspnée continue sine materia, une tendance syncopale. Un ictère peut survenir, l'anurie peut s'installer. Ils annoncent l'issue fatale.

Pendant toute cette période, les *phénomènes nerveux* vont en s'aggravant. Des douleurs névralgiques, des paralysies diverses surviennent au niveau de la face, des membres, pouvant s'étendre au domaine de la vie végétative; le pneumogastrique, le phrénique peuvent être touchés.

Enfin, les phénomènes cérébraux sont constants. L'intelligence s'affaiblit, on voit apparaître du délire, des hallucinations. Après une phase d'excitation, la malade est prostrée et entre dans le coma.

Elle meurt quelques jours, quelquefois quelques heures après le début de cette dernière période.

Évolution. — Il est impossible de pronostiquer l'évolution des vomissements incoercibles. Celle-ci est essentiellement *irrégulière*. C'est là sa principale caractéristique. Les guérisons les plus inattendues peuvent survenir aux deux premières périodes; alors que d'autres fois la maladie brûle les étapes, allant si vite que l'intervention doit être pratiquée d'urgence, presque d'une manière désespérée.

A la première période, la guérison est presque la règle, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement médical.

Elle peut être brusque ou être annoncée par une crise diarrhéique ou urinaire (cas de Cazeaux).

Dans d'autres cas, l'évolution peut être entrecoupée de rémissions plus ou moins longues. S'il ne survient pas de complications, les vomissements cessent presque toujours spontanément vers quatre mois et demi. Il en est de même si le produit de conception succombe. Exceptionnellement, la femme continue à vomir dans les mois suivants; mais ces vomissements ne présentent jamais les caractères de gravité de ceux du début; ou bien s'ils persistent on doit rechercher une autre cause : lésion nerveuse, tumeur cérébrale, etc. Dans la très grande majorité des cas, le pronostic reste bénin.

A la deuxième période, la guérison spontanée est encore possible si la femme peut atteindre le terme

de quatre mois et demi, si le fœtus meurt, en cas d'avortement spontané, ou encore sous l'influence du traitement médical.

Mais c'est une période d'attention ; il faut surveiller la femme de très près, car une aggravation subite peut se produire et entraîner la mort. Il faut être prêt à provoquer un avortement thérapeutique et ne pas trop tarder à y recourir en cas de symptômes menaçants.

A la troisième période, l'apparition et la persistance des phénomènes nerveux, psychiques doivent faire porter un pronostic fatal. Il est peut-être trop tard pour intervenir avec quelque chance de succès.

Complications. — L'évolution de l'affection, les progrès de l'intoxication et de la déshydratation peuvent être hâtés par des complications intercurrentes.

Il s'agit tantôt d'*infections générales* à colibacille ou à pneumocoque (broncho-pneumonies).

Plus fréquemment la femme présente de l'*anurie* qui, comme nous l'avons vu, est due à la déshydratation ; il n'y a pas de blocage du rein ; le cours de l'urine pouvant se rétablir sous l'influence d'injections de sérum.

D'autres fois encore, la femme succombe à l'installation d'un *ictère grave* ; celui-ci est caractérisé par la teinte ictérique ou subictérique des téguments, par les hémorragies, purpura, épistaxis et par les symptômes nerveux, céphalée, délire, agitation, troubles dyspnéiques et tendance au coma. Il traduit l'atteinte profonde de la fonction hépatique.

Nous ferons mention particulière des COMPLICATIONS NERVEUSES qui peuvent persister ou même apparaître après la guérison des vomissements.

Il s'agit le plus souvent de *polynévrites* caractérisées par une paraplégie flasque douloureuse ; plus rarement une quadriplégie.

Le début de cette complication est marqué par les troubles moteurs qui prédominent. La paralysie se localise de préférence aux membres inférieurs, au niveau des muscles de la loge antéro-externe de la jambe, aux muscles antérieurs de la cuisse.

Il en résulte une flexion de la jambe sur la cuisse, du steppage et la chute du pied en varus équin.

Aux membres supérieurs, les lésions atteignent les muscles de l'extension.

Les troubles sensitifs sont constants. Ils consistent en crises douloureuses parfois à type fulgurant rappelant le tabes. Les masses musculaires sont douloureuses à la pression. Il existe fréquemment une anesthésie plantaire douloureuse.

Les réflexes tendineux sont diminués ou abolis. L'examen électrique, parfois douloureux, montre une abolition de la contractilité faradique, une diminution de la contractilité galvanique, parfois une ébauche de R. D.

Les troubles trophiques consistent essentiellement en atrophie musculaire, cyanose des extrémités. Les sphincters sont le plus souvent intacts (Cathala a cependant signalé un cas de paralysie des sphincters avec escarre sacrée).

Ces névrites peuvent aussi atteindre, mais bien plus rarement : le phrénique, le pneumogastrique, se manifestant par de l'angoisse, de la tachycardie (Cathala, Trastour).

Enfin, dans certains cas, il existe des *mononévrites* compliquant les vomissements graves. Elles paraissent assez fréquentes, mais elles passent souvent inaperçues. Localisées à un segment de membre, à un groupement musculaire, elles affectent souvent au membre supérieur le type Aran-Duchenne. Au membre inférieur elles atteignent le sciatique poplité externe.

A côté de ces troubles névritiques, il faut citer les *troubles psychiques* assez fréquemment observés chez des femmes atteintes de vomissements graves. Fieux en a rapporté une observation caractérisée par un affaiblissement des fonctions intellectuelles surtout dans le domaine de la mémoire ; ayant évolué vers la fin de la grossesse et persistant six mois après l'accouchement. Des cas semblables ont été rapportés avec association à des polynévrites (Pinard, Wallich, Fruhinsholz). On a pu voir survenir un véritable syndrome de Korsakoff caractérisé par l'instabilité du caractère, l'amnésie antérograde, l'affaiblissement de l'intelligence, accompagnant les troubles polynévritiques.

Ces psychoses peuvent apparaître, même après l'expulsion du produit de conception. Récemment, Cathala et Biancani ont rapporté un cas de psychose survenu six jours après l'avortement, sous forme d'un syndrome confusionnel, disparu complètement huit jours après.

L'évolution de ces lésions nerveuses et psychiques, après la cessation des vomissements, se fait en général vers la guérison, cependant celle-ci peut être lente ; d'autre part, comme nous l'avons vu, ces complications peuvent n'apparaître qu'après la disparition des vomissements et même après l'avortement thérapeutique, dans les jours qui suivent l'intervention. Il est vrai que l'on a voulu attribuer un certain rôle à l'existence d'une psychopathie dans l'évolution du syndrome vomissements.

Il est intéressant de remarquer la coïncidence fréquente des névrites gravidiques et des vomissements. Desnos, Joffroy, Pinard avaient attiré l'attention sur ce fait dès 1888. Dans la plupart des observations de névrites gravidiques, on retrouve en effet des antécédents de vomissements généralement graves.

Ces deux affections relèvent de la même cause : l'intoxication gravidique agissant à des degrés divers.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1923)

Sur quelques coïncidences des néoplasmes malins et sur les délais de leur apparition. — M. R. BAZIN. « Nombreuses sont aujourd'hui les observations de maisons à cancer, de villages à cancer et même de cages de souris à cancer. Ces faits sont diversement interprétés, mais il ne semble pas que ceux qui croient au rôle de la contagion aient, d'une manière générale, étudié l'intervalle de temps qui, dans une même maison, sépare l'apparition des différents cas de cancer. »

L'auteur cite un certain nombre d'exemples assez troublants. Si on admet l'hypothèse de la contagion on verrait que la durée de l'incubation serait fort longue et varierait entre deux et douze ans. « La tumeur, ajoute l'auteur, serait donc peut-être la manifestation ultime d'une infection silencieuse, comme les gommes d'une syphilis, dont les accidents primaire et secondaire auraient passé inaperçus. »

M. Bazin montre, avec raison, combien il serait utile de

faire une étude d'ensemble permettant de découvrir les modes d'éclosion de cette maladie dont jusqu'ici les origines nous échappent entièrement.

Etude de la phosphatémie chez les rachitiques et de ses variations sous l'influence des rayons ultraviolets. — MM. E. Lesné, L. de Gennes et Ch. O. Guillaumin.

Hémolyse alexique et protéolyse. — M. E. Wollman et Mlle L.-A. Graves.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 4 décembre 1923)

Le statut des sages-femmes. — La discussion s'est terminée. La plupart des articles restant à examiner ont été adoptés sans discussion.

L'article portant l'obligation pour les sages-femmes d'un stage dans les maternités a donné lieu à discussion.

M. Cazeneuve se basant sur la difficulté du recrutement des sages-femmes, craint que cette obligation au stage ne le rende encore plus difficile et en propose la suppression.

M. Doléris n'est pas de cet avis et considère, au contraire, le stage obligatoire comme indispensable.

M. Bar estime que c'est là une question d'importance, tant au point de vue pratique qu'au point de vue moral.

Au point de vue pratique, il est indispensable que les sages-femmes soient soumises à l'obligation de ce stage, car elles pourront rapprendre ce qu'elles ont pu oublier et perfectionner encore leur instruction obstétricale. Il y a lieu d'admettre toutefois que, comme en Angleterre, elles reçoivent une indemnité pour ce déplacement.

Ce stage est utile aussi au point de vue moral, car on leur rappellera quels sont leurs devoirs.

D'ailleurs, les sages-femmes elles-mêmes, dans une réunion, ont demandé le maintien du stage obligatoire.

Malgré une nouvelle protestation de M. Cazeneuve, le maintien du stage, mis aux voix, est adopté.

Il s'est élevé également une discussion sur le contrôle et la surveillance des sages-femmes.

M. Mesureur, se basant sur le respect du secret professionnel, n'admettrait ce contrôle qu'à la condition qu'il fût exercé par une personnalité liée, comme les sages-femmes elles-mêmes, par le secret professionnel, et non par le Conseil d'hygiène.

On se rallia à cette proposition.

Une dernière discussion au point de vue de la fièvre puerpérale :

Toute sage-femme qui aura eu à soigner une fièvre puerpérale devra être suspendue et indemnisée pendant un temps à déterminer. (Adopté)

L'ensemble du rapport, mis aux voix, est adopté.

Les résultats de l'Œuvre Grancher après vingt années de fonctionnement et son rôle dans la lutte contre la tuberculose. — M. P.-F. Armand-Delille, qui est secrétaire-général de l'œuvre Grancher, depuis 1907, expose les résultats obtenus depuis la fondation par Grancher, en 1903, de « l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose ».

Sans même relater tous les excellents résultats obtenus dans les diverses filiales départementales de l'Œuvre, il présente une statistique portant sur 2.500 enfants parisiens confiés à l'œuvre Grancher, depuis vingt ans, enfants qu'il a eu l'occasion d'examiner lui-même au moment de leur admission, et de suivre pendant plusieurs années au cours de ses tournées d'inspection.

Alors que des recherches antérieures lui ont montré que si on laisse les enfants au contact des parents tuberculeux, ils sont contaminés dans la proportion d'au moins 60 p. 100 — les statistiques du professeur Calmette donnent même 67 p. 100 — et que l'évolution fatale se produit dans les deux tiers des cas, soit une mortalité de 40 p. 100; sur les 2.500 enfants, pupilles de l'Œuvre, âgés de trois à treize ans, il y a eu en tout seulement 7 cas de tuberculose, avec deux mort par méningite survenue trois semaines après l'arrivée et 5 guérisons.

L'Œuvre Grancher a donc réduit parmi les enfants des tuberculeux, la morbidité à 0,3 p. 100 et la mortalité à moins de 0,1 p. 100, ce qui est quasiment nul. Parmi les pupilles sortis de l'Œuvre, beaucoup sont aujourd'hui mariés, devenus des cultivateurs et ont des enfants parfaitement sains, et on n'a observé jusqu'à maintenant que deux cas de tuberculose parmi ses anciens pupilles.

L'Œuvre Grancher a donc répondu au but que s'était proposé son fondateur. Non seulement elle préserve efficacement les enfants de la tuberculose, mais de ce fait, elle les empêche de répandre plus tard la contagion autour d'eux. De plus, elle les élève dans des familles d'une moralité reconnue et contribue au retour à la terre, car environ 40 p. 100 de ses pupilles se fixent définitivement à la campagne.

M. Armand-Delille ajoute enfin que non seulement l'Œuvre Grancher est le moyen le plus économique de la lutte contre la tuberculose, puisque pour guérir un tuberculeux au sanatorium, il faut plusieurs années de traitement coûteux, et que la restitution à la Société de ce capital social hypothéqué revient à environ 60.000 francs, tandis que pour un séjour moyen de trois années dans ses foyers, soit 3 à 4.000 francs, l'Œuvre Grancher conserve à la Société un capital social absolument neuf.

Nævo-carcinome de la cornée. — M. de Lapersonne fait un rapport sur une observation adressée par M. le professeur van Duyse (de Gand).

Lèpre mixte arséno-résistante. — MM. G. Delamarre et Achifour.

— L'Académie tiendra séance le jeudi 27 décembre et le jeudi suivant, le 3 janvier, au lieu du mardi.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 30 novembre 1923)

Rhumatisme chronique déformant et hérédosyphilis. — MM. Harvier et Decoint présentent une première malade hérédosyphilitique, âgée de cinquante et un ans, atteinte de rhumatisme chronique déformant des mains et des pieds. Ces lésions sont caractérisées radiologiquement par des ostéophytes localisés sur les épiphyses des articulations interphalangiennes. Il existe aussi des lésions articulaires proprement dites (effacement de l'interligne, pénétration des surfaces osseuses). Ce type répond parfaitement à la description de l' « arthropathie déformante » de A. Fournier dans la syphilis héréditaire tardive. Le début des déformations remonte à l'âge de vingt-six ans.

La seconde malade, âgée de soixante et un ans, également hérédosyphilitique a des déformations moins marquées, localisées uniquement aux mains. Elles ont débuté à cinquante-neuf ans. Les épreuves radiographiques montrent ici l'absence de toute lésion ostéo-articulaire. Il s'agit d'un rhumatisme fibreux dont l'étiologie syphilitique est possible, mais difficile à affirmer.

Acrocéphalo-syndactylie. — MM. Apert, Tixier, Huc et Kermorgant présentent un cas.

De l'évolution des méningites chroniques syphilitiques latentes. — M. Clovis Vincent. Personne ne constate les rapports étroits entre les réactions leucocytaires et humorales du liquide céphalo-rachidien et certaines maladies : le tabes, la paralysie générale, certains ramollissements cérébraux.

L'accord cesse quand il s'agit de préciser la façon dont ces phénomènes évoluent les uns par rapport aux autres. C'est ainsi que certains neurologistes pensent qu'il n'y a pas de réactions méningées et tumorales sans signes cliniques, alors que d'autres soutiennent que pendant longtemps une méningite syphilitique bien caractérisée peut exister sans troubles cliniques.

On ignore également comment se comporte dans la suite de longues années, la réaction méningée spécifique, combien

de temps elle peut durer, meurt-elle définitivement ou peut-elle revivre.

Les cas suivants pourraient contribuer à répondre à ces questions. Le premier malade a été suivi onze ans. Syphilis en 1904. Observé en 1911. Réaction de Wassermann négative dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien, réaction de Bordet-Wassermann positive, forte albumino-leucocytose. Aucun signe clinique. Il en est ainsi pendant quatre ans. De 1918 à 1923 apparaissent les signes de tabes sans que les réactions se modifient. En 1923, paralysie générale et réaction de Wassermann positive dans le sang. Le second malade a été suivi pendant neuf ans. En 1914, crises gastriques. Argyll-Robertson. Réaction de Wassermann négative dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien, réaction Wassermann positive, forte albuminose, leucocytose. Traitement. Disparition de crises gastriques en 1919; réaction méningée et humorale normales, en 1920, petit ictère. De nouveau, toutes les réactions méningées sont positives. En 1921, en même temps qu'apparaissent les signes d'une paralysie générale, la réaction Wassermann devient positive dans le sang.

Pneumococcie méningée curable avec délire aigu au cours d'une pneumonie double. — MM. G. PAISSEAU et ALAJOUANINE rapportent l'observation d'un malade chez lequel survint, au cours d'une pneumonie double, un syndrome de délire aigu suivi d'un état comateux qui céda au bout de quarante-huit heures, laissant après lui des troubles sensitifs au niveau des membres inférieurs et une escarre fessière. La ponction lombaire révéla la présence passagère de pneumocoques sans réaction cellulaire notable dans un liquide céphalo-rachidien clair.

L'intérêt de cette observation réside également dans le type clinique de cette pneumococcie méningée caractérisée par une réaction des centres nerveux beaucoup plus marquée que la réaction des méninges. Le délire et le coma passager traduisent, en effet, une véritable encéphalite, les troubles sensitifs et l'escarre des membres inférieurs montrent une atteinte de la moelle dans sa trophicité et ses voies sensitives.

La guérison spontanée de ces manifestations est, en outre, remarquable, en raison de la gravité habituelle des méningites pneumococciques et permet de ranger cette observation dans le groupe des pneumococcies méningées curables.

Présentation d'un appareil aspirateur permettant le syphonage. — M. GUY-LAROCHE.

Troubles de la régulation thermique dans un cas d'encéphalopathie du nourrisson. — MM. RIBADEAU-DUMAS et FOUËT signalent un ramollissement du cortex et des noyaux gris chez un nourrisson qui a présenté trois mois, des oscillations thermiques quotidiennes entre 28 et 40 degrés avec état général satisfaisant.

Septicémie streptococcique mortelle à manifestations veineuses primitives. — MM. CAIN et OURY. Chez un homme de trente-deux ans évolue en quelques jours une septicémie streptococcique, sans porte d'entrée connue, et qui se traduisit cliniquement par des abcès périphlébitiques multiples. La mort survint par broncho-pneumonie. L'autopsie ne permit pas de mettre en évidence d'autres localisations.

Des troubles fonctionnels du rein dans les maladies mentales. — M. TARGOWLE.

L'emploi de l'insuline chez les diabétiques. — MM. DESGREZ, BIERRY et RATHERY précisent l'emploi de l'insuline chez les diabétiques. Elle n'est indiquée que dans le diabète consomptif vrai et dans le coma diabétique. Il faut distinguer du diabète consomptif les poussées d'acidose survenant au cours du diabète simple et facilement curables par la seule

diététique. Les effets de l'insuline sont remarquables; on peut noter des améliorations très importantes. Malheureusement ses effets sont passagers et aucune observation probante de guérison définitive du diabète consomptif après cessation complète de l'emploi de l'insuline n'a pu être encore observée. Il faut répéter les injections à des intervalles rapprochés; la dose à injecter, le nombre de ses injections, et l'intervalle qui peut exister entre celles-ci varient avec chaque malade. L'administration du médicament est délicate et ne doit se faire qu'en s'appuyant sur un certain nombre de recherches portant sur le sang et l'urine; le régime à instituer a une importance capitale et doit être bien équilibré.

Un cas de broncho-pneumonie morbilleuse guérie par le pneumothorax artificiel. — M. Léon Bernard rapporte l'observation d'une fillette de cinq ans atteinte d'une broncho-pneumonie, d'origine morbilleuse, et présentant une allure des plus graves. La situation devenant tout à fait menaçante, on se décida à pratiquer un pneumothorax. La défervescence fut quasi immédiate, et l'état de la malade se transforma totalement du jour au lendemain. La guérison s'est maintenue.

Sans ériger le pneumothorax artificiel en méthode générale de traitement des broncho-pneumonies aiguës graves, l'auteur a considéré ce cas comme assez suggestif pour être digne d'être rapporté et éventuellemant imité.

NOTES DE PRATIQUE

PALPITATIONS DU CŒUR D'ORIGINE TOXIQUE OU VASO-CONSTRICTIVE

Alimentation lacto-végétarienne.

Massage et frictions des extrémités.

Matin et soir, avec un grand verre d'eau d'Evian, un cachet de Théosalvose phosphatée ou lithinée de 0g50.

Trois fois par jour, III gouttes de solution de trinitrine au centième ou X gouttes de teinture de crataegus dans un peu d'eau.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris (VIe). — Votes du Conseil du S. M. S. sur l'assurance-maladie. — *Premier vote.* — Le Conseil d'administration du S. M. S. rappelle que dans son assemblée générale du 10 décembre 1922 le S. M. S. s'est prononcé déjà sur le contrat collectif avec tiers payant qu'il a rejeté. Le referendum organisé après cette assemblée a donné les chiffres suivants :

Réponses : 802; contre le tiers payant : 753; pour le tiers payant : 49.

La question étant sur ce point bien réglée, le Conseil vote la conclusion n° 2 proposée par le Conseil de l'Union, en supprimant le dernier membre de phrase.

Contrat collectif permettant le fonctionnement de l'assurance-maladie (certificats, etc.); l'organisation de la prophylaxie et le fonctionnement de l'assurance-invalidité; mais en ce qui concerne l'assurance-maladie, entente directe du malade avec son médecin selon les conditions de la pratique ordinaire.

Deuxième vote. — Sans vouloir discuter le principe de la loi sur les assurances sociales, le Conseil est d'avis qu'il convient de faire une propagande intense auprès des assurés éventuels et de l'opinion publique pour démontrer les avantages des propositions faites par le Corps médical en ce qui concerne l'organisation de l'assurance-maladie.

Ces deux votes seront soumis à l'assemblée générale du 9 décembre prochain.

La position actuelle du corps médical devant l'assurance sociale. — L'Union des syndicats médicaux nous communique la note suivante :

« Les médecins sont vivement préoccupés par le problème de l'assurance sociale (maladie, invalidité, etc.) qui les touche de près. Ce n'est pas sans appréhension, sans inquiétude même, qu'ils voient venir l'assurance sociale dont l'institution peut amener une grosse perturbation dans l'exercice de la médecine, surtout si le législateur, souvent peu averti des questions techniques, ne comprend pas que la notion de « technicité » est dominante dans l'assurance-maladie.

C'est généralement sous un autre aspect que l'assurance-maladie a été, en effet, examinée dans la plupart des milieux, notamment sous l'aspect politique, et les échos recueillis dans la Presse paraissent faire croire que certains milieux, en particulier les milieux hostiles à l'assurance, voudraient entraîner les médecins sur le terrain politique.

Or, l'opinion du Corps médical a été nettement exprimée par les assemblées générales de l'Union des syndicats médicaux; le Corps médical n'a pas à prendre parti pour ou contre l'assurance sociale au point de vue politique.

Il se borne à examiner l'assurance sociale au point de vue de la technique, de la pratique médicales, à fixer les conditions dans lesquelles cette technique peut se développer dans l'assurance sociale. Il estime, en effet, que le cadre technique doit déterminer le cadre de l'assurance et non être rétréci, gêné, écrasé même par celui-ci.

L'Union des Syndicats médicaux veut surtout éviter que, sous le couvert de « l'assurance-maladie », on n'engage la médecine dans la voie d'une « médecine pour pauvres », d'une médecine à « grand débit », selon l'exemple de la médecine d'assurance pratiquée dans certains pays étrangers et même dans certaines sociétés françaises.

L'Union des syndicats médicaux, après avoir demandé suivant l'opinion des médecins alsaciens et lorrains, qu l'assurance sociale soit maintenue en Alsace et en Lorraine, a déclaré que l'institution de l'assurance sociale dans le reste de la France devait comporter le respect du secret professionnel, le libre choix du médecin par le malade, le paiement du médecin selon le travail effectué, c'est-à-dire à la visite. Elle a admis que les conditions de la pratique médicale en matière d'assurance sociale devaient être établies par contrat collectif entre caisses d'assurance et syndicats médicaux. (Vote unanime en décembre 1922.)

L'assemblée de l'Union des syndicats médicaux qui aura lieu les 12, 13, 14 et 15 décembre prochains et qui réunira les 300 délégués des 15.000 médecins syndiqués, examinera les projets de contrat étudiés et proposés par une Commission technique nommée à cet effet.

Telle est exactement la position actuelle du Corps médical organisé devant l'assurance sociale. L'assurance sociale pose devant les médecins un problème de technicité dont la solution la meilleure sera celle qui permettra la meilleure médecine et qui associera les intérêts des assurés, les intérêts de la profession et les intérêts sociaux. »

RENSEIGNEMENTS

Chemin de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — L'*Agenda P.-L.-M. 1924* vient de paraître. Bien qu'il comporte, cette année, 16 hors-texte en couleurs (alors que les éditions précédentes n'en contenaient que 12), son prix n'est pas augmenté : il est vendu 5 fr. avec sa prime (une artistique pochette de 12 cartes postales héliogravées).

La faveur croissante dont l'agenda P.-L.-M. jouit dans le public l'a rendu, les années passées, très rapidement introuvable et, malgré l'accroissement progressif de son important tirage, d'innombrables demandes d'acheteurs (plus de 10.000 l'an dernier) n'ont pu être satisfaites.

On ne saurait donc trop engager les collectionneurs de ce recueil annuel à se le procurer, dès maintenant, aux bibliothèques des gares du réseau P.-L.-M. et aux bureaux de ville de la Compagnie.

Les personnes qui désireraient recevoir l'agenda, franco à domicile par poste, recommandé, n'ont qu'à faire parvenir, au Service de la publicité P.-L.-M., boulevard Diderot, n° 20, à Paris, leur souscription accompagnée d'un mandat-poste de 6 fr. 90 pour la France et de 7 fr. 70 pour l'étranger.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — L'INDEMNITÉ DE CHERTÉ DE VIE AUX EXTERNES DES HÔPITAUX. — Le Conseil municipal de Paris a été saisi d'une proposition de M. Michel Misoffe tendant à accorder une indemnité de vie chère de 1.800 francs par an au maximum aux externes des hôpitaux de Paris.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 8 décembre. — MM. Darcissac, 26; L'Hirondel, 30; Merville, 27.
Sont proposés : MM. L'Hirondel et Darcissac.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 6 décembre. — Questions données : « Symptômes de la maladie de Basedow. — Les abcès froids de la paroi thoracique. »
MM. Azalbert, 22; Couturat (Jacques), 31; Rouquès (Lucien), 36; Maximin (Maurice), 30; Weill (Robert), 26; Meurisse et Lucq, 28; Gallot, 20; Beau, 15; Filliol, 27.
Séance du 8 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de l'épilepsie bravais-jacksonnienne. — Hématocèle de la tunique vaginale. »
MM. Foyez, 29; Dalsace, 27; Flandrin, 26; Bourgeois (Jean), 31; Génin, 21; Barraguée et de Vadder, 29; Guérin (Philippe), 26; Blondin (Sylvain), 36; David, 26.

— PRIX DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. (*Section de médecine.*) — Le jury est provisoirement composé de MM. Tinel, qui accepte; Bezançon, Macaigne, Weil (Emile) et Clerc, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.
(*Section de chirurgie et accouchements.*) — Le jury est provisoirement composé de MM. Thiery et Brocq, qui acceptent; Berger, Cunéo et Macé, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves, internes en médecine issus du premier concours ouvert en 1920, dit « concours militaire » (concours de médecine), aura lieu le mardi 6 mai 1924, à 16 h., à l'Hôtel-Dieu.
Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 h. à 17 h., du 3 au 15 mars 1924 inclusivement.
Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé, au plus tard le lundi 17 mars 1924, à 17 h., dernier délai.
A l'ouverture du concours, le 6 mai 1924, à 16 h., le président du jury tirera immédiatement au sort le nom des candidats qui seront appelés à subir une épreuve théorique orale dans cette séance.

— AVIS. — Deux places d'externes sont actuellement vacantes dans le service de M. le docteur Pissavy, à Cochin. A prendre de suite.

CONSEIL DE L'ORDRE DE LA LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, M. le médecin inspecteur général Février est renommé membre du Conseil de l'ordre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sous les auspices de l'Association des journalistes médicaux, M. le docteur Cabanès fera une conférence, avec projections lumineuses, sur : « Les origines du journalisme; La naissance de la réclame; Les multiples avatars du premier journaliste médical », au grand amphithéâtre de la Faculté, le mercredi 12 décembre 1923, à 20 h. 1/2 très précises.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Médailles pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :
Médailles de bronze. — MM. les docteurs Corpechot (de Senlis) et Théry (de Compiègne).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur de Beurmann, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, et de M. le docteur Flament, ancien interne des hôpitaux, ancien médecin chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, médecin principal de 1re classe en retraite.

UN NOUVEAU JOURNAL DE MÉDECINE. — L'éditeur Bernard Grasset qui, en quelques années, a conquis la renommée la plus justifiée en publiant des ouvrages et des romans dont le plus grand nombre sont aujourd'hui célèbres, va publier un journal de médecine, le *Dimanche médical*.

Ce nouveau journal qui s'intitule : littéraire, scientifique et mondain, sera une publication abondamment illustrée.

Sous la direction de Bernard Grasset qui porte avec tant de distinction un des noms les plus illustres de notre profession, *Dimanche médical* est assuré de l'accueil le plus sympatique et d'un succès certain.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 2 AOUT 1923 CONCERNANT L'ENCOURAGEMENT NATIONAL A DONNER AUX FAMILLES NOMBREUSES

Par tous moyens, le législateur cherche à développer la natalité; il serait plus exact de dire qu'il cherche à conjurer le danger résultant de la diminution de la population. Nous avons vu qu'il luttait contre la propagande anticonceptionnelle ; la dernière loi que nous avons étudiée a correctionnalisé les infractions concernant l'avortement, pour ne plus voir se reproduire ces acquittements en Cours d'assises qui apparaissaient comme quelque peu scandaleux. Dans la loi du 2 août 1923, il accorde des allocations annuelles aux familles nombreuses.

Evidemment, des efforts sont faits. Mais si la vie était moins chère et les loyers d'un prix moins élevé, les familles nombreuses et celles qui pourraient le devenir trouveraient sans aucun doute plus de facilité à satisfaire les besoins de ceux qui les composent. Car il ne faut pas se dissimuler que le commerçant et le propriétaire connaissent toutes ces lois qui augmentent, dans une certaine mesure, les ressources d'une catégorie de personnes; ils fixent les prix, soit des marchandises, soit des loyers, en parfaite connaissance de cause. Il ne faut donc pas trop attendre du résultat d'allocations particulières accordées aux familles pour les encourager à être nombreuses : une politique dénuée de toute tracasserie fiscale, empêchant le développement des intermédiaires qui poussent le prix des choses au maximum, une politique amenant plus de tranquillité et de stabilité intérieures et extérieures, serait préférable à ces moyens artificiels d'allocations qui ne font que grever le budget.

1. Dans son article 1er, la loi du 2 août 1923 décide que toute famille de nationalité française et résidant en France, qui compte *plus de trois enfants vivants* légitimes ou légitimés, *de moins de treize ans*, reçoit de l'Etat une allocation annuelle pour chaque enfant de moins de treize ans, *au delà du troisième*. Il faut donc avoir au moins quatre enfants n'ayant pas treize ans.

Cependant, la loi assimile aux enfants de moins de treize ans ceux de moins de seize ans pour lesquels il est justifié, dans certaines conditions, qu'il a été passé un contrat d'apprentissage ou qu'ils poursuivent des études dans des établissements publics ou privés, ou qu'ils sont infirmes ou atteints d'une maladie incurable, sauf le cas où ils seraient hospitalisés aux frais de l'Etat, du département ou de la commune.

L'allocation est remise au père; s'il est décédé ou s'il a abandonné sa famille, à la mère; si tous deux sont décédés ou ont abandonné leur famille, au tuteur; et, à défaut de tuteur, le titulaire est désigné par le juge de paix. En cas de divorce ou de séparation de corps, l'allocation est remise à celui qui a obtenu la garde des enfants.

2. Dans son article 11, la loi détermine temporairement le montant de l'allocation nationale prévue à l'article 1er et le fixe à 90 francs par an et par enfant bénéficiaire de l'allocation. D'autre part, elle décide :

a. Ne bénéficient pas de l'allocation les parents assujettis à l'impôt général sur le revenu;

b. Ne se cumule pas l'allocation accordée avec les indemnités allouées pour charges de famille à leur personnel, civil ou militaire, par l'Etat, les départements, les communes, les établissements et services publics;

c. Ne se cumule pas l'allocation prévue avec les secours accordés par les lois des 27 juin 1904 et 22 avril 1905, ni avec ceux accordés par la loi du 14 juillet 1913.

L'allocation est incessible et insaisissable; elle peut toujours être déléguée, par son titulaire, à la personne ou à l'établissement qui aurait la charge de l'un ou des enfants.

Elle peut être retirée pour cause d'indignité, par décision du juge de paix.

3. Pour obtenir l'allocation, une déclaration sur papier libre est faite à la mairie de sa résidence par le chef de famille, qui en affirme la sincérité, et dépose en même temps les pièces justificatives. Le maire en délivre récépissé et la transmet sans délai au préfet du département avec les pièces justificatives auxquelles il ajoute un certificat de vie des enfants.

Le préfet, dans le délai d'un mois à compter de la réception du dossier, vérifie si les conditions requises sont remplies et, dans l'affirmative, prononce l'admission (art. 5).

La loi doit entrer en vigueur six mois après sa promulgation, c'est-à-dire après le 2 février 1924.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

EMPLOI DU SÉDOBROL DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERCHLORHYDRIE (1)

Par le docteur H. SABATIER.

A la banale potion de bromure se substitue de plus en plus le Sédobrol dont le nom n'excite aucune méfiance chez le malade et dans son entourage, et qui est toujours très bien toléré. Le bromure étant « camouflé » dans le Sédobrol, on évite par son emploi la production salivaire réflexe que provoque, au moment de son ingestion, le bromure en nature. Ceci est très important; d'une part, on échappe à une production salivaire abondante pouvant à elle seule déclancher une crise d'aérophagie, et, d'un autre côté, l'action synergique des glandes salivaires sur les glandes gastriques ne se produit pas, ce qui est capital en la circonstance. Enfin, la forme achlorurée augmente, comme on sait, l'activité du médicament dont les bons effets ont été enregistrés déjà par MM. Salin, Besse, Goutzait, Azémar, Courbon, Targowla, Ulrich, Demole, Roger, Bardet, Toulan, etc. L'auteur conseille de donner le Sédobrol « Roche » dans une tasse d'eau chaude, au milieu du repas. On peut le faire absorber également, soit à 5 heures, soit au moment de se coucher. Il donne d'excellents résultats, non seulement dans l'hyperchlorhydrie, mais encore dans toutes les affections de l'estomac, de l'intestin, du cœur, de l'appareil uro-génital, où entre en jeu un élément nerveux spasmodique, ce qui est la règle.

(1) *Concours méd.*, 1923, n° 22.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

APPAREIL RESPIRATOIRE

A propos d'un cas de kyste hydatique du poumon diagnostiqué avant sa rupture, opéré et guéri. (A. Guillermin, Julliard, Ch. Saloz et R. Gilbert. *Revue méd. Suisse romande*, oct. 1923, n° 10, p. 625-638 (bibliogr. étendue). — Les auteurs rapportent une observation de kyste hydatique pulmonaire dont voici les principales particularités : absence avant l'opération, présence après, d'éosinophilie sanguine et de réaction de Weinberg : un séro-diagnostic négatif ne permet donc pas d'éliminer le diagnostic de kyste hydatique ; rupture spontanée du kyste dans la bronche au cours de l'opération (faite la malade étant en position assise, la tête reposant en avant sur un coussin, sous anesthésie locale) d'où possibilité de récidive, que l'on pourra prévoir par examen régulier du sang, et évolution des anticorps ; discussion du traitement appliqué : ce kyste étant fermé et volumineux, l'intervention chirurgicale paraissait indiquée ; à noter cependant que, pour Cordier, il faut, avant de se décider à opérer, étudier les réactions du poumon ; si le kyste est bien toléré, s'abstenir; s'il existe, au contraire, de petits signes d'infection : douleur, toux, dyspnée, crachats hémoptoïques, fièvre, signes physiques d'origine pleurale, bronchitique ou pulmonaire, intervenir quel que soit le siège du kyste. A signaler encore, dans l'article, cette notion intéressante que, parfois, le cancer du poumon se manifeste, à la radiographie, sous une image parfaitement ronde, à bords nettement délimités, comme tracés en compas, et qu'inversement la possibilité de symphyses pleurales épaisses en cas de vieux kyste dont l'espace périvésiculaire s'est infecté, ou de congestion pulmonaire du voisinage, diminue la valeur des signes radiologiques classiques. L. BABONNEIX.

Le déséquilibre fonctionnel du diaphragme. Prof. Emile Sergent. *Presse méd.*, 17 oct. 1923, n° 83.) — Sous cette dénomination, l'auteur étudie certains troubles respiratoires qui sont essentiellement caractérisés du point de vue objectif, par le type allorythmique et spasmodique des mouvements respiratoires et du point de vue pathogénétique par la persistance d'une habitude respiratoire vicieuse, contractée à l'occasion d'une lésion organique de l'appareil respiratoire dont les sequelles jouent le rôle d'épine sensibilisatrice pour la localisation sur la cinématique diaphragmatique de tares nerveuses congénitales ou acquises.

Il distingue deux types de déséquilibre fonctionnel du diaphragme : l'un purement psychique et l'autre réflexe.

1° A propos du *type purement psychique*, il apporte l'observation d'une femme qui avait été considérée à tort comme tuberculeuse, et qui, en réalité, n'avait aucun signe stéthoscopique ou radiologique de lésions bacillaires évolutives. C'était un type de grande insuffisance respiratoire acquise, dans laquelle l'insuffisance diaphragmatique prédominait, elle était purement fonctionnelle et avait une origine purement psychique. La ménopause avait favorisé l'influence déclanchant sur le psychisme de la malade du diagnostic porté par les premiers médecins. Ce diagnostic et l'affection pulmonaire aiguë et passagère qui en fut l'occasion, fixèrent le psychisme sur l'appareil respiratoire et celui-ci obéit à la sollicitation : la malade persuadée que ses poumons étaient atteints en vint inconsciemment à réaliser des troubles respiratoires : elle avoua qu'elle s'était accoutumée à ne respirer que très faiblement, dans le but « de ne pas fatiguer ses poumons » et de ne pas tousser. Peu à peu elle avait perdu l'habitude de respirer normalement; elle avait désappris l'acte respiratoire ; elle était devenue une déséquilibrée respiratoire. L'insuffisance diaphragmatique était chez elle purement fonctionnelle et avait été déclanchée par un facteur psychique s'exerçant sur une épine localisatrice qui n'avait été pourtant que passagère et très discrète.

2° Dans le *type réflexe*, au contraire, la cause déclanchante laisse persister, à titre de séquelles éteintes, une épine locale sensibilisatrice. Ici, le déséquilibre fonctionnel est provoqué par une affection qui touche directement le diaphragme ou son système d'innervation motrice ; il débute au cours et au décours de cette affection et persiste après sa guérison, entretenue par l'habitude autant que par les séquelles cicatricielles; mais ici encore, si grande que soit la part de l'épine locale, le facteur psychique intervient aussi. Le professeur Sergent appuie cette donnée sur quatre observations personnelles, et sur celle de Hanns et Masson.

Dans ce type, le déséquilibre respiratoire ne se traduit pas seulement par une insuffisance respiratoire fonctionnelle; il se différencie, dans la plupart des cas, par l'unilatéralité du trouble cinématique et par le caractère spasmodique des mouvements respiratoires qui prennent les allures d'une sorte de tic, rappellent l'incoordination des contractions diaphragmatiques décrites dans le tabes par Varet ou simulent, par l'irrégularité de leur rythme et par leurs pauses, le type de Cheyne Stokes.

Pour réaliser le type réflexe, l'association des deux facteurs, organique et psychique est nécessaire ; c'est elle qui commande la perturbation du réflexe respiratoire et l'oriente vers une formule clinique qui porte le cachet de la tare nerveuse et dont les caractères essentiels sont ; *la sensation de « soif d'air »* due à l'insuffisance des mouvements respiratoires (expirations incomplètes, inspirations « ratées »); *l'allorythmie*, représentée par de grandes respirations périodiques (reprise d'haleine), coupant des phases d'apnée, complète ou relative, avec, parfois, des mouvements incoordonnés superficiels; et enfin, dans certains cas, les contractions spasmodiques fortes du diaphragme et des muscles respiratoires accessoires (sterno-cléïdo-mastoïdien, ceinture scapulo-humérale).

La thérapeutique s'inspirera de ces données; elle comprend deux grandes indications : *a*. Agir sur la tare nerveuse et le psychisme (hydrothérapie tiède, valériane, belladone, toniques nerveux, autorité persuasive du médecin) et faire faire une cure bien dirigée de rééducation respiratoire; *b*. agir sur les séquelles de l'épine lésionnelle (pointes de feu, douches d'air chaud, bains de lumière, héliothérapie, massages et surtout électrothérapie). P. PRUVOST.

Cancer primitif du poumon. (F. Paliard et J. Dechaume. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 juillet 1923, n° 84, p. 409.) — Les auteurs apportent trois observations de cancer du poumon.

a. La première — sans vérification anatomique — est absolument classique : expectoration gelée de groseille, petites hémoptysies répétées, épanchement hémorragique se reproduisant rapidement, douleurs thoraciques, gros bloc du lobe supérieur du poumon gauche, adénopathie axillaire : la radioscopie avait montré successivement une obscurité totale de tout l'hémithorax, puis après thoracentèse et injection d'azote, une image à coutours nets quoique un peu irréguliers.

b. Le second malade se présentait comme un tuberculeux cavitaire avec mauvais état général, amaigrissement, fièvre,

hémoptysies fréquentes, signes cavitaires sous la clavicule avec souffle et râles humides (caverne visible à la radioscopie), épanchement de la base; il avait même des signes laryngés, enrouement ou aphonie. Ce n'est qu'au bout de deux ou trois semaines que l'on fut frappé par l'unilatéralité des signes, par l'absence régulière des bacilles de Koch dans l'expectoration, par les caractères mêmes de l'expectoration formée de crachats épais, nummulaires, de couleur uniforme tout à fait anormale, vieux rose, framboise écrasée, telle qu'on ne la rencontre jamais dans la tuberculose. On s'orienta alors vers l'idée de néoplasme pulmonaire, diagnostic qui fut presque affirmé quand l'examen laryngoscopique vint montrer la paralysie récurrentielle. Deux signes eurent ici une grande valeur diagnostique : l'unilatéralité des signes avec absence de bacilles de Koch et la paralysie récurrentielle.

L'examen anatomique fut d'un grand intérêt en montrant l'existence de dilatations bronchiques, le point de départ bronchique du cancer, la présence d'un épithélioma métatypique à globes cornés.

c. Le troisième malade présentait deux ordres de symptômes : médiastinaux et pulmonaires, développés de façon simultanée, si bien qu'on pouvait hésiter sur l'origine de son cancer. A l'entrée, on notait de la toux et de la dyspnée, une voix rauque par paralysie d'une corde vocale et un peu de gêne de la déglutition. La radioscopie montrait une ombre intéressant à la fois le médiastin et le poumon droit au niveau du hile. C'était une ombre diffuse sans contours bien nets qui n'avait pas l'aspect du gros champignon du cancer du hile. L'extension du néoplasme s'était faite à la fois vers le médiastin et l'appareil pleuro-pulmonaire donnant à l'examen obscurité et matité de tout l'hémithorax. L'autopsie montra l'importance de la médiastinite cancéreuse avec coulées néoplasiques jusque sur le péricarde et le cœur ; c'était un lymphosarcome.

Ce cas fait partie du groupe des « cancers médiastino-pleuro-pulmonaires », différents des cancers du hile dont ils n'ont ni la symptomatologie, ni l'aspect radioscopique ; ils se présentent cliniquement et à l'examen macroscopique comme des cancers du poumon avec grosse réaction médiastinale; mais, ce sont, en réalité, histologiquement des cancers du médiastin, des lymphosarcomes à point de départ médiastinal.

Ce qu'ils ont de particulier et ce qui les distingue des tumeurs habituelles du médiastin, c'est leur évolution, c'est l'envahissement rapide de proche en proche et non pas par métastase de l'appareil pleuro-pulmonaire, si bien que les symptômes thoraciques finissent souvent par l'emporter sur las symptômes médiastinaux. La radioscopie permet de suivre cet envahissement rapide. P. PRUVOST.

APPAREIL CIRCULATOIRE

Endocardite infectieuse et cancer de l'estomac. (Joseph F. MARTIN et C. BOCCA. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 août 1923, n° 86, p. 461.) — On peut voir se développer chez les cancéreux, à la phase cachectique, une endocardite aiguë terminale. L'attention avait été attirée récemment sur des faits de ce genre par Bouchut et Genest, les auteurs en apportent une observation. Ce sont des faits rares, on les constate chez les malades atteints le plus souvent de cancer du tube digestif. Ces endocardites siègent ordinairement sur les valves de l'orifice aortique ou de l'orifice mitral. Elles ne sont pas une généralisation cancéreuse, elles sont de nature microbienne banale, les pyogènes ayant ordinairement pénétré par les surfaces cancéreuses ulcérées; ceci n'était pas le cas cependant dans l'observation citée par les auteurs, le cancer n'étant pas ulcéré.

Le plus souvent ce sont des découvertes d'autopsie. Pendant la vie, l'attention n'a pas été attirée sur le cœur. Tout au plus, chez les cancéreux, une température fébrile pouvait-elle y faire penser, quoique la fièvre puisse exister parfois en dehors de toute complication.

La variabilité des signes cardiaques a été parfois constatée, comme dans l'observation dont il est question. Cinq fois sur quinze, le diagnostic de lésion cardiaque a pu être porté pendant la vie. Dans trois cas c'étita une insuffisance aortique, dans deux cas une insuffisance mitrale.

P. PRUVOST.

Les péricardites aiguës. (Germain BLECHMANN. Un volume in-18 avec 27 figures de la « Bibliothèque des Connaissances médicales »; Paris, E. Flammarion, édit.) — Dans ce volume consacré aux péricardites aiguës (dont M. Marfan a écrit l'avant-propos), M. Germain Blechmann expose les symptômes et le traitement d'une maladie dont le diagnostic est l'un des plus délicats à établir. Nous avons publié dans ce Journal (voir *Gaz des hôpit.*, 1913, n°s 46 et 51) deux articles de notre collaborateur Brelet analysant la thèse de M. Blechmann qui fit date dans l'histoire des péricardites et est rapidement devenue classique.

Dans son nouvel ouvrage, l'auteur reprend ses recherches antérieures, les met au point et en a fait un volume écrit dans une langue alerte, documentée aux sources mêmes et qui rendra service aux praticiens.

Nous ne savons si les profanes (c'est en partie pour eux que M. Apert fait paraître cette Bibliothèque des Connaissances médicales) n'éprouveront pas quelques malaises inédits à la suite de cette lecture, mais ce qui est certain, c'est que les candidats à l'externat, l'internat, etc., trouveront là la question toute faite : causes, signes, diagnostic et traitement.

Mentionnons au hasard que l'auteur rappelle dans son ouvrage comment il découvrit la singulière et édifiante erreur de l'encoche de Sibson, créée de toutes pièces à la suite d'une erreur de traduction et qui fut retrouvée sur le malade par une lignée de cliniciens en renom, et Blechmann rappelle à ce propos la phrase célèbre de Descartes : « De ne recevoir jamais aucune chose pour vraie que je la connusse être telle... »

L'auteur rapporte, d'après Cabanès, la maladie de Mirabeau; il étudie dans le texte même de Gendrin le signe de la matité sous-apexienne qui ne mérite évidemment pas d'être appelé signe de Gendrin, etc. Il reproduit les figures de Williamson qui a fait récemment en Amérique d'intéressantes recherches expérimentales. Le diagnostic radiologique des épanchements du péricarde fait l'objet d'une étude détaillée d'après les travaux français et étrangers. Enfin, Blechmann expose avec impartialité les divers traitements chirurgicaux et médicaux de cette grave affection et semble donner la préférence à l'*incision exploratrice* comme l'avait préconisée le regretté Morestin.

Comme le dit M. Marfan, cet ouvrage est méthodique, substantiel, complet. Il sera indispensable pour tous ceux qui voudront se mettre au courant de la question si difficile des péricardites aiguës. L. BABONNEIX.

Des pressions sanguines élevées. (Sir CLIFFORD ALLBUTT. *American med.*, numéro sur la *Pression sanguine*, juin 1923.) — La tendance familiale à l'hémorragie cérébrale a attiré l'attention de l'auteur qui estime que l'hypertension artérielle est héréditaire; l'homme d'aujourd'hui peut souffrir de ses propres excès ou de la trop bonne chère de ses aïeux. Parmi les observations pathologiques, se trouve celle d'une nombreuse famille de voisins et d'amis intimes, dont beaucoup de membres, au cours de trois générations, furent, entre leur soixantième et soixante-dixième années, frappés d'hémorragie cérébrale. Ils étaient grands, robustes, frais, sportsmen ardents et terminaient chacune de leur journée par un bon dîner et une pinte ou deux de porto. Il n'y avait pas de manomètres à cette époque, dit l'auteur, ou pas un dont on ne se moquât; mais il est sûr que la pression sanguine de ces personnes était aussi élevée que s'il l'avait mesurée. Dans certaines familles, l'hyperplasie artérielle semble se terminer plus généralement par l'hémorragie cérébrale; dans d'autres par une affection cardiaque.

G. BLECHMANN.

Œdème et engorgement lymphatique. (L. ALQUIER. *Revue de méd.*, 1922, n° 1, p. 19-35.) — L'analyse clinique permet de distinguer deux variétés d'œdème lymphatique :

1° L'*œdème par stase lymphatique*, en amont du barrage que constitue l'engorgement lymphatique. Sa consistance varie suivant le degré de distension des tissus et la nature de ceux-ci. La peau ne présente pas de coloration spéciale, l'œdème est froid plutôt que chaud. Il cède dès que le barrage lymphatique est levé et ne se reproduit qu'avec l'engorgement.

2° L'*œdème fluxionnaire*, véritable réaction active lymphatique à l'irritation provoquée par une infection ou une intoxi-

cation. En dehors des infections qui tendent à la suppuration, cet œdème n'offre pas les caractères classiques de l'inflammation : la peau n'est ni rouge ni chaude, l'endolorissement n'existe que si une poussée d'œdème fluxionnaire vient, brusquement, distendre des points déjà atteints d'engorgement lymphatique. Pratiquement, l'œdème fluxionnaire se reconnaît à deux caractères : il survient par poussées brusques, avec des variations soudaines qui cadrent mal avec l'idée de stase : de plus, la moindre cause irritante suffit pour en déterminer la recrudescence immédiate. Dans certains cas, il évoque si bien l'idée d'inflammation que le clinicien y trouve un argument pour suspecter la nature infectieuse du processus morbide.

Les deux variétés d'œdème lymphatique : œdème passif par stase, œdème actif, irritatif, apparaissent à deux phases d'un même processus morbide; l'engorgement lymphatique peut être considéré comme le reliquat d'une réaction lymphatique; à la phase d'irritation initiale appartient l'œdème lymphatique fluxionnaire. Une fois constitué, l'engorgement lymphatique pourra former barrage et déterminer l'œdème par stase passive. Tant que subsiste la cause de tout le processus morbide, de nouvelles crises irritatives sont possibles, avec les mêmes réactions : engorgement et œdème fluxionnaire d'abord, puis nouvelle stase. Ceci explique pourquoi le même sujet peut présenter, au même instant, les deux variétés d'œdème lymphatique, entremêlées, mais non confondues, l'analyse clinique permettant même alors de les distinguer.

Dans ce cycle pathologique, existent encore bien des obscurités. L'étude des réactions lymphatiques est, de point en point, à reprendre à l'aide des moyens d'investigations de la biologie moderne. Ses acquisitions les plus récentes ouvrent des voies nouvelles : les notions de choc peptonique, d hémoclasie et de leucopénie digestive, etc., éclaireront peut-être le mécanisme de ces crises d'œdème fluxionnaire dits arthritiques, et que M. Alquier croit surtout attribuables à l'intoxication hépato-digestive. Nous avons encore à apprendre pourquoi la réaction lymphatique s'accompagne d'œdème fluxionnaire dans certains cas, et non toujours, et pourquoi l'engorgement lymphatique n'est pas toujours suivi de sa stase?

Dès maintenant, la distinction des deux variétés d'œdème lymphatique se montre d'une grande utilité pratique. L'œdème, toujours inesthétique, peut être gênant, aux mains par exemple; trop souvent, il devient cause de douleurs : crises d'œdème pericellulitique, œdème plantaire. Or, les indications thérapeutiques diffèrent, suivant qu'il s'agit d'œdème actif ou passif. Dans le premier cas, l'œdème n'est que le corollaire d'une réaction lymphatique irritative, le traitement utile est celui de l'infection ou de l'intoxication causale. S'agit-il, au contraire, d'œdème par stase, la cause pourra ne plus exister, mais, tant que persistera le barrage lymphatique de l'engorgement, l'œdème ne sera guère modifié.

L. BABONNEIX.

Rendement fonctionnel du muscle et engorgement lymphatique. (G. JACQUET. *Th. de Paris*, 1922, 56 pages; Legrand, édit.) — L'étude de l'engorgement lymphatique fournit le meilleur critère objectif du rendement fonctionnel du muscle et de son aptitude à l'entraînement. Le mauvais muscle est celui qui présente au palper les nodosités interstitielles caractéristiques de la cellulite, il est aisément fatigable, l'entraînement détermine vite le surmenage. Infection, troubles de la nutrition générale, surmenage musculaire, traumatisme, sont les quatre grandes causes de l'engorgement lymphatique. Le traitement préventif consiste en chaleur, applications locales résolutives, massage (roulage), mouvements doux sur résistance, mouvements de torsion. Le traitement de l'engorgement constitué sera d'abord causal, puis curatif sous forme de thermo-photothérapie, massage manuel et vibratoire, applications locales de haute fréquence.

L. BABONNEIX.

APPAREIL DIGESTIF

Observations sur l'effet de l'histamine sur la sécrétion gastrique humaine. (ALISTER R. MATHESON et SYDNEY E. AMMON. *The Lancet*, n° 5193, vol. CCIV, 10 mars 1923.) — Ces recherches concernent l'effet de l'histamine (β-iminazolysthylamine) à faibles doses sur la sécrétion gastrique humaine. Divers auteurs ont étudié cette substance sur la sécrétion gastrique d'animaux; Popielski, Keeton, Koch, et Luckhardt, Rothlin et Gundlach, et Lim, ont reconnu l'action stimulante de l'histamine sur la sécrétion gastrique de chiens et de chats. Rothlin et Gundlach estiment que dans sa manière d'agir sur les fonctions motrices et sécrétrices de l'estomac, cette substance agit comme parasympathomimétique. Ils ont suggéré son emploi pour le diagnostic et la thérapeutique. D'autre part, Koskowski nie l'action de l'histamine sur les terminaisons du vague; il croit comme Popielski qu'elle agit directement sur les cellules sécrétrices. L'effet de l'histamine sur la sécrétion gastrique de l'homme a été étudié jusqu'ici, d'après les auteurs, seulement par Carnot, Koskowski et Libert, au moyen du tube d'Einhorn. Le médicament a été injecté sous la peau et le suc gastrique a été recueilli à intervalles. Les doses employées étaient 0,75-1,75 milligrammes; on employait l'histamine « cristallisée Hoffmann Laroche ». Le suc gastrique était augmenté trente à cinquante minutes après l'injection, puis augmentation de l'acidité totale, et d'HCl libre, et de l'activité protéolytique.

L'histamine, en petites quantités sous-cutanées stimule la sécrétion du suc gastrique chez l'homme. L'activité peptique augmente après l'injection et atteint le maximum, ordinairement en cinq-quinze minutes. A la fois, l'HCl total et libre augmentent et atteignent leurs maxima peu après que le maximum de la pepsine a été noté. Le taux sécrétoire suit un cours similaire et atteint généralement son maximum en dernier lieu.

La dose employée par les auteurs ne produit aucun trouble ni général ni gastrique. Il semble donc possible d'employer l'histamine comme moyen d'investigation de la fonction sécrétrice gastrique et peut-être comme agent thérapeutique.

G. BLECHMANN.

La dyspepsie capricieuse par dérèglement de l'innervation végétative. (P. HUMBERT. *Th. de Paris*, 1922, 83 p. A. Legrand, édit.) — Elle est caractérisée par l'extrême variabilité des troubles dyspeptiques, allant, sans transition, d'un extrême à l'autre de la pathologie gastro-intestinale et hépatique, et par l'association de ces troubles à ceux qui indiquent le dérèglement de l'innervation végétative : en particulier, l'instabilité cardio-vasculaire, le tremblement, le nervosisme avec émotivité, angoisse et troubles mentaux. L'état nerveux commande la dyspepsie, qui évolue indépendamment des différents troubles gastro-intestinaux ou hépatiques organiques que l'on peut trouver superposés à elle, chez le même sujet. Elle est le reflet d'un dérèglement général de l'innervation végétative, ou d'une irritation locale du plexus solaire, qu'il faut, avant tout, rechercher. Cliniquement, elle s'individualise par son caractère capricieux, par l'imprévu de ses manifestations, qui représentent un véritable état anarchique des fonctions digestives.

L. BABONNEIX.

Présence d'endamaeba histolytica dans le liquide séminal d'un homme atteint de dysenterie amibienne. (Laurence E. HINES. *The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, vol. LXXXI, n° 4, 28 juil. 1923.) — La première et unique observation de localisation d'*endamaeba histolytica* dans les organes génitaux de l'homme, avait été publiée par Warthin qui a trouvé des amibes dans les testicules et l'épididyme d'un homme ayant succombé à une dysenterie amibienne chronique. Dans le cas de L.-E. Hines, l'*endamaeba histolytica* a été trouvée durant la vie, dans le liquide séminal d'un homme atteint de dysenterie amibienne chronique.

G. BLECHMANN.

Auto-observation de sprue. (S.-M. LAMBERT. *New-York Med. Journ.*, 16 juil. 1923, Ed. esp., p. 100-101.) — Au cours d'un voyage en Australie, l'auteur a été amené par les circonstances à vivre six semaines en compagnie d'un sujet atteint de sprue. Ceci se passait en décembre 1918. En janvier 1919, apparaît chez lui, une affection diagnostiquée psilose par un médecin expérimenté, et caractérisée surtout par des troubles digestifs : fermentations gastro-intestinales, évacuations jaune-paille spumeuses, en quantités énormes, débutant de bonne heure le matin pour se ter-

miner très tard le soir, dépression mentale. Le patient se met au régime du lait et des bananes, ce qui diminue sensiblement le nombre des selles, et finit même par produire une constipation extrême, qu'il fallut combattre avec l'huile de paraffine. Tout retour à l'alimentation normale déterminait aussitôt une réapparition des selles « psilotiques ».

Au début de mars, le poids était tombé de 105 à 87,5. A ce moment, le patient se rappelle que Brown, dans un cas du même genre, avait trouvé, à l'analyse chimique des selles, une absence totale d'acide chlorhydrique et de pancréatine, et que l'administration de ces produits avait donné des résultats très appréciables.

Lambert absorbe aussitôt de la pancréatine et de l'acide chlorhydrique; après quoi, il ingurgite un « fort » repas; comprenant des écrevisses et du bifteck. Le tout sans autre incident qu'une certaine « ventosité ».

Encouragé, il continue le même traitement sans suivre aucun régime. Effets excellents. Un jour, il oublie de prendre les précieux médicaments. Le jour suivant, selles « psilotiques ». Une autre fois, il cherche à les supprimer. Réapparition de tous les symptômes intestinaux et développement d'aphtes. Au bout d'un certain temps, il finit par pouvoir s'en passer, sans inconvénient, cette fois. Plus tard, il appliqua cette méthode, à l'entière satisfaction de tous, à de nombreux cas de sprue au début. L. BABONNEIX.

Traitement de la sprue. (H. SCOTT. *The Lancet*, 20 oct. 1923, p. 876-878.) — La sprue est une affection dont la fréquence paraît avoir sensiblement augmenté au cours de ces dernières années, surtout dans l'Est, et, jusqu'à présent, son traitement est resté inefficace, le retour dans les régions tropicales étant suivi, à bref délai, de rechute. L'auteur rapporte quatre cas où sa méthode, qui consiste à administrer du lactate de calcium, et de la parathyroïde (1/20 de gramme d'extrait de Parkes), 20 grammes en cachets, a donné d'excellents résultats; dans un cinquième, qui concernait un cas désespéré, on eut seulement une amélioration. Quel en est le principe? Dans les pays où sévit la sprue, les sujets sont soumis à une alimentation riche en protéines ou en graisses. L'excès de protéines provoque une hypersécrétion d'acide dans le suc gastrique et, conséquemment, l'hyperacidité. L'arrivée d'acide dans le duodénum stimule la production de sécrétine, qui, elle-même, excite les fonctions pancréatiques, et, consécutivement, aboutit au renversement de l'équilibre endocrinien, portant plus spécialement, sur les sécrétions parathyroïdienne et salivaire. Il en résulte un trouble dans le métabolisme du calcium, et une diminution de résistance des tissus.

L'administration de calcium a pour but de remédier à la déficience du sang en ion-calcium; celle de parathyroïde contribue et à la désintoxication, et à la régularisation du métabolisme calcique. Si les préparations parathyroïdiennes contiennent de la thyroïde, les symptômes morbides ne tardent pas à réapparaître. L. BABONNEIX.

MALADIES DE LA NUTRITION. — PATHOLOGIE DES HUMEURS. — CHOCS

Statistique du goitre dans une ville américaine. (Edit. *Chicago med. Recorder*, sept. 1923, p. 804.) — Une sorte d'épidémie de goitre a frappé, récemment, les écoliers de Grands-Rapids, ville des Etats-Unis. Une enquête a été effectuée. En voici les résultats. Tous les enfants, qu'ils soient élevés chez eux, dans une école paroissiale ou dans une école publique, ont été examinés. Sur 26.215 écoliers, 30 p. 100 avaient une hypertrophie du corps thyroïde, dont 32 garçons et 67 filles. L'hypertrophie moyenne ou légère s'observait probablement comme chez les sujets vus par Kimbell, dans 1/6 des cas. Au-dessus de dix ans, les filles étaient deux fois plus atteintes que les garçons. Dans les écoles supérieures, le nombre des sujets atteints variait de 39 à 60. Le Département d'hygiène de la Cité, étant donné ces résultats, a entrepris de donner à chaque enfant, pendant toute l'année scolaire, une dose quotidienne de 10 milligrammes d'iode. L. BABONNEIX.

Rapports à la Commission suisse du goitre. Conclusions de cette Commission. (ROUX, DE QUERVAIN. *Strasbourg méd.*, 3 nov. 1923, n° 17, p. 165-168.) — L'auteur insiste, dans son rapport, sur les excellents effets, dans le goitre, de la médication iodée. Ces effets sont d'autant plus manifestes que l'hypertrophie thyroïdienne est plus récente, mais ils se voient aussi dans ceux où ont déjà apparu des nodules accessibles à la palpation, dans le parenchyme da la glande; encore faut-il, dans ces cas, s'y prendre à temps, continuer le traitement suffisamment longtemps, et le surveiller avec soin. Le traitement scolaire débute beaucoup trop tard et cesse beaucoup trop tôt; quant au traitement des jeunes recrues, il est encore moins efficace. Pour l'auteur, le traitement prophylactique devrait durer toute la vie, et commencer même au delà pendant que l'enfant est encore dans le sein de sa mère. Cette méthode expose-t-elle à de grands dangers? Non, si l'on a soin de donner l'iode à doses infinitésimales, et encore, de proportionner ces doses au poids et à l'âge du patient. L'incorporation du médicament au sel de cuisine est particulièrement recommandable.

Pour M. de Quervain, le fait que, dans les centres suisses de goitreux, l'autopsie des nouveau-nés montre une hypertrophie notable de la thyroïde, et que les trois quarts des enfants arrivent à l'école avec un début de goitre, montre que la prophylaxie scolaire n'est pas suffisante, et qu'il faut agir déjà sur la mère. Les dangers de la médication sont : 1° La production d'une maladie de Basedow (Iod Basedow) : Mais, jusqu'à présent, cette affection n'a pas été constatée chez les enfants auxquels on donne de 1 à 2 milligrammes d'iode par semaine; 2° le retentissement de la médication sur l'appareil génital. Adler, Lœb, Löppritz n'ont-ils pas montré que, chez la souris blanche et le lapin, une stérilité partielle ou totale peut être la conséquence d'un traitement iodé prolongé? Ici encore, pas de craintes à avoir pour l'enfant, auquel on donne des doses 18.000 fois plus petites. A la puberté, 94 p. 100 des enfants suisses ont une hypertrophie de la thyroïde : ces cas ne rentrent donc plus dans le cadre de la prophylaxie. En somme, dit M. de Quervain :

1° L'iode est pour nous un agent thérapeutique et prophylactique sur la dose duquel des expériences centenaires peuvent nous fournir des renseignements utiles.

2° La prophylaxie doit être largement et systématiquement menée pour aboutir à des résultats appréciables.

3° La prophylaxie du goitre doit se baser dès maintenant sur des expériences prudentes sur l'homme et non plus seulement sur des expériences de laboratoire.

4° Pour être regardée comme non dangereuse, la prophylaxie tenant compte de nos connaissance scientifiques actuelles doit avoir les bases suivantes :

a. L'addition d'iode au sel de cuisine doit toujours rester au-dessous de la limite minimale de la dose effective.

b. La prophylaxie scolaire doit se tenir à la limite minima de la dose thérapeutique.

c. Les cas spéciaux de la puberté sont à exclure de la prophylaxie.

d. La prophylaxie scolaire doit être contrôlée médicalement.

e. A côté du sel ioduré, le sel pur doit être à la disposition du consommateur.

f. La vente des médicaments iodés doit être soumise à un contrôle.

« Nous voyons donc que nos conclusions sont plutôt négatives et que seules des expériences ultérieures pourront nous donner la certitude et nous permettre d'éviter les effets secondaires des médicaments iodés ».

Voici maintenant les conclusions adoptées par la Commission.

1° La Commission du goitre est unanime à admettre que la prophylaxie du goitre par l'emploi du sel de cuisine iodé devrait être introduite aussi rapidement que possible en Suisse par les autorités. Les gouvernements cantonaux seront invités à mettre à la disposition de la population, à côté du sel de cuisine, du sel de cuisine iodé, qui ne devra pas être vendu plus cher que le sel ordinaire.

2° Pour l'application de cette prophylaxie, la Commission met ses services à la disposition de l'autorité.

3° La dose d'iodure de potassium sera, pour le moment, de 2^{mg}5 à 5 milligrammes par kilogramme de sel de cuisine, ce qui représente 0^{mg}25 à 5 grammes d'iodure de potassium par kilogramme de sel. Le mélange d'iodure de potassium au sel de cuisine se fera de préférence à la saline même.

4° Les résultats de l'enquête et les expériences recueillies

diront si et dans quelle mesure ce dosage doit être modifié. En attendant, il serait utile de soumettre à une analyse exacte les eaux-mères et les sels de nos salines pour déterminer leur teneur en iode.

5° Pour le moment, la prophylaxie scolaire au moyen de tablettes pourra être poursuivie; la Commission estime suffisante, en général, une dose de 1 milligramme d'iode par semaine et par enfant. Cette administration d'école devra être surveillée par les médecins.

6° Les médecins, les autorités et le public seront mis au courant de la question par des publications et des conférences.

7° La conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires sera priée d'étudier la question de la prohibition de la vente libre des préparations iodées pour le traitement du goitre.

8° Il y aurait lieu de faciliter, en le rendant moins coûteux, le traitement du crétinisme par l'extrait de glande thyroïde.

9° La Commission prie les cantons d'accorder plus d'attention à l'amélioration des conditions hygiéniques générales des régions où règne le goitre. L. BABONNEIX.

Syndrome d'Adam-Stokes, blocage du cœur. Diabète sucré associé. (Henri K. MOHLER. *Journ. of the amer. med. Assoc*, 20 oct. 1923, p. 1342-1345.) — Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, mariée, et qui, au début de mars 1923, vint consulter pour les symptômes suivants : polydipsie, polyurie, polyphagie, diminution de poids et des forces. Deux sœurs à elle seraient mortes, toutes jeunes, de maladie bleue. A l'examen, on trouve une grosse glycosurie, avec présence, dans les urines, de fortes proportions d'acide diacétique et d'acétone. Les médecins conseillent à la malade d'entrer à l'hôpital. La veille du jour fixé, apparition de crises épileptiformes, survenant à quatre reprises, et durant, chacune, une demi-heure. Durant ces attaques, dont les caractères sont soigneusement analysés, le pouls variait de 5 à 8 à la minute; entre elles, il battait de 32 à 56, avec une moyenne de 40. Consécutivement, sensation de faiblesse, insomnie, légères douleurs précordiales, troubles de la vue, anxiété. Comme traitement, on se proposa surtout de lutter contre l'acidose et contre les attaques épileptiformes. Deux tracés électrocardiographiques furent pris, l'un en mars, au lendemain des crises, l'autre en juin, alors que la santé était redevenue parfaite. Dans le premier, herzblock complet, battements auriculaires à 75, battements ventriculaires à 48. Dans le second, persistance du même phénomène : battements auriculaires à 72, ventriculaires à 42. Les symptômes d'ordre diabétique cédèrent à l'insuline et au régime.

En somme, diabète de date récente et semblant avoir été déclanché par une attaque de bronchite sévère, en décembre 1922. Blocage du cœur indiquant que cet organe fonctionne mal depuis des années. Crises épileptiformes dues au ralentissement ventriculaire. Les rapports entre ces deux états sont encore mal établis et plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. L. BABONNEIX.

Expériences sur l'insuline dans le traitement de cas graves d'acidose diabétique avec menace de coma. (Joseph S. DIAMOND. *New-York med. Journ.*, 15 août 1923, n° 4, vol. CXVIII.) — La façon unique et « théâtrale » dont agit la thérapie par l'insuline sur un cas grave de diabète est du plus haut intérêt. Dans deux des cas publiés par l'auteur, les malades étaient *in extremis*. L'un d'eux (un enfant chez lequel les symptômes graves se développèrent d'une façon aiguë dans l'intervalle d'une semaine) présentait les phases terminales d'acidose avec tableau de la mort imminente. Le second était depuis trois ans diabétique, ayant perdu 25 kilogrammes et présentant des symptômes de menace de coma : obscurcissement de la vision, faiblesse extrême, amnésie, impossibilité de reconnaître parents et amis, glycémie considérable, quantités importantes d'acétone, d'acide diacétique et β-oxybutyrique.

Par le traitement à l'insuline, la réaction fut immédiate. Dans un des cas, le danger a été jugulé en moins de dix heures. C. BLECHMANN.

Cures thermales et états aigus. L'action favorisante des cures sur les chocs. Leur mode d'action sur les maladies chroniques. (A. CORONE (de Cauterets). *Le Médecin français*, mai-juin 1923.) — L'auteur, partant de ce fait très général que toutes les cures thermales ont une action aggravante sur les états aigus, arrive à une conception nouvelle du mode d'action des eaux minérales sur les états chroniques. Il résume cette conception dans la métaphore suivante : *L'organisme du malade chronique est un champ en labour parsemé d'obus non explosés. La cure thermale en fait éclater quelques-uns en fougasse ; elle en désamorce d'autres.*

L'état aigu, dans l'acception la plus large du terme, est constitué par une excitation générale des centres nerveux de la vie végétative et animale, avec prédominance de vagotonie.

Or, les mêmes phénomènes caractérisent essentiellement les chocs colloïdoclasiques. On peut donc identifier les états aigus, infectieux ou non, avec des chocs ou des séries de chocs colloïdoclasiques.

Les cures thermales aggravent tous les états aigus; elles favorisent donc les chocs colloïdoclasiques. Bien loin d'être une médication antichoc, la cure thermale apparaît comme un agent d'intensification de ces phénomènes.

Par quel mécanisme cette action se produit-elle? La cure sensibilise l'organisme aux chocs déclanchés en provoquant un certain degré d'hypervagotonie dont la manifestation la plus apparente est une baisse de la tension. Cette hypervagotonie thermale s'ajoute à celle qui caractérise les chocs. Ceux-ci et les états aigus sont ainsi aggravés. A ce point de vue la cure hypervagotonique et favorisante des chocs s'opposerait à l'adrénaline, hypersympathicotonique et empêchante des chocs.

De même que la médication thermale favorise le déclanchement des chocs, elle peut, par le même mécanisme, par l'hypervagotonie qu'elle détermine, provoquer des chocs. L'auteur, s'appuyant ici sur les travaux récents de Garrelon, Tinel, Saintenoise, pense que pendant la cure, chez le malade chronique, se produisent des chocs répétés, le plus souvent latents, apparaissant quelquefois sous la forme d'incidents, plus rarement sous la forme d'accidents. Ces chocs en miniature désensibilisent les malades chroniques d'une part en soustrayant peu à peu à l'organisme, en neutralisant progressivement les substances (anticorps en excès, colloïdes mûris) qui, brusquement précipitées, auraient causé des chocs vrais, ceux qu'on observe en clinique et qui constituent le substratum pathogénique des maladies chroniques; d'autre part, en laissant après eux une phase d'*hypovagotonie* réactionnelle plus ou moins durable pendant laquelle le malade devient insensible aux chocs.

Ainsi considérée, la cure thermale rentrerait dans le cadre des nombreuses méthodes de désensibilisation. Elle agirait à la manière d'une injection déchaînante pratiquée lentement. L. BABONNEIX.

La diathermie associée à la radiothérapie dans la poliomyélite antérieure. (H. BORDIER. *Le Scalpel*, 29 sept. 1923, n° 39.) — Depuis bientôt quatorze ans, l'auteur a eu l'idée de faire agir les rayons X sur les lésions de la moelle, soit dans le tabes, soit dans la poliomyélite antérieure chronique : dans cette dernière affection, il a adjoint aux rayons X l'action de la diathermie pour lutter contre l'hypothermie des muscles en voie d'atrophie. Les résultats ayant été très favorables, il a été conduit à traiter de la même façon la poliomyélite antérieure aiguë (*Revue méd. franç.*, janv. 1921).

Cette méthode, radiothérapie associée à la diathermothérapie, a déjà fait en France et à l'étranger des adeptes nombreux. G. BLECHMANN.



NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE [1] DE L'HUMÉRUS

DÉPLACEMENT DU FRAGMENT INFÉRIEUR. — *a.* Latéral : en dehors.
b. Vertical : quelquefois en haut, le plus souvent en bas.
c. Antéro-postérieur en arrière, rarement en avant.
Possibilité de rotation du fragment, seulement si déchirure capsulo-périostée.

VARIÉTÉS. — Fracture sans déplacement. Disjonction épiphysaire (au-dessous de treize ans). Fracture partielle du condyle.

3° *Fracture de l'épitrochlée.* — TRAIT. — Plus ou moins rapproché de la verticale ; passe entre saillie et diaphyse dans le cartilage (quelquefois à travers diaphyse ou à travers épitrochlée).

FRAGMENT. — Plus ou moins volumineux, suivant le siège du trait.

DÉPLACEMENT. — Le plus souvent attiré par les ligaments et les muscles épitrochléens, descend en bas et en dedans vers interligne articulaire. Possibilité d'un déplacement antéro-postérieur vers coronoïde ou vers olécrâne.

ASSOCIATIONS. — Fracture du condyle externe. Fracture du col radial. Luxation des deux os en arrière et en dehors (dans ce cas épitrochlée tombe souvent entre trochlée et coronoïde).

Fractures rares. — Nous décrirons ces fractures en même temps que leurs symptômes.

SYMPTOMES. — Il est impossible de donner un tableau d'ensemble. Nous étudierons chaque variété.

Fractures fréquentes. — FRACTURES SANS DÉPLACEMENT. — Toutes les variétés de fractures peuvent ne pas s'accompagner de déplacement. Dans ce cas le tableau sera très réduit : ce sera celui d'une luxation du coude avec douleur, impotence fonctionnelle, ecchymose assez tardive (ce retard dans l'apparition de l'ecchymose aura une certaine valeur diagnostique). La recherche des points douloureux montrera que ceux-ci sont fixes et bien localisés. Certains mouvements seront limités. On pourra provoquer certains mouvements anormaux. Mais seule la radio pourra faire le diagnostic.

FRACTURES AVEC DÉPLACEMENT. — I. *Fracture supracondylienne.* — a. *Cas habituel.* — Fracture avec déplacement de l'épiphyse en arrière ou fracture par extension.

INTERROGATOIRE. — Commémoratifs. Troubles fonctionnels au maximum. Impotence absolue. Douleurs spontanées vives.

EXAMEN. — *Inspection.* — *Gonflement* précoce, gênant l'examen, empêchant de bien voir la déformation. — *Ecchymose* diffuse. Plus marquée en avant et en dedans. Quelquefois ecchymose linéaire, transversale, siégeant immédiatement au-dessus du pli du coude, pouvant trancher sur l'ecchymose diffuse. — *Attitude.* Pas pathognomonique. L'avant-bras demi-fléchi soutenu par main du côté sain. — *Déformation.* Typique, si on l'examine avant gonflement : ressemble à luxation du coude en arrière. Elargissement antéro-postérieur du coude et surtout saillie postérieure très marquée quand vue de profil : aspect angulaire de l'extrémité inférieure du bras. Axe de l'avant-bras par rapport à celui du bras. Normalement un certain degré de cubitus valgus (axe de l'avant-bras fait avec celui du bras angle ouvert en dehors) ; s'il y a déviation latérale du fragment inférieur on aura cubitus valgus exagéré ou cubitus varus.

Palpation. — *Recherche de la douleur localisée. Exploration des saillies anormales.* — En avant celle du fragment supérieur, dépression nette sous la diaphyse humérale. En arrière, saillie du fragment inférieur.

Reconnaître la position respective des saillies. — Normalement épicondyle, olécrâne et épitrochlée sont sur une même ligne horizontale dans l'extension : ici ces rapports sont conservés mais cette ligne est remontée.

Explorer la mobilité normale. — Mouvements passifs possibles, mais douloureux ; flexion atteint 90 degrés, extension quelquefois exagérée, pronation et supination intactes.

Rechercher la mobilité anormale et la crépitation. — Ces manœuvres seront faites avec douceur ; on trouve quelquefois un fragment inférieur très facile à mobiliser.

Mensuration. — Montrera un raccourcissement de la longueur du membre supérieur.

b. *Fractures par flexion.* — Déformation inverse. De plus, c'est l'extension qui est diminués.

II. *Fracture du condyle externe.* — a. *Cas habituel.* — INTERROGATOIRE. — Signes fonctionnels : à peu près identiques.

EXAMEN. — *Inspection.* — *Ecchymose* est surtout externe. *Saillie* quelquefois visible au bord externe du coude (saillie en éperon).

Palpation. — *Douleur provoquée. Saillie anormale* du condyle externe. *Saillies normales* décalées ; l'épicondyle s'est élevé au-dessus de la ligne épitrochléo-olécranienne. *Mobilité normale* limitée surtout dans la supination. *Mobilité anormale* du fragment inférieur. Signes tenant au fait que ce sont des fractures articulaires : hémarthrose, etc.

b. *Possibilité de fractures associées* à luxation postéro-externe du coude.

c. *Fracture épiphysaire* du condyle externe. Le trait suit le cartilage de conjugaison. Il y a un minimum de symptômes. Les signes sont ceux d'une contusion simple.

III. *Fracture de l'épitrochlée.* — a. *Fracture habituelle.* — INTERROGATOIRE. — Signes fonctionnels très réduits. EXAMEN. *Inspection.* Le *gonflement* est relativement faible, localisé en dedans, quelquefois hématome à ce niveau. Il existe souvent un certain degré de cubitus valgus par relâchement musculaire. *Palpation. Point douloureux* bien localisé en dedans à la partie interne de l'humérus. *Existence d'un fragment* ayant le volume d'un pois ou d'une noisette que l'on mobilise facilement ; crépitation. Mouvements. *Extension et supination* sensiblement limitées. Adduction normale, abduction douloureuse, mais dépasse les limites normales.

b. *Fractures accompagnées de luxation* postéro-externe du coude : la luxation domine la scène, la fracture n'est qu'un épiphénomène.

Fractures rares. — Elles comprennent :

I. *Fracture du condyle interne.* — Elle est symétrique à la fracture du condyle externe : à la fois intra et extracapsulaire. Le déplacement manque souvent ; s'il existe, il se fait en haut, en dedans et en arrière. Le fragment inférieur entraîne le cubitus.

INTERROGATOIRE. — Impotence fonctionnelle complète. EXAMEN. *Inspection.* Gonflement et ecchymose surtout en dedans ; cubitus varus. *Palpation.* Douleur au niveau du condyle interne.

Reconnaître saillie anormale du condyle interne. Saillies normales décalées. Mobilité : flexion surtout limitée ; pronation et supination possibles. Mouvements anormaux : mouvements de latéralité possibles.

II. *Fracture passant à la fois au-dessus et entre les condyles.* — Succèdent à des traumatismes particulièrement violents. Exceptionnelles chez l'enfant, se rencontrent chez l'adolescent et l'adulte. Le trait de fracture est complexe, dessinant un T, un Y ou un V : la partie la plus élevée passe en général à 1 centimètre au-dessus de la ligne épicondylo-épitrochléenne ; mais quelquefois plus haut. Le déplacement est variable : souvent la diaphyse s'enfonce entre les deux condyles en les écartant, l'un se trouvant repoussé en avant, l'autre en arrière. Impotence complète sauf pour pronation et supination. Elargissement transversal : si on cherche à rapprocher l'épicondyle de l'épitrochlée entre pouce et index, on perçoit de la crépitation.

III. *Fracture de l'épicondyle.* — Comme pour l'épitrochlée, on peut avoir disjonction épiphysaire ou bien fracture. Gonflement local. Petit fragment mobile assez facilement perçu.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 97, p. 1570.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 36 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 10 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic des angines de poitrine. — Des hémorragies d'origine interne pendant la grossesse (avant le début du travail). »

MM. Tiby, 30 ; Tournilhac, 24 ; Péribère, 30 ; Lapeyre, 26 ; Chomereau-Lamotte, 25 ; Besançon, 30 ; Kanony, 29 ; Ghouila-Houri, 27 ; Dessaint, 26 ; Huard, 31.

Séance du 11 décembre. — Questions données : « Symptômes de l'embolie cérébrale. — Fractures de l'olécrâne. »

MM. Destouches, 31 ; Seligmann (Emile), 26 ; Panis, 28 ; Thurel, 30 ; Pinoche, 25 ; Pichat, 29 ; Lenormand, 28 ; Mativelle, 26 ; Olivier, 30.

— PRIX DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. (*Section de médecine.*) — Le jury est définitivement composé de MM. Tinel, René Marie, Macaigne, Weil (Emile) et Clerc.

(*Section de chirurgie et accouchements.*) — Le jury est définitivement composé de MM. Thiéry, Broçq, Berger, Cunéo et Macé.

— CONCOURS DU PRIX FILLIOUX. — *Jugement des mémoires.* — MM. Aubin, 29 ; Cornet, 28 ; Lanos, 29 ; Winter, 27 ; Mounier et Soulas, 29.

Epreuve clinique. — MM. Lanos, 20 ; Winter et Aubin, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — *Concours de pharmaciens adjoints.* — Sont nommés :

Pharmaciens adjoints : M. Dubreuil, Mlles Boulud, Prost, Tamisier, MM. Gojon, Dinet, Roux, Rival, Lapras, Joannon.

Pharmaciens adjoints provisoires : MM. Maunand, Maurice, Mlle Taupin, MM. L'Azou, Barbier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — *Certificat de bactériologie.* — Un cours pratique de bactériologie clinique appliquée au diagnostic et au pronostic des infections s'ouvrira au laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie le 14 janvier 1914. Il comprendra 35 séances faites sous la direction de MM. F. Arloing et Lucien Thévenot, avec l'aide de divers collaborateurs agrégés, médecins des hôpitaux, chefs de laboratoire et chefs de clinique. Le cours se terminera le 3 mars.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine, aux internes des hôpitaux, aux étudiants en médecine pourvus de 12 inscriptions, aux pharmaciens et aux étudiants en pharmacie à 12 inscriptions, aux sujets étrangers pourvus du doctorat universitaire.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, du 1er décembre 1923 au 10 janvier 1924 dernier délai (droit de laboratoire à verser 150 fr.). Le nombre des places est limité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le gouvernement japonais vient de conférer les distinctions suivantes : M. le professeur Hartmann est nommé grand cordon du Trésor sacré ; M. le docteur Bergeret est nommé commandeur du Soleil Levant ; M. le docteur Gombert, officier du même ordre.

SOUVENIR OFFERT AU PROFESSEUR MERKLEN. — Le souvenir offert au professeur Merklen, à l'occasion de sa récente nomination à Strasbourg, par ses élèves et amis, lui sera remis, non pas en décembre comme il avait été annoncé antérieurement, mais le 20 janvier prochain, à 11 heures, à l'hôpital Tenon (amphithéâtre des cours).

Le docteur G. Heuyer, médecin des hôpitaux, 74, boulevard Raspail (VIe), et M. Pr. Veil, interne des hôpitaux, 27, avenue Rapp (VIIe), continueront à recevoir jusqu'à la fin du mois les souscriptions des personnes désireuses de participer à cette manifestation de sympathie.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — « L'Association corporative des étudiants en médecine remercie vivement les étudiants en médecine de la confiance qu'ils lui ont marquée en élisant comme délégués au Conseil de l'Université la liste de candidats qu'elle présentait d'accord avec les associations des internes et des externes des hôpitaux.

Le succès obtenu est plus un triomphe de principes qu'un

succès de personnalités. Il consacre l'adhésion de la majorité des étudiants au programme des associations corporatives.

Il va sans dire que tous les étudiants en médecine trouveront dans les camarades délégués des défenseurs dévoués quoi qu'aient pu prétendre certains adversaires battus et mécontents ».

LE QUATRIÈME SALON DES MÉDECINS. — Pour la quatrième fois : 1909-1911-1912, le Salon des médecins s'ouvrira au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, du dimanche 2 mars prochain (1924), au dimanche 9 mars inclus. Comme les précédents, il comportera : la peinture, la sculpture, la gravure et les arts décoratifs et sera réservé aux médecins, aux pharmaciens, soit à tous les membres de la famille médicale. De plus les adjonctions suivantes, destinées à en rehausser l'intérêt, y seront inaugurées :

1° Une section y sera réservée aux médecins et pharmaciens collectionneurs : médecine, et pharmacie dans l'art, ou seront exposés les médailles, gravures portraits, ex libris se rapportant à celles-ci ;

2° Au titre d'associés, les femmes et enfants des médecins et pharmaciens pourront exposer dans la limite des possibilités, leurs œuvres artistiques;

3° Une section de publicité médico-pharmaceutique y sera pour la première fois ouverte aux artistes de la corporation, voire étrangers et aux annonciers qui pourront exposer des projets artistiques de clichés et de réclames. Cet art de la publicité étant tant à rénover;

4° Enfin au titre d'invités, certains humoristes ayant satirisé avec esprit médecins et pharmaciens, seront conviés à exposer quelques-unes de leurs œuvres.

Pour tous renseignements et adhésions, s'adresser dès maintenant au secrétaire général fondateur et organisateur : le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (15e).

Anatole COLLIN

Nous apprenons la mort, à quatre-vingt-douze ans, de M. Anatole Collin, le fabricant d'instruments de chirurgie, qui, depuis une soixantaine d'années, a été pour nos chirurgiens un collaborateur si précieux.

M. Collin fut d'abord associé avec Charrière fils et Robert. Ces deux derniers étant morts, Collin se trouva seul à la tête de la maison. Grâce à son intelligence, à son activité, à sa constante collaboration avec les chirurgiens des hôpitaux et grâce surtout à un labeur obstiné, il a toujours su la maintenir au premier rang. Depuis longtemps déjà Collin avait pris son fils Henri Collin, docteur en médecine, comme collaborateur. Il y a quelques semaines nous eûmes l'occasion de voir Collin, toujours alerte et aimable, s'occupant de la maison avec le même intérêt. Quel bel exemple de travail et d'honorabilité !

Collin était commandeur de la Légion d'honneur.

Nous adressons à Mme Collin et à notre confrère le docteur Henri Collin, l'expression de nos très vives condoléances.

A. BROCHIN.

LIVRES NOUVEAUX

Les affections des voies digestives dans la première enfance (1), par A.-B. MARFAN.

Il y a quelques mois, nous rendions compte, ici même, du beau livre de M. le professeur Marfan sur l'*allaitement* et sur l'*alimenttaion des enfants du premier âge*. Ce livre devait avoir une suite, et cette suite ne pouvait être qu'une étude des affections digestives chez les tout petits. C'est qu'en effet, dans la première enfance, ces affections sont plus étroitement liées aux conditions de l'alimentation qu'à toute autre période de la vie.

Les plus importantes d'entre elles intéressent l'estomac et l'intestin. Elles se présentent, comme on sait, sous les aspects les plus divers. Comment les classer ? En se fondant sur leur étiologie et sur leur pathogénie ? Celles-ci sont encore, malgré d'intéressantes recherches, bien peu avancées. En tablant sur les lésions auxquelles elles semblent liées ? Il faut bien avouer que l'anatomie pathologique n'a point pu faire de grands progrès à l'étude des gastro-entérites. Force est donc, comme toujours, de s'appuyer sur la clinique, et de distinguer quatre grands groupes de faits.

Premier groupe : Il y a prédominance de vomissements. Selon les cas, on a affaire à cette affection, bien individualisée par l'auteur, qu'il a heureusement dénommée *maladie des vomissements habituels*, et dont il a indiqué les rapports avec l'hérédosyphilis ; au rétrécissement congénital du pylore, qu'il n'est pas toujours aisé de différencier de la précédente. A noter aussi qu'il peut exister, soit des vomissements accidentels, soit de simples régurgitations, du hoquet fréquent, et de l'excès de bave : tous états bien individualisés et dont chacun mérite une description spéciale.

Deuxième groupe : Il y a prédominance de la diarrhée. Première question à résoudre : Comment se présente la diarrhée, chez le jeune enfant ? Quels en sont les caractères chimiques, microscopiques, bactériologiques, chimiques ? Quels éléments apporte, au diagnostic causal, l'analyse des urines et l'examen du sang ?

Plusieurs types de diarrhée chez le nourrisson. Tantôt, il s'agit d'enfants au sein qui sont atteints de diarrhée commune. Tantôt, on a affaire à cette forme spéciale, si bien individualisée par M. Marfan, il y a quelque vingt ans, et à laquelle il a donné le nom de dyspepsie de lait de vache. Autres types : la diarrhée commune des nourrissons élevés au lait de vache, qu'annonce souvent la précédente, les diarrhées de la période de lactation, les diarrhées graisseuses, les diarrhées cholériformes, jadis si meurtrières, l'entérocolite dysentériforme.

Troisième groupe : Il comprend les affections des voies digestives avec prédominance de constipation. Les principales variétés en sont : le mégacôlon, qu'il est si délicat de bien traiter, les occlusions intestinales, dont l'invagination, les oblitérations et sténoses congénitales.

Quatrième groupe : Ce sont les affections digestives compliquées de dénutrition, d'hypothrepsie et d'athrepsie. On sait leur importance comme leur fréquence et nul n'ignore combien il est difficile d'arrêter leur évolution.

Quelles que soient leurs manifestations cliniques, ces affections digestives de la première enfance sont en rapport manifeste, comme nous le disions, avec l'alimentation, et, à chaque instant, se pose, pour elles, la question de l'intolérance, soit au lait, soit à l'œuf. Leur étude ne serait pas complète sans un chapitre sur l'anaphylaxie.

Telle est, en quelques mots, l'ordonnance de ce nouveau livre. On y retrouvera les qualités maîtresses qui, depuis longtemps, ont valu, à son auteur, si grande et si légitime renommée. M. Marfan possède, au plus haut point, l'art de la composition. Il verse, sur les sujets qu'il touche, une clarté toute latine. Il a le courage qui lui permet de braver la mode, et de déclarer incompréhensibles les données relatives à la vagotonie et à la sympathicotonie. Il a encore une qualité à laquelle aucun lecteur français ne saurait rester insensible. Un écrivain illustre n'a-t-il pas écrit : « J'éprouve comme une piété reconnaissante pour les talents ordonnés et lumineux, et dont les œuvres portent en elles cette vertu suprême, la mesure » ?

L. BABONNEIX.

(1) In-4°, 709 p. — Paris, 1923, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 17 DÉCEMBRE AU 22 DÉCEMBRE 1923)

THÈSES

Mardi 18 décembre. — Jury : MM. Jeanselme, président; Carnot, Baudouin et Aubertin. — M. RICHARD (Charles). Etude de l'action du bismuth sur le rein. — M. BARRY (Paul). Etude du traitement de l'encéphalite épidémique. — M. GUÉBEL (Charles). L'anesthésie dentaire par la réfrigération progressive. — M. PETIT. Le traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth. — M. TSIN (K.). Etude clinique des formes tardives de la méningite syphilitique.

Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, J.-L. Faure et Vaudescal. — M. MALLEIN-GÉRIN (Antoine). Le gaïacol méthylénique dans le traitement des plaies. — M. PORTE (René). De l'épinotomie. — M. PERRIGAULT (Georges). Etude sur consultations pour femmes enceintes. — M. SURUN. Y a-t-il des complications opératoires et postopératoires, en gynécologie, chez les irradiées ?

Mercredi 19 décembre. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Legueu, Ombrédanne et Hovelacque. — M. THÉBAULT (Marcel). Etude des plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. BESSIE (Elie). Ostéotomie sous-trochantérienne par ankylose de la hanche.

Jeudi 20 décembre. — Jury : MM. Duval, président; Lecène, Jeannin et Grégoire. — M. TOURNEIX (E.). Traitement des pleurésies purulentes aiguës. — M. DUPREY (Gaston). De l'éventuelle guérison des kystes hydatiques du foie. — M. HAMONIC (Paul). Un nouvel appareil à narcose.

Jury : MM. Chauffard, président; Bezançon, Teissier et Claude. — Mme RICHET. Sérothérapie par voie digestive des gastro-entérites. — M. LECHARPENTIER (Constant) Un médecin mystique au XVIIe siècle (Jean Hamon). — M. GOÏNITCH (V.). Recherches récentes sur l'agent pathogène du typhus. — M. RABINOVITCH. Des pneumonies muettes et centrales. — M. COURTOIS (Louis). Réflexions sur la santé.

Vendredi 21 décembre. — Jury : MM. Roger, président; Hartmann, Sebileau et Binet. — M. MEYER. La bronchopneumonie du nourrisson. — M. ROBERT (Paul). Au sujet de la biopsie. — M. LESSERTISSEUR. Traitement par les rayons X des épithéliumas. — M. HARTGLAS (L.). Etude de la ligature de la carotide.

RENSEIGNEMENTS

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Procurez-vous l'*Agenda P.-L.-M. pour 1924* qui vient de paraître. Il est pratique, ingénieusement présenté, attrayant par ses textes variés et par son iconographie abondante et choisie.

Seize magnifiques hors-texte en couleurs. Collaboration des écrivains et des peintres dessinateurs les plus réputés; 12 cartes postales illustrées offertes en prime à tout acheteur.

Prix : 5 francs à l'agence P.-L.-M., rue Saint-Lazare, 88, et dans les agences de voyage, Grands Magasins à Paris, gares et grands trains P.-L.-M.

Envoi franco à domicile (6 fr. 90 pour la France, 7 fr. 70 pour l'étranger) contre mandat adressé au Service de la publicité P.-L.-M , boulevard Diderot, n° 20, à Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LES VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GROSSESSE [1]

Par MM. G. ECALLE,
Professeur agrégé à la Faculté, Accoucheur des hôpitaux,
et G. BARBARO,
Interne des hôpitaux de Paris.

Pathogénie. — La pathogénie des vomissements incoercibles a été extrêmement discutée. Quel que soit l'explication pathogénique adoptée, il est bien évident que ces vomissements sont déterminés par la gravidité, *ce sont des vomissements de la grossesse*; ils apparaissent, en effet, au début de celle-ci persistent souvent pendant les premiers mois de la gestation, mais cessent toujours lorsque celle-ci est arrêtée.

Mais, toutes les femmes enceintes ne vomissent pas. Il faut donc chercher comment, dans certains cas, agit la grossesse et quels sont les facteurs qui, surajoutés à la grossesse, déterminent l'apparition des vomissements.

Nous allons passer en revue les diverses interprétations proposées.

I. **Lésions gastriques.** — 1° LÉSION GASTRIQUE ANTÉRIEURE. — Dans quelques cas, on a essayé de rattacher l'origine des vomissements à l'existence d'un état gastrique antérieur à la grossesse.

Anatomiquement, à l'autopsie de femmes ayant succombé aux vomissements incoercibles, on n'a pas trouvé de lésions constantes au niveau de l'estomac. Presque toujours il existe de la rougeur, de la congestion de la muqueuse.

Les ulcérations sont extrêmement rares. De plus, ces lésions paraissent récentes. Il n'a jamais semblé qu'il existait dans de tels cas, une lésion anatomique gastrique antérieure à la grossesse.

Cliniquement, cette interprétation est manifestement insuffisante. Combien de fois, les vomissements incoercibles se sont-ils montrés chez des femmes qui n'avaient, antérieurement à la grossesse, jamais présenté le moindre trouble gastrique ?

2° LÉSION GASTRIQUE, DÉVELOPPÉE AU COURS DE LA GROSSESSE. — On a cru aussi pouvoir expliquer la production de l'affection par l'*hyperchlorhydrie* accusée chez la femme atteinte de vomissements.

Lora Cruz démontre qu'il y a, en effet, souvent augmentation de l'HCl libre, tandis que le taux de l'HCl combiné reste normal.

Cette hyperchlorhydrie, lorsqu'elle existe, serait sous la dépendance d'une rétention excessive des chlorures, mais cela n'est pas constant et peut manquer dans les vomissements incoercibles.

Thomas, s'appuyant sur des faits cliniques, explique la production des vomissements par l'*aérophagie* consécutive au ptyalisme; il y aurait un cycle : nausées, salivation, déglutition, aérophagie, vomissements, nausées.

G. Leven admet trois causes susceptibles d'expliquer la majorité des vomissements :

1. La dyspepsie, créée souvent par un régime alimentaire anormal et aggravée par la grossesse.
2. La ptose gastrique, qui cesserait lorsque l'utérus, suffisamment volumineux, repousserait la masse gastro-intestinale.
3. L'aérophagie déterminée par la sialorrhée.

Dans certains cas, ces trois facteurs seraient combinés.

Mais on peut objecter facilement à Leven; que les régimes, à la fois les plus stricts ou les plus variés, ne modifient souvent en rien l'évolution; que la ptose est loin d'être constante chez les femmes enceintes atteintes de vomissements graves; que ceux-ci ne cèdent pas toujours au décubitus dorsal (Wallich); enfin, que la sialorrhée et les vomissements semblent bien dus aux mêmes causes; et que c'est reculer le problème, d'admettre que l'un des deux facteurs, ne soit que la conséquence de l'autre.

II. **Le vomissement réflexe.** — L'excitabilité du système nerveux est exagérée au début de la gestation (Doléris, Kaltenbach, Ahlfeld).

D'autre part, on sait depuis longtemps les relations existant entre l'estomac et l'appareil génital. C'est ce qu'avait exprimé Mauriceau : « Il y a commerce entre l'estomac et la matrice » et ce qui fut démontré par Tuschkai, en 1902, dans ses recherches sur les anastomoses du sympathique abdominal : des filets du plexus coronaire stomachique antérieur, arrivant au plexus postérieur par les plexus génitaux.

Aussi a-t-on cherché à expliquer les vomissements gravidiques par un réflexe à point de départ utérin.

Ce réflexe serait causé par :

1° L'ÉLONGATION OU L'IRRITATION DES FILETS NERVEUX UTÉRINS, succédant à la distension de la paroi utérine ou péritonéale au cours de la grossesse (Mac Clinton : guérison par ponction des membranes). Mais cette distension existe chez toutes les femmes enceintes et toutes ne vomissent pas.

Ce ne sont pas celles qui ont l'utérus le plus distendu qui vomissent le plus.

2° PAR UNE LÉSION DE L'APPAREIL GÉNITAL : Déviations utérines (Cazeaux), antiversion et surtout rétroversion.

— Sclérose, rigidité du col.

— Ulcération du col provoquant une sensibilité exagérée.

— Affections para-utérines : paramétrite. Kyste de l'ovaire (kyste lutéinique surtout).

— Appendicite (Walther, Delagénière, 1916 : guérison par appendicectomie).

— Môle hydatiforme.

Mais le plus souvent, malgré un examen soigneux, on ne peut mettre en évidence, aucune des lésions utérines ou para-utérines énumérées ci-dessus.

Donc, si dans certains cas, où elles existaient, elles ont pu produire des vomissements réflexes, elles ne suffisent pas à les expliquer tous.

III. **Affections du système nerveux.** — *A.* LÉSIONS OBJECTIVES. — D'autres auteurs ont invoqué des lésions nerveuses antérieures susceptibles de provoquer des vomissements au cours d'une grossesse.

Chez des *tabétiques* frustes, la grossesse peut faire apparaître des crises gastriques et leur imprimer une violence particulière comparable au tableau des vomissements incoercibles.

La grossesse aggrave souvent le tabes : d'autre part, on connaît l'influence de certaines circonstances pour faire apparaître des crises gastriques

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 96, p. 1577.

répétées chez les tabétiques, en particulier, les intoxications stomacale, intestinale, hépatique, génitale (Cuzin, *Th. de Lyon*, 1898). Ces circonstances sont certainement réalisées au cours de la gravidité. Touche montre un tabes débutant par des crises gastriques au moment des règles, Dufour et Cottenot signalent plusieurs cas de vomissements chez des tabétiques enceintes.

Il ne semble pas douteux que les modifications de l'appareil génital chez la femme enceinte tabétique, soient susceptibles de créer ou d'aggraver des crises gastriques; mais bien peu de femmes enceintes sont tabétiques et on ne saurait expliquer tous les cas de vomissements incoercibles par la possibilité d'un tabes même au début.

Nous avons signalé, dans notre étude, les relations qui existent entre les vomissement et les *névrites* gravidiques, et leur coïncidence fréquente.

Aussi a-t-on essayé de rattacher les vomissements à l'existence de ces polynévrites. Mais sont-ce ces névrites qui provoquent les vomissements incoercibles, ou bien ces deux affections sont-elles dues à une même cause? Il semble que la polynévrite soit plutôt la conséquence des vomissements graves, puisque cette affection apparaît tard au cours des vomissements et souvent dans la convalescence.

B. LÉSIONS SUBJECTIVES. — A côté de ces lésions nerveuses objectives, rares en somme et ne s'appliquant qu'à un petit nombre de cas, on a voulu voir l'origine de ces vomissements dans les troubles nerveux subjectifs, des névroses et, en particulier, l'*hystérie*.

Il est certain que l'état psychique, exerce une influence manifeste sur les vomissements incoercibles. Ils sont plus fréquents chez les femmes impressionnables, mais peuvent disparaître à la suite d'une émotion vive, d'une frayeur, d'une suggestion.

De là, à conclure à l'origine hystérique des vomissements, il n'y avait qu'un pas. Doléris, en 1882, l'a franchi et avec lui Kaltenbach, Ahlfeld, Klein, Harrisson, Vinay.

En faveur de l'hystérie, il y a la variabilité des accidents, la variabilité de leur évolution, les cas de guérison par la suggestion, ou encore sans cause, spontanément.

Mais par contre, il n'existe pas de vomissement d'origine nerveuse pouvant avoir une telle gravité. La santé générale de l'hystérique reste bonne malgré les vomissements.

Ceux-ci peuvent se produire avant que la grossesse ne soit connue de la femme.

Le vomissement hystérique atteint d'emblée son maximum.

Enfin, chez beaucoup de femmes atteintes de vomissements, on ne constate pas de stigmates d'hystérie ; d'autre part, dans les formes graves, les vomissements s'arrêtent vers le quatrième ou le cinquième mois, alors que l'évolution de l'hystérie continue.

Quoi qu'il en soit, l'hystérie semble jouer souvent un rôle important. Mais peut-être faut-il tenir compte, dans la pathogénie des vomissements incoercibles, du *déséquilibre du système vago-sympathique*.

Dès 1909, Fieux y fait allusion dans son rapport et parle de névropathie psycho-splanchnique et de psycho-névrose de sympathique (Grasset). Mais les recherches modernes ont mis en évidence le rôle du système nerveux végétatif. Celui-ci est modifié pendant la grossesse. C'est ce que montre notamment l'étude du réflexe oculo-cardiaque (Garnier et Lévy-Frankel).

Normalement, la compression des globes oculaires amène un ralentissement du rythme cardiaque. Chez 4 p. 100 seulement des sujets normaux, on observe une accélération, traduisant la sympathicotonie. Garnier et Lévy-Frankel, sur 57 femmes enceintes normales, observent une fréquente inversion du réflexe. L'accélération s'est manifestée dans 22 p. 100 des cas.

On a attribué à l'hypersympathicotonie, la tachycardie, l'inversion du réflexe oculo-cardiaque ; et à l'hypervagotonie, la sialorrhée, l'hypotension avec bradycardie, l'exagération des réflexes tendineux et cutanés, la constipation.

Ces syndromes sympathico et vagotoniques ne peuvent avoir une valeur absolue dans le cas qui nous occupe. Mais il est permis de penser que ce déséquilibre du système nerveux végétatif, puisse jouer un certain rôle dans la manifestation des vomissements incoercibles.

Donc, s'il nous est impossible d'incriminer toujours le système nerveux comme cause des vomissements incoercibles, il n'en est pas moins vrai que la psychopathie joue souvent un rôle considérable dans la pathogénie de cette affection.

C'est qu'à côté du facteur toxique auquel nous arrivons il y a le facteur terrain. L'hystérie, ou simlement l'hyperexcitabilité nerveuse sont capables de multiplier les effets de l'intoxication. C'est aussi que bien souvent un faible élément toxique agissant sur un terrain névropathique produit les mêmes effets qu'une forte action toxique seule en cause. Suivant l'importance respective de ces deux causes, on comprendra comment un traitement psychothérapique pourra réussir merveilleusement dans certains cas (cas avec peu d'intoxication multipliée par la psychose) et n'amènera aucun résultat dans d'autres où l'intoxication joue seule).

IV. **Origine toxique**. — *a.* « Le vomissement est le cri d'alarme de l'organisme intoxiqué », a dit Pinard; qui invoque l'*hépatotoxémie* comme cause principale.

Anatomiquement, on a trouvé des hémorragies, de la dégénérescence graisseuse, quelquefois de la nécrose cellulaire dans le tissu hépatique. Mais ces formes anatomiques sont inconstantes. Cependant, il est certain que dans les formes graves le foie est toujours touché.

Nous avons vu cliniquement l'importance des signes d'insuffisance hépatique, qui accompagnent les vomissements graves. Mais on a objecté que les lésions d'insuffisance hépatique décelables cliniquement ou à l'autopsie, devaient être secondaires aux troubles nutritifs de trop longue durée. Ce serait la conséquence et non la cause. Il n'en est pas moins vrai que *l'insuffisance hépatique, peut-être seulement secondaire, joue un rôle capital sur l'évolution des vomissements*.

b. D'autres auteurs croient à une *auto-intoxication d'origine intestinale* (Bonnaire). Les troubles intestinaux, la stercorémie, sont en effet très fréquents au cours de la gravidité; mais des femmes ayant un bon fonctionnement intestinal peuvent présenter des vomissements. L'intoxication d'origine intestinale peut ajouter ses effets à l'intoxication cause du vomissement, mais ne suffit pas à elle seule à le produire.

c. Il n'y a guère lieu de penser à une *intoxication d'origine rénale*. Nous avons vu que les reins sont relativement peu touchés dans les vomissements incoercibles, incontestablement moins que le foie.

d. On a attribué la manifestation toxique à des *troubles glandulaires* et on a incriminé diverses glandes entre autres le *corps thyroïde* (Nicholson-Jeandelize) et l'*hypophyse* dont l'action ne paraît pas démontrée.

e. *Origine surrénale*. — Plus nettes semblent les modifications de la *fonction surrénale* dans le cours des vomissements.

Au cours de la grossesse normale l'activité surrénale se développe.

Anatomiquement, il se produit une hypertrophie des surrénales portant particulièrement sur la corticale. Histologiquement on note une augmentation des spongiocytes. La teneur des cellules de la corticale en lipoïdes (lécithine) et en cholestérine, devient plus élevée (Chauffard, Laroche, Grigaut).

Physiologiquement, l'augmentation de la teneur du sang en lipoïdes (lécithine), comme l'a montré la réaction du venin de cobra (Ecalle) semble en partie due à une hyperactivité surrénale.

Les recherches de Sestini, ont montré que l'on peut déceler chez la femme enceinte la présence de l'adrénaline dans l'urine à partir du quatrième mois, la réaction augmentant d'intensité jusqu'à l'accouchement.

Mais toutes ces réactions ne commencent à devenir nettes que vers le quatrième et le cinquième mois. Pour Neri, dans les derniers mois, la teneur du sang en adrénaline est 10 fois plus grande qu'à l'état normal.

Il peut être possible alors d'attribuer à une *insuffisance de la surrénale* au début de la grossesse, les vomissements qui se produisent à ce moment. Ceux-ci disparaissent devant l'hyperfonctionnement de la glande.

C'est en se basant sur cette théorie que Sergent, Lian, etc., ont recherché les signes d'insuffisance surrénale dans les vomissements incoercibles. Lian a rapporté plusieurs cas, où les vomissements s'accompagnaient d'un syndrome d'insuffisance surrénale, avec asthénie, douleurs lombo-abdominales, troubles circulatoires, hypotension, tendances syncopales. Ces auteurs ont préconisé l'emploi des extraits de surrénale comme méthode thérapeutique. Mais à côté de succès éclatants, cette méthode s'est souvent montrée inefficace et souvent inférieure à d'autres médications.

D'ailleurs on s'est aussi demandé si l'inanition consécutive aux vomissements incoercibles n'est pas elle-même une cause d'insuffisance surrénale secondaire (Vignes).

f. *L'ovaire et le corps jaune*. — Parmi les glandes à sécrétion interne auxquelles on a fait jouer un rôle dans la production des vomissements gravidiques, une de celles qui ont été le plus incriminées, est certainement l'*ovaire*.

On a parlé de l'insuffisance ovarienne ; de la torpeur fonctionnelle de l'ovaire chez la femme enceinte (Boissard).

D'autre part on a rapporté des résultats favorables de l'opothérapie ovarienne dans certains cas. Mais au cours des vomissements incoercibles, on n'observe rien de commun, ni de semblable, aux troubles d'insuffisance ovarienne proprement dite.

Quel est le rôle du *corps jaune* dans la pathogénie des vomissements incoercibles?

On sait que le corps jaune est caractérisé par la présence de cellules à lutéine et chimiquement par sa production de cholesterine et de licithine.

Mlle Niskoubina est une des premières qui pensa que certains troubles du début de la grossesse, tels que les vomissements, pouvaient dépendre d'une modification dans la sécrétion du corps jaune. Pinard se range bientôt à cet avis. « Le corps jaune doit jouer dans les vomissements incoercibles de la grossesse, un rôle capital » dit-il.

Pottet dans quatre cas de vomissements incoercibles terminés par la mort a trouvé à l'autopsie des *lésions du corps jaune*. Dans deux cas il s'agissait de kystes ayant refoulé le tissu lutéinique; dans un troisième cas il notait une forte apoplexie ovarienne surtout accusée près du corps jaune; enfin dans un quatrième cas, l'ovaire et le corps jaune étaient petits et scléreux.

Dans tous ces cas, l'examen histologique révéla une dégénérescence, une cytolyse et une régression prématurée de la cellule à lutéine.

Pour Fieux et Mauriac, le corps jaune serait chargé de neutraliser les effets de la toxémie villeuse des premiers mois de la gestation. S'il existe une lésion du corps jaune, celui-ci insuffisant ne peut remplir sa fonction antitoxique, d'où accidents et en particulier vomissements graves.

Ce rôle antitoxique du corps jaune paraît prouvé par sa production de cholestérine et de lécithine. Il aurait un rôle analogue à celui des capsules surrénales, avec qui il présente d'ailleurs les plus grandes ressemblances histochimiques.

Doit-on au contraire admettre avec Bossi, une action toxique du corps jaune et proposer la castration comme moyen thérapeutique des intoxications gravidiques? Il ne semble pas, et l'ovariotomie ne paraît indiquée que dans les cas où il existe un kyste de l'ovaire ou du corps jaune décelable à l'examen.

g. *L'œuf*. — Une autre conception des vomissements incoercibles en attribue l'origine, non plus à l'organisme maternel, mais à l'ŒUF.

On avait observé depuis longtemps que les vomissements étaient plus fréquents dans les grossesses gémellaires, dans les môles. Plus fréquents aussi chez la primipare que chez la multipare. D'autre part les vomissements cessent après la mort de l'œuf.

Aussi pouvait-on penser que l'intoxication résulterait de produits de déchets du fœtus éliminés dans la circulation maternelle.

Fieux et Mauriac émettent l'hypothèse de la TOXÉMIE VILLEUSE, et donnent à cette intoxication une origine placentaire par passage d'éléments syncytiaux dans la circulation maternelle. Ce passage, cette « déportation syncytiale » (Scholten et Veit) est normale et constante au cours de la grossesse et donnent une réaction positive.

Les recherches de Fieux, Mauriac, Vayssière, Bar et Daunay, montrent que l'organisme maternel réagit en présence de ces albumines fœtales, par la production d'anticorps antiplacentaires. La femme atteinte de vomissements, serait une femme insuffisamment immunisée.

Cette théorie s'appuie sur quelques résultats obtenus par des injections de sérum de femme enceinte normale, chez des femmes atteintes de vomissements graves (Rübsamen, Lelorier). Mais il ne semble pas que ces injections aient un rôle spécifique (Dantin).

D'autre part cette théorie semble en partie confirmée par l'étude de la *réaction d'Abderhalden*.

On sait que cette réaction est due à l'existence de ferments protéolytiques dans le sérum de la femme enceinte. Ces ferments capables d'attaquer et de dédoubler l'albumine fœtale placentaire, jouent par là même le rôle de ferments de défense. Ces ferments sont constants dès le début de la grossesse et donnent une réaction positive.

Or chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles, la réaction peut diminuer et même disparaître complètement.

Dans certains cas l'albumine du placenta des femmes atteintes de vomissements, semble plus difficile à attaquer, tandis que, dans d'autres cas (et ce sont les plus fréquents) le sérum de femme atteinte de vomissements semble contenir une quantité insuffisante de ferments actifs.

Tels sont les résultats que l'un de nous avait obtenus avant 1914, résultats qui se trouvent consignés dans sa thèse :

Le sérum de cinq femmes, atteintes de vomissements graves ayant nécessité l'interruption de la grossesse, mis en présence de leur propre placenta recueilli après l'avortement, donna toujours une réaction négative.

Dans les formes plus légères, la réaction diminue le plus souvent.

Reprenant en 1921, les mêmes expériences à Tarnier, il a trouvé dans quatre cas des résultats absolument semblables, résultats confirmés encore par la plupart des auteurs qui s'occupèrent de cette question; tels que Mayer, Decio, Lederer et plus récemment par Cary.

Ces résultats semblent démontrer que les femmes atteintes de vomissements incoercibles se défendent moins activement, ou insuffisamment contre les albumines d'origine fœtale qui passent dans leur organisme. Mais le petit nombre de cas (neuf cas) observés, empêchent de porter une conclusion plus ferme.

Ainsi nous avons vu les très nombreuses théories émises pour expliquer l'origine des vomissements incoercibles. Aucune ne suffit encore à elle seule à expliquer tous les cas. Aussi peut-on essayer de les grouper et admettre :

I. *Que les vomissements incoercibles sont dus à une intoxication d'origine placentaire et fœtale.*

II. *Que cette intoxication est rendue plus sensible par divers facteurs secondaires* :

a. *Soit par un défaut de réaction antitoxique, dû à une insuffisance du corps jaune, des surrénales et surtout du foie;*

b. *Soit que l'intoxication agisse sur un terrain spécial, chez une dyspeptique et surtout chez une femme atteinte de névropathie.*

Diagnostic. — Le diagnostic est généralement simple. Il faut d'abord rechercher la grossesse qui peut être ignorée de la malade et en établir la réalité. Il faut, d'autre part, s'assurer que la femme présente réellement des vomissements et vérifier leur degré de gravité. Certaines femmes *simulent* des vomissements ou en exagèrent la fréquence pour essayer d'amener le médecin à pratiquer l'avortement.

En présence d'une femme enceinte qui vomit, le diagnostic est facile. Il faut encore rechercher à quelle période de la maladie elle est arrivée.

Mais un certain nombre d'erreurs sont possibles.

On pourra confondre les vomissements gravidiques : avec des *vomissements par lésions nerveuses*; méningite, abcès du cerveau ou tumeur et et surtout le tabes.

— Avec des *vomissements par lésion digestive ou péritonéale*. Mais dans tous ces cas, il suffit d'examiner attentivement la malade pour faire le diagnostic.

Il faut, autant que possible, rechercher la *cause* des vomissements observés.

L'examen de l'appareil génital devra être pratiqué avec soin, afin de rechercher une ulcération, une déviation, une lésion ovarienne.

L'état du foie, des reins, des divers émonctoires sera de même précisé. L'examen du système nerveux devra appeler toute l'attention, pour dépister les lésions nerveuses, objectives ou subjectives que pourrait présenter la malade.

Traitement. — De très nombreux moyens thérapeutiques ont été préconisés contre les vomissements graves de la grossesse. Tous les traitements proposés ont donné des résultats favorables à leurs auteurs, et cependant aucun n'agit d'une façon certaine. Aussi est-on obligé bien souvent d'employer une méthode empirique et d'essayer successivement diverses thérapeutiques avant d'en arriver au traitement héroïque de vomissements, devenus véritablement *incoercibles*.

Cette dernière méthode ne doit être utilisée qu'en cas d'extrême gravité : c'est l'*avortement provoqué*.

A la première période. — On recommandera d'abord pour éviter toute intoxication surajoutée, le *régime lacté* ou *lacto-végétarien*.

Et cependant combien de femmes enceintes vomissant d'une façon modérée, suivent un régime extravagant, mangent de grand appétit les aliments les plus toxiques et voient leurs vomissements s'arrêter. Alors que d'autres femmes qui s'alimentent avec peu de lait et de féculents arrivent peu à peu aux vomissements incoercibles.

On prescrira le *repos au lit* et l'*isolement* de la malade. Il est bon d'*évacuer l'intestin* dès le début et de laisser la malade un jour ou deux à la diète. Puis on essaiera de reprendre l'alimentation prudemment : liquides chauds ou glacés, lait (Pinard), panades épaisses (Fabre). On insistera sur les hydrates de carbone.

Si les vomissements persistent, on essaiera de nourrir la malade avec des *lavements nutritifs*. Ceux-ci peuvent comprendre des produits azotés, sous forme d'acides aminés plus faciles à assimiler, du sucre, de l'alcool dont la combustion épargne les protéides de l'organisme.

En même temps et surtout, il faut *réhydrater* la malade, c'est là une *indication absolue*, par tous les moyens possibles et, en particulier, par *les injections de sérum physiologique sous-cutanées*, *le goutte à goutte rectal de Murphy*, avec des solutions salées ou glucosées (Weill et Laudat).

Les solutions glycosées ont été employées, en Amérique, par Titus, Hoffmann, Givens en injection intraveineuse.

Tout en essayant de nourrir et d'hydrater l'organisme, on pourra tenter diverses médications suivant la cause présumée de l'intoxication :

1° Les calmants gastriques. — On peut essayer d'administrer de l'eau chloroformée, la potion de Rivière. Les petites doses répétées de cocaïne ou

de ses dérivés n'ont, en général, qu'une action inconstante. Mieux vaudrait recourir, surtout dans les formes où les vomissements se prolongent et où l'on soupçonne une forte congestion de la muqueuse, aux pansements gastriques à l'aide du *bismuth*, du *kaolin* ou de la bouillie *barytée gélosée*.

2° LES CALMANTS NERVEUX. — Henrotay propose d'utiliser le *sommeil chloralique* pour faire tolérer l'alimentation. Dans l'état de subconscience obtenu par l'action d'un lavement journalier de 6 grammes de chloral, il fait prendre, le premier jour, du lait coupé d'eau de Vichy; le deuxième jour du lait pur et le troisième jour des féculents, etc., la progression se faisant chaque jour. Le cinquième ou le sixième jour on essaie l'alimentation sans chloral.

Bar a proposé l'emploi du *valérianate* sous forme de pilules de valérianate de cerium (5 à 15 centigrammes par jour). On peut aussi utiliser, avec succès, la *belladone* en teinture (1 à 3 grammes par jour), ou son alcaloïde l'*atropine* en injections sous-cutanées deux fois par jour à la dose d'un demi-milligramme. Cette dernière médication a réussi merveilleusement chez une de nos malades, chez d'autres ce traitement resta sans résultats.

Les *bromures*, de potassium, de sodium, de strontium, le plus souvent associés, ont été aussi prescrits.

3° MOYENS PHYSIQUES. — Nous signalerons également les *pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique*, la *vessie de glace sur l'estomac*, la *percussion de la Ve vertèbre dorsale*.

L'électrisation du pneumogastrique. — Tous les courants employés de façon diverse ont été appliqués. Faradisation du X, galvanisation ascendante, descendante.

Ces méthodes ont donné des résultats et plus encore des échecs. De beaux résultats furent encore obtenus avec des appareils... qui ne marchaient pas (Doléris).

C'est en présence de cas semblables, et notamment lorsque la malade est une hystérique, que la *psychothérapie* par suggestion, simulation de manœuvres obstétricales, simulacre de l'avortement, a donné parfois des résultats surprenants.

4° L'ADRÉNALINE. — Depuis quelque temps, on emploie fréquemment l'*adrénaline* avec quelque succès (Rathery).

On peut l'employer, soit ajoutée au sérum (1 milligramme dans 250 centimètres cubes de sérum physiologique) (les injections sous-cutanées d'adrénaline peuvent causer des escarres), soit en ingestion (1 à 2 milligrammes), soit en lavement (1 milligramme).

La dose globale moyenne est de 2 milligrammes par jour, pendant sept à huit jours. L'amélioration dans quelques cas a été extrêmement rapide, en vingt-quatre heures ou quarante-huit heures les vomissements diminuent.

L'adrénaline, ainsi employée, ne modifie que peu la tension artérielle; par contre, l'acidose disparaît rapidement.

Ce médicament agit-il sur l'insuffisance surrénale? sur la musculature gastrique? ou encore favorise-t-il le métabolisme général? C'est ce qui n'est pas encore élucidé. On peut conclure cependant, que l'adrénaline est un très bon agent thérapeutique, mais qu'elle peut ne pas toujours donner de résultats.

Dans le même ordre de faits, citons le traitement par l'*extrait sec total de capsules surrénales*, à la dose 0g30 en deux à trois cachets.

5° LE CORPS JAUNE. — D'après ce que nous avons vu du rôle du *corps jaune* dans les vomissements gravidiques, on conçoit que des résultats aient pu être obtenus par l'administration d'extrait de corps jaune par la bouche; ou de l'injection sous-cutanée de lipoïdes du corps jaune (Thèse Lacourbas).

Hirst traite les nausées et les vomissements par l'injection intramusculaire d'un milligramme d'extrait soluble de corps jaune. Les résultats sont variables. King (de la Nouvelle-Orléans) n'a pas obtenu de très bons effets de cette thérapeutique dans 12 cas de vomissements gravidiques.

Par contre, Coffey (de Los Angeles), sur 62 cas traités par injections intramusculaires d'extrait de corps jaune, a constaté 55 améliorations nettes.

Les injections étaient répétées, tous les deux jours, dans les formes moyennes et tous les jours dans les formes graves. La précocité du traitement est une des chances du succès.

Enfin, on a proposé l'*ovariotomie* comme moyen thérapeutique des vomissements incoercibles. Nous avons vu qu'on ne devait la pratiquer que lorsqu'il existe des lésions ovariennes décelables à l'examen. Signalons, à ce sujet, l'opinion de Démelin et Devraigne. Ces auteurs renoncent complètement à l'avortement provoqué et préfèrent en cas de vomissements très graves pratiquer une laparotomie exploratrice et résèquer une partie d'un ovaire s'il existe une lésion à ce niveau.

6° LA SÉROTHÉRAPIE. — On a essayé la sérothérapie avec du *sérum de femme enceinte normale* (Le Lorier). Mais des résultats identiques ont été obtenus par l'injection de sérums divers, entre autres du sérum de cheval. Le sérum de femme enceinte n'aurait donc pas de spécificité véritable (Dantin).

Récemment, on a pratiqué la *transfusion du sang* suivant la méthode de Jeanbrau, à des femmes atteintes de vomissements incoercibles. L'amélioration a été nette dans certains cas.

Jeannin et Pareux relatent un cas de vomissements très graves, aboutissant au coma au milieu de phénomènes d'intoxication à localisation digestive (stomatite ulcéreuse). Cet état n'avait pas été amélioré par l'avortement et paraissait désespéré quand fut pratiquée la transfusion du sang du mari (450 gr. par la méthode de Jeanbrau). L'amélioration fut notable et rapide en deux à trois jours.

On a essayé aussi l'*autohématothérapie*. Vaudescal n'a pas obtenu de résultats favorables par cette méthode.

Par contre, Rouvier et Pouget ont obtenu ainsi quatre cas de guérison, là où les moyens usuels étaient restés sans effets.

7° LE TUBAGE DUODÉNAL. — Enfin, depuis quelques mois, le traitement de choix pour les formes graves semble devoir être le tubage duodénal. Paddock (de Chicago) a traité avec succès, par l'alimentation duodénale, 4 cas de vomissements graves avec asthénie, amaigrissement très prononcé, acidose. L'alimentation duodénale fut continuée pendant huit jours et permit aux malades de se réhydrater. Les vomissements disparurent rapidement. Il semble qu'il y ait là une méthode générale propre à combattre l'inanition provoquée par les vomissements incoercibles.

Le tubage duodénal, préconisé par Einhorn qui en

a réglé la technique, se pratique à peu près comme un tubage gastrique. Lorsque l'olive est arrivée dans l'estomac, on fait coucher le malade sur le côté droit, l'olive s'engage dans le pylore et chemine dans le duodénum, sous l'influence du péristaltisme. On s'aperçoit qu'on est dans le duodénum par l'aspiration du liquide jaune d'or, alcalin, qui s'écoule de la sonde. Les repas doivent être introduits très lentement; en quinze à vingt minutes environ. La sonde peut être maintenue en place pendant une quinzaine de jours, l'extrémité du tube étant fixée à la joue par un colloplaste.

8° L'avortement thérapeutique. — Lorsque ces diverses méthodes échouent, et que la femme arrive à *la deuxième période*; quand son état est très grave on est obligé de recourir au traitement héroïque : L'avortement.

La difficulté consiste à choisir le moment où l'on doit se décider à intervenir.

L'intensité des vomissements ne peut fournir d'indications absolues.

Quand le poids diminue régulièrement de 200 gr. et plus par jour, *quand l'accélération du pouls est telle que le nombre des pulsations par minute s'élève d'une façon permanente à plus de 100* (Pinard), que l'oligurie persiste, que le sang présente de l'hyperglobulie, malgré les injections de sérum, preuve de l'intensité de la déshydratation, on doit intervenir.

Il faut se hâter si l'ictère apparaît, si des troubles nerveux surviennent : polynévrites, etc.

L'avortement thérapeutique sera pratiqué suivant les méthodes ordinaires. Les précautions médicolégales seront prises (consultation de deux médecins).

Si l'on est peu pressé, la méthode de choix est celle de Coppemann; on dilate le col avec des bougies ou avec des laminaires et on décolle le pôle inférieur de l'œuf.

La guérison peut survenir à ce moment sans que l'avortement se produise. Mais le plus souvent on applique les laminaires jusqu'à ce que la femme entre en travail d'avortement.

Si la grossesse est plus avancée, on pourra introduire des laminaires, ou un petit ballon de Champetier pour déclancher le travail.

En cas d'urgence, on doit dilater le col avec des bougies de Hégar et extraire l'œuf par curage digital ou avec la curette mousse.

S'il s'agit d'une primipare avec col fermé et que la situation presse, on peut intervenir par *césarienne vaginale* (Bar, Brindeau, Jeannin).

La plus grande asepsie est nécessaire, car les chances d'infection sont plus grandes, du fait de l'état grave de la malade.

Généralement, après l'expulsion de l'œuf, les phénomènes s'amendent et disparaissent complètement.

Cependant, on a signalé des cas où les vomissements *ont persisté plusieurs jours après l'avortement.*

Enfin, *on doit réserver le pronostic ultérieur* du fait des névrites et des psychoses qui peuvent survenir dans les jours et les semaines qui suivent.

Si l'on est arrivé à la *troisième période* de la maladie, quand le délire, les hallucinations apparaissent, quand la température s'élève, que le pouls monte à 140; on a bien peu d'espoir de sauver la malade, qui succombe le plus souvent malgré l'avortement.

Mais si désesperée que semble la situation, il est de notre devoir de recourir à l'évacuation de l'utérus qui, rapidement exécutée, permet d'assister quelquefois à de véritables résurrections.

BIBLIOGRAPHIE

Bar. *Leçons de pathologie obstétricale*, 1906, t. II.

Bar et Daunay. *Soc. de biol.*, janv. 1904.

Billiard. Adrénaline et vomissements incoercibles, *Th. de Lyon*, 1919-1920.

Brulé. *Recherches récentes sur les ictères*, 2e édition, p. 82.

Cardot. Contribution à l'étude de la relation pouvant exister entre les kystes du corps jaune et les vomissements incoercibles de la grossesse, *Th. de Paris*, 1917.

Cary. Réaction d'Abderhalden et vomissements incoercibles, *Surg., gyn. and obst.*, août 1917, p. 206.

Cathala et Biancani. Vomissements incoercibles de la grossesse avec acidose. Echec du traitement hydrocarboné adrénaliné. Avortement thérapeutique. Troubles psychiques. Guérison, *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 8 mai 1922.

Cathala et Trastour. Troubles polynévritiques au cours de vomissements incoercibles de la grossesse, *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 19 mai 1904.

Cheinisse. L'extrait de corps jaune contre les vomissements de la grossesse, *Presse méd.*, 1921; — *L'Année thérapeutique*, 1922, p. 165.

Chirié. Le corps jaune, Revue générale, *Arch. d'obst.*, 1911.

Couinaud et Clogne. Contribution à l'étude du sang pendant la grossesse, *Gyn. et obst.*, mai 1922, t. V, n° 5, p. 365.

Crainciano et Popper. L'insuffisance hépatique au cours de la grossesse, *Presse méd.*, 26 mai 1921.

Cron. Glycosurie au cours de la gestation, *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, Saint-Louis, déc. 1920.

Cuzin. Influence des intoxications digestives et génitales sur les crises gastriques du tabes, *Th. de Lyon*, 1898.

Dantin. Contribution à l'étude de la sérothérapie dans les vomissements incoercibles et dermatoses gravidiques, *Th. de Bordeaux*, 1913.

Devraigne. Modifications sanguines au cours de vomissements incoercibles, *L'Obstétrique*, mai 1909.

Desnos, Joffroy et Pinard. *Acad. de méd.*, 27 nov. 1888.

Didier. Crise hémoclasique chez la femme enceinte anormale, *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, juillet 1921.

Didier et Philippe. La réaction de l'hémoclasie dans la gestation, *Presse méd.*, juin 1921, n° 48.

Drevet. Effets thérapeutiques du corps jaune de l'ovaire, *Th. de Paris*, 1907.

Dufour et Cottenot. Des vomissements incoercibles de la grossesse dans leurs rapports avec les lésions du système nerveux, *Revue neurol.*, 15 fév. 1910.

Ecalle. *Th. de Paris*, 1917.

Fieux. Pathogénie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, rapport au *VIe Congrès de gyn. et d'obst.*, Toulouse, sept. 1910.

Fieux et Mauriac. De la possibilité d'une toxémie villeuse et d'un séro-diagnostic de la grossesse dans les premiers mois de la gestation, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1910.

Garnier et Lévy-Frankel. Recherches sur le réflexe oculocardiaque chez les femmes enceintes normales, *C. R. de la Soc. de biol.*, 25 avril 1914, t. LXXVI, p. 645.

Henrotay. Nouveau mode de traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 8 mai 1922.

Henry (J.-R.). Physiologie du corps jaune, Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1923, nos 28 et 30.

Hirst. Injection intraveineuse d'extrait de corps jaune dans les vomissements de la gestation, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago, 19 mars 1921, p. 772.

Jean. Glycuronurie et gestation, *Th. de Paris*, 1915.

Jeannin (C.) et Pareux. Vomissements incoercibles et transfusion du sang, *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 12 déc. 1921, n° 8.

Labbé (M.), J. Hutinel et Nepveux. L'acidose au cours de la gestation, *Paris méd.*, 28 mai 1921, n° 22.

Lacourbas. Traitement des vomissements incoercibles de la gestation par extraits de corps jaune, *Th. de Paris*, 1919.

Lepage et Tiffeneau. Deux cas de vomissements incoercibles, *Soc d'obst. et de gyn.*, Paris, 4 juin 1913.

Lequeux. Le pouvoir glycolytique du sang chez la femme enceinte avec vomissements incoercibles, *L'Obstétrique*, mai 1910.

LEVEN. Existe-t-il des vomissements incoercibles de la grossesse? *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 12 juin 1922, n° 5.
LE LORIER. Traitement des vomissements graves de la grossesse par injection hypodermique de sérum de femme enceinte normale, *Acad. de méd.*, 26 juillet 1911; — Urodiagnostic et uro-pronostic des vomissements graves de la grossesse par le perchlorure de fer, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, avril 1912, p. 334.
MALET. Débilité gastrique et vomissements incoercibles, *Th. de Paris*, 1919-1920.
MULON (Mme). Essai critique sur le rôle physiologique du corps jaune, *Th. de Paris*, 1917.
PADDOCK. Vomissements incoercibles de la grossesse traités par l'alimentation duodénale, *Surg., gyn. and obst.*, mai 1922; — *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 27 mai 1922.
PINARD. Vomissements de la gestation, *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet-sept. 1909.
POTTET. Kystes du corps jaune et vomissements incoercibles, *Th. de Paris*. 1910.
POWILEWICZ. L'hémoclasie digestive chez la femme gravide, *Th. de Paris*, 1921.
PUYO. Névrites gravidiques, *Th. de Paris*, 1904-1905.
RATHERY. L'adrénaline dans les vomissements gravidiques, *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 8 mai 1922, n° 4; — Adrénaline et vomissements incoercibles, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 juin 1920.
RATHERY et BORDET. Vomissements incoercibles de la grossesse traités par l'adrénaline, *Ann. de méd.*, juillet 1920.
ROULLIER. De l'étude des modifications de quelques éléments de l'urine chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles, *Th. de Paris*, 1913.
SERGENT et LIAN. Rôle de l'insuffisance surrénale dans les vomissements incoercibles, *Presse méd.*, déc. 1912.
SESTINI. Adrénalinurie au cours de la gestation normale et du puerperium, *Ann. di obst. gyn.*, Milan, année LXII, n° 3, p. 137.
TUSCHKAÏ. Ueber die Indikationnen zum Künstlichen Abort bei Hyperhemesis gravidarum, *Berl. klin. Woch.*, 1903, p. 803.
TUILANT. Névrites puerpérales, *Th. de Paris*, 1890-1891.
VAUDESCAL et HEUYER. Vomissements à type incoercible au sixième mois de la grossesse et sous la dépendance d'une tumeur en évolution, *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 8 nov. 1920, in *Bull. de la Soc.*, 1920.
VIGNES, *Physiologie obstétricale*, 1923.
WALLICH. Sur le traitement des vomissements incoercibles, *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, mars 1909.
WEILL et LAUDAT. Analyse d'urines au cours de vomissements incoercibles, *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 12 mars 1922; — Instillations rectales de solutions glycosées dans les vomissements incoercibles, *Bull. de la Soc. d'obsl. et de gyn.*, Paris, 13 mars 1922.
WILLIAMS. Toxemic vomiting of Pregnancy, *Amer. Journ. of the med. sc.*, sept. 1906, p. 414.

Medicus 1924, *Guide-annuaire des praticiens* (1).

Ce guide-annuaire d'une documentation des plus soignées est incontestablement le plus complet qui existe. Sa division en cinq parties, divisées en chapitres, l'emploi de papiers de couleurs, un sommaire et une table des matières détaillées, en font le guide-annuaire le plus précieux et le plus facile à consulter.

Paraissant régulièrement chaque année — en octobre-novembre — il est indispensable aux médecins comme aux pharmaciens, donnant à chacun tout ce qui peut les intéresser, car tout ce qui touche, de près ou de loin, à la profession médicale se trouve dans *Medicus*.

Quant à sa partie annuaire, grâce aux documents puisés aux sources officielles et aux nombreux correspondants que *Medicus* a su s'adjoindre, tant en France qu'aux colonies, elle est aussi exacte que possible.

(1) In-8° raisin, relié pleine toile, 1.500 pages — Prix : 20 fr. — Paris, Aimé Rouzaud, 41, rue des Ecoles.

Ier CONGRÈS DE LA LIGUE NATIONALE BELGE CONTRE LE CANCER

[*18-21 novembre 1923* (1)]

La *Ligue nationale belge contre le cancer*, récemment créée par les professeurs Bayet et Depage, vient de réunir avec plein succès un Congrès pour l'étude de l'organisation sociale et médicale de la lutte contre le cancer. A la séance d'ouverture, sous la présidence du vicomte Berryer, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, assistaient S. M. la reine Elisabeth, instigatrice de l'œuvre; M. Herbette, ambassadeur de France; sir G. Graham, ambassadeur d'Angleterre et un grand nombre de hautes personnalités belges et françaises.

Après le discours d'ouverture du vicomte Berryer, ministre de l'Intérieur, le professeur Bayet, président du Congrès, prend la parole et précise le but du Congrès :

« Ce Congrès n'est pas un congrès médical du type habituel. Il n'est pas organisé pour la discussion scientifique des problèmes du cancer mais simplement pour mettre le grand public au courant de la façon dont ce problème se présente à l'heure actuelle. »

Et cependant le programme des deux journées médico-sociales, de la journée de démonstrations opératoires et de la journée scientifique (2) présentait un intérêt tel que l'Association de la presse médicale française avait tenu à se faire représenter et que les travaux apportés méritaient largement d'être présentés au public médical. Pour plus de clarté, nous grouperons les documents qui nous ont paru plus particulièrement intéressants comme acquisitions d'ordre scientifique ou social autour des grands chapitres de l'**histoire pathologique du cancer**, suivant en partie le lumineux « résumé des rapports » présenté par le professeur Bayet (3).

I. DONNÉES D'ORDRE SCIENTIFIQUE

Un fait notoire sur lequel Bayet a insisté est la collaboration des *différentes sciences à l'étude du cancer*. « Il suffit de parcourir l'ensemble des rapports pour se rendre compte de l'aide qu'ont apportée la clinique et toutes les sciences naturelles, physiques et chimiques, à l'élucidation de nombreux problèmes relatifs au cancer. »

Étiologie et pathogénie. — L'éminent staticien américain Hoffman vient confirmer par des chiffres la progression incontestable du cancer qui tue trois millions d'hommes par an. L'augmentation du cancer a été fort marquée dans les pays suivants : Etats-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Angleterre, Suisse, Hollande, Norvège et Danemark. Les chiffres pour la Belgique, la France et l'Allemagne ne sont pas très précis parce que sans doute les conditions d'après-guerre ont modifié les données de mortalité. Aussi Hoffman considère-t-il le cancer comme une maladie des pays civilisés, sa fréquence étant en grande partie le résultat d'une existence anormale et d'habitudes mauvaises qu'entraîne la complexité de la vie moderne : le cancer est fort rare parmi les races primitives ou soi-disant barbares. Et cependant on sait aujourd'hui que non seulement les hommes, mais toutes les espèces animales et les végétaux eux-mêmes sont atteints d'affections semblables aux cancers.

Le cancer dans les différents groupes zoologiques. — M. DELREZ (de Liége), s'appuyant sur la pathologie comparée, montre que la maladie est universellement répandue mais que l'espèce humaine paraît particulièrement apte à la contracter.

L'affection, chez les animaux comme chez l'homme, n'ap-

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux Journaux et Revues qui n'appartiennent pas à l'Association.
(2) Avec la collaboration de la Société belge de chirurgie, de la Société belge de radiologie, de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique de la Société belge de laryngologie.
(3) Rapports présentés au Ier Congrès de la Ligue nationale belge contre le cancer, 80, rue de Livourne, Bruxelles 1923. Un volume de 171 pages.

paraît qu'à un certain âge, les sujets jeunes étant presque respectés.

« L'universalité du mal a fait naître l'idée de sa *transmissibilité*. Les tentatives d'inoculation du cancer de l'homme à l'animal, innombrables, sont toujours restées stériles. Si l'inoculation réussit parfois entre animaux de même race, elle n'est assez régulièrement suivie de succès qu'entre animaux de même souche. Et ainsi des expérimentateurs ont pu constituer des lignées d'animaux héréditairement plus réceptifs : ce sont en réalité des lignées de sujets pathologiques. En somme, la transmissibilité expérimentale n'est pas encore scientifiquement résolue, à plus forte raison la contagiosité reste-t-elle absolument incertaine. »

Le rôle de l'expérimentation dans l'étude du cancer et dans la lutte sociale anticancéreuse. — M. MAISIN (de Louvain) arrive à des conclusions analogues. Il admet que si les causes du cancer sont multiples il doit y avoir quelque chose de commun dans cette maladie. C'est par de patients travaux de laboratoire qu'on arrivera à le déceler. Dans cet ordre d'idées, les recherches physico-chimiques peuvent présenter un grand intérêt, même pour le clinicien. L'auteur envisage ainsi le mode d'action des rayons X, les composants cancérigènes du goudron, l'influence des glandes à sécrétion interne comme agents de fixation des métaux dans la maladie, etc., M. Maisin admet que l'*hérédité* joue un rôle de prédisposition du terrain sur lequel les causes déterminantes pourront agir; au contraire, Delbet, Mayer, Willems rejettent l'hérédité.

Ce que l'on connaît sur les causes du cancer. — M. DELBET pense, qu'en somme, « nous en savons à peu près autant sur la pathogénie du cancer que sur celle de l'inflammation, et il est admis que nous connaissons les causes de l'inflammation ».

Ainsi pour ce qui est des *causes déterminantes* nous pouvons produire à volonté le cancer par des moyens très différents : agents chimiques, agents physiques, agents parasitaires, agents mécaniques, etc. Il faut admettre que ces différentes causes déterminent le cancer comme l'essence de térébenthine détermine l'abcès de fixation sans intervention microbienne. Seul le mécanisme nous échappe. Mais connaissons-nous mieux celui des toxines? De même que les espèces réagissent de manière différente à un même microbe, de même il existe des *causes prédisposantes* spéciales. Si le cancer frappe les sujets âgés c'est qu'il faut pour le produire une action prolongée ou répétée sur les cellules : l'*hérédité* n'intervient pas ou d'une manière indirecte : par des malformations embryonnaires si aisément transformées en cancer. La *contagion* n'existe pas davantage. Certaines modifications humorales sur lesquelles Bayet a attiré l'attention (arsenicisme) paraissent devoir être retenues. Dans ce sens, l'ingestion d'aliments radio-actifs (végétaux riches en potassium) jouerait peut-être un rôle si on considère les coups de fouet que donnent des sels de potassium aux cancéreux. La connaissance de ces dernières causes prend, dans la prophylaxie du cancer, une importance de premier ordre.

Rôle de la physique dans la connaissance et la lutte contre le cancer. — Au sujet de la radio-activité, M. SLUYS émet l'hypothèse que des phénomènes physiques peuvent jouer un rôle dans la pathogénie du cancer.

L'orientation actuelle du problème biologique du cancer. — M. RONSEY qui, depuis longtemps, défend une théorie physico-chimique du cancer, ne semble pas très éloigné de cette manière de voir, mais il la complète et l'élargit en envisageant les autres cancers; les données biologiques récentes ont été apportées les unes par l'étude du cancer expérimental, les autres par l'étude bio-chimique et bio-physique de la cellule cancéreuse.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Embryologie des tumeurs des glandes génitales. — M. PEYRON a réussi à faire disparaître par le radium la tumeur infectieuse des oiseaux bien que le virus de cette tumeur ne soit nullement influencé par le radium. Ces données, entre autres, le conduisent à envisager le cancer non comme un tissu malade, mais comme un tissu de régénération constitué par des cellules redevenues jeunes ou embryonnaires. Les cellules ne seraient pas aussi anarchiques qu'on l'a dit; elles obéiraient aux lois de l'embryologie; c'est ce qui permettra de les frapper avec plus de sûreté à mesure que l'embryologie expérimentale progressera.

Le rôle de la chimie dans la connaissance du cancer et la lutte anticancéreuse. — M. WATERMAN (d'Amsterdam) s'est attaché à l'étude physico-chimique du cancer. Dans les tumeurs à marche rapide c'est le potassium qui domine sur le calcium; au contraire, la rétrocession se traduit par une augmentation du calcium par rapport à K ou à Na. Au point de vue physico-chimique, les tissus cancéreux présentent une diminution de résistance au passage du courant électrique, ce qui peut permettre de séparer les tissus normaux du tissu tumoral, par exemple au cours d'une intervention. On observe enfin des altérations en tension superficielle des cellules, une tension superficielle abaissée du sérum du cancéreux qui est moins apte à se combiner avec les acides gras insatinés par exemple, fait sur lequel se base un *procédé de sérodiagnostic* que M. Waterman pratique couramment dans son centre d'Amsterdam. Enfin, l'étude chimique du métabolisme des hydrates de carbone paraît intéressante, la cellule ayant des propriétés glycolytiques extraordinaires. Toutes ces raisons conduisent l'auteur hollandais à penser que la chimie est une aide puissante dans l'étude du cancer.

Cette question des modifications *tumorales* nous amène, en fin de compte, à nous demander avec Bayet si le cancer est au début une maladie *locale ou générale*. Certains rapporteurs (Hoffman, Hartmann, Willems, de Baisieux) et beaucoup d'auteurs admettent l'origine primitivement locale de la tumeur maligne. Bayet a été un des premiers à montrer que, pour quelques cancers, tel que le cancer arsénical, il fallait admettre un trouble général de l'organisme préalable à l'apparition du cancer. Maisin affirme, d'après ses expériences, que pour le cancer du goudron il faut aussi une altération générale préalable, et Waterman a montré les modifications humorales physico-chimiques qui favorisent la réussite des cancers expérimentaux. En somme, pour certaines variétés du cancer, des modifications humorales préalables paraissent nécessaires, mais dans l'immense majorité des cas le cancer au début est une maladie localisée.

Diagnostic. — Cette localisation primitive est un élément capital dans la lutte contre le cancer, et le professeur HARTMANN y insiste (**le diagnostic précoce du cancer**). En effet, *aux premières périodes* de son évolution, le cancer *peut guérir* complètement et définitivement car il est, au début, *une maladie locale*. Et c'est le rôle des ligues comme l'American Society for the control of cancer, comme la Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer, comme la Ligue belge, d'avertir le public que le *diagnostic précoce* du cancer est d'une importance considérable. Si ce diagnostic n'est pas fait c'est que le malade n'est pas averti de certains signes (indolence ne signifie pas bénignité), c'est que le médecin n'insiste pas assez pour exiger un examen direct des parties suspectes et au besoin pour pratiquer une biopsie. Le diagnostic précoce qui permet un traitement précoce, donc efficace, n'est possible qu'à ce prix.

Le service public d'analyse des tumeurs à Liége depuis 1904. — C'est précisément pour faciliter ce diagnostic précoce que M. FIRQUET a créé, il y a vingt ans, un service provincial de diagnostic microscopique des tumeurs. Les analyses sont gratuites pour les indigents, le médecin qui demande l'analyse ayant le soin d'apprécier si son client doit bénéficier de la gratuité. Les tumeurs revues sont, après analyse, utilisées pour les démonstrations et les exercices universitaires. Cette organisation a rendu des services et le nombre annuel des analyses qui était de 300 au début atteint aujourd'hui 700 à 800.

Le décèlement du cancer utérin. — M. ROUFFART admet que pour le cancer utérin, il est important de surveiller les syphilitiques et les métritiques bien que rien ne démontre qu'il y ait chez elles des états précancéreux certains. Toute femme présentant des signes fonctionnels anormaux doit être soumise à un examen direct (toucher, spéculum, biopsie), si on veut déceler à temps le cancer utérin. Le rôle du médecin dans l'éducation du public peut être à ce point de vue consi-

dérable. M. Rouffart, d'accord avec MM. J.-F. Fabre et Wertheim considère encore le traitement chirurgical comme la méthode la plus sûre de guérison des cas favorables.

Radiodiagnostic du cancer de l'estomac. — M. Cerf fait une démonstration pratique avec radiographie et images stéréoscopiques, du diagnostic du si fréquent cancer de l'estomac. Les types d'images le plus souvent rencontrées sont les suivants : 1° L'estomac en cuvette de la sténose ; 2° Estomac avec image lacunaire, à aspect marécageux ; 3° Image lacunaire à aspect marécageux ; 4° Sténose du cardia ; 5° Sténose médio-gastrique avec biloculation ; 5° Linite plastique. Des radiographies de chacun de ces types montrent la possibilité de localisation et surtout la portée au point de vue indications opératoires et pronostic.

Traitement prophylactique. — Si l'on rejette avec M. Delbet, l'hérédité et la contagion « la notion de l'origine exogène du cancer doit conduire à la prophylaxie. Qui pourrait dire qu'elle a été inutile aux radiothérapeutes et aux ouvriers qui travaillent les produits de distillation de la houille ? La suppression de toute cause d'irritation sur les nævi, sur les plaques de leucoplasie diminue les chances de transformation cancéreuse. Parfois, il est nettement indiqué de supprimer chirurgicalement des lésions qui ne sont pas cancéreuses, mais dont l'évolution en cancer est fréquente. Les cancers des voies digestives produits expérimentalement par le spiroptère de Fibigier et le tænia crassicolis orientent dans une autre voie. Le Congrès de Strasbourg a attiré l'attention sur les dangers qui peuvent résulter de l'épandage des eaux d'égout et des fumiers dans la culture des plantes maraîchères qui sont mangées crues. L'usage exclusif des engrais artificiels diminuerait peut-être le nombre des cancers du tube digestif. »

Traitement curatif. — *A.* Données théoriques. — MM. Maisin, Delbet, Bayet ont montré l'*importance de l'expérimentation* et des recherches de laboratoire dans la prophylaxie et le traitement du cancer. Le traitement lui-même a fait l'objet de plusieurs rapports.

Le rôle de la chirurgie dans la lutte anticancéreuse. — M. de Baisieux (de Louvain) montre que jusqu'au siècle dernier, seule, la chirurgie a été l'arme efficace opposée au cancer. Son efficacité est fonction de la précocité du diagnostic, les échecs tenant aux récidives dues à une ablation insuffisamment large et anx *métastases* viscérales antérieures à l'opération. Aussi bien la chirurgie ne se limite-t-elle pas au traitement curatif, mais elle peut, à titre *palliatif* soulager et prolonger l'existence du malade. En dehors de ces résultats, les statistiques chirurgicales nous donnent de précieux renseignements sur la science même du cancer : c'est l'expérience chirurgicale qui a démontré la première, que la lésion initiale du cancer est limitée à un territoire restreint, qu'elle est unique et qu'elle contient toutes les manifestations ultérieures de la maladie. Les statistiques hospitalières ont également renseigné sur la distribution géographique, les causes prédisposantes, l'influence des traumatismes, de l'irritation, etc.

Impressions d'ensemble de dix-huit années d'expérience sur l'évolution et la valeur de la curiethérapie appliquée au traitement du cancer. — Depuis une vingtaine d années, les rayons X et le radium sont venus aider la chirurgie. M. Degrais évoque le rôle d'animateur qu'a joué le radium dans le développement de la lutte contre le cancer, et rappelle les bases scientifiques qui ont présidé, en 1906 à la création, avec Wickham, *du laboratoire biologique du radium de Paris*. De ce premier centre privé, sur le plan duquel de nombreux instituts furent créés à l'étranger sont sorties les lois fondamentales de la curiethérapie : *homogénéité d'action* avec ses diverses réalisations (feu croisé, foyers multiples en profondeur) ; *filtrage, dosage*. A côté de son rôle scientifique, ce laboratoire s'est efforcé de tenir un rôle social en traitant des indigents. Bien des travaux actuels se sont inspirés des lois édictées par ces premiers expérimentateurs.

Ceux-ci ont été des premiers à conseiller l'association du radium et de la chirurgie. Il est difficile de formuler, dès aujourd'hui, des règles thérapeutiques définitives : la comparaison des résultats éloignés servira seule de base aux méthodes définitives.

Le rôle de la radio et de la radiumthérapie dans la lutte anticancéreuse. — M. Bayet montre l'importance de la découverte de l'action des radiations sur les tissus vivants et spécialement sur la cellule cancéreuse : régression et mort de la cellule cancéreuse, action élective, pénétration considérable. La propriété des rayons obvie à la limitation de la chirurgie : celle-ci, en effet, est exposée à des récidives contre lesquelles elle est impuissante, et, d'autre part, elle est souvent désarmée devant les cas graves. Les rayonnements par leur action sur la tumeur, sur les ganglions satellites, sur les greffes opératoires, sur les récidives facilitent l'action de la chirurgie, en réduisent la gravité, et dans les cas désespérés peuvent la remplacer. Il semble que l'avenir soit dans l'association de ces deux moyens : chirurgie et rayonnement.

L'association de la chirurgie et de la curiethérapie dans le traitement du cancer. — M. Proust insiste sur l'importance de cette association. La chirurgie sert, soit de moyen d'exérèse que la curiethérapie complète, soit de moyen d'attaque ganglionnaire la lésion principale étant traitée par le radium (langue), soit de voie d'accès pour la pose d'aiguilles de radium (utérus), soit de moyen d'hémostase atrophiante (ligature de la carotide externe dans le traitement du cancer de la langue), soit de moyen d'exérèse complémentaire de la curiethérapie. Ces différentes associations demandent à être soumises à des lois que l'avenir précisera.

Résultats actuels de la radiothérapie métachirurgicale interopératoire dans le cancer du sein. — M. Spinelli Mameli (de Naples) expose sa méthode d'irradiation à porte ouverte, c'est-à-dire dans les tissus dépouillés de la peau, après l'extirpation du foyer néoplasique pendant l'opération elle-même. La méthode a été appliquée à 9 cas inopérables. Quatre femmes sont vivantes, un an et demi à deux ans et demi après, sans récidives. Deux malades ont récidivé au bout de deux ans et demi. Il a donc 66 p. 100 de survie et 44 p. 100 de guérison dépassant un an et demi, résultats très favorables si l'on pense aux conditions très avancées de la maladie.

B. Démonstrations pratiques. — Des séances opératoires, des présentations de malades, en cours de traitement ou guéris, ont occupé la journée du 20 novembre, soit à l'*Institut du radium de la Croix-Rouge de Belgique*, soit dans différents instituts *médico-chirurgicaux* ou cliniques privées de Bruxelles.

M. le professeur Bayet a défini les *directives* des techniques de l'Institut du radium : associer la chirurgie à la radiumthérapie pour faciliter l'aiguillage, pour créer des voies d'accès claires et propres, pour isoler circulatoirement les tumeurs aiguillées ; l'aiguillage est pratiqué de la périphérie saine vers les muqueuses infectées. Tels sont les principes directeurs. Nous les avons vu réaliser par MM. Delport et Cahen pour les cancers des *organes génitaux de la femme* (aiguillage du col, aiguillage des ligaments larges, tamponnements protecteurs avec du caoutchouc plombé) ; par MM. Neuman et Coryn pour les cancers du *rectum* (isolement du rectum, tubes de radium dans les fosses ischio-rectales, aiguillage de la tumeur rectale) ; par MM. Ledouc et van der Meersch pour les cancers de la *langue* (aiguillage par la base, par large voie d'accès), du larynx, de l'œsophage (localisation par les rayons du siège de la tumeur par radiographie de l'œsophage et position inversée après gastrostomie. La plupart de ces techniques ont été décrites dans le *Journal de radiologie* (1923, no 1).

M. Sluys nous a présenté une très intéressante *bétathérapie profonde* : la présence de fils de métaux lourds au sein de tissus irradiés créant des rayonnements secondaires destructeurs. M. Sluys place autour des tumeurs des quadrillages de fils d'or ou dépose autour des ganglions des gazes à larges mailles imprégnées de plomb, de bismuth, d'or, etc. et irradie ensuite la région créant ainsi des rayons B très efficaces. Cet intéressant procédé est à l'étude, les fils métalliques ou les gazes pouvant très bien être remplacés par des injections de métaux colloïdaux, par exemple ; le radium pouvant aider les rayons X, etc.

Curiethérapie sous-cutanée. — M. Matagne a présenté des malades traités par l'électro-coagulation et le cautère

froid. M. BEHAEGHEL, des cas se rapportant à la curiethérapie sous-cutanée du cancer de la peau ou de ses métastases ganglionnaires. M. MAYER a insisté sur l'**association de la curiethérapie et de la chirurgie** : Hystérectomie un mois après curiethérapie pour cancer du col ; pose de radium sur drain de caoutchouc dans un cancer inopérable de l'estomac. M. CHEVAL fait une application de radium vaginal et intraligamentaire par le procédé du *radium-drainage* de Dales dont il a précisé la technique et en présente des résultats ; signalons encore parmi le nombre considérable de démonstrations opératoires qui ont défilé sous nos yeux :

Amputation du rectum un mois après anus de dérivation et curiethérapie. — M. LEMOINE.

Association de la curiethérapie et de la chirurgie dans le cancer de la langue et de l'œsophage. — M. MERCKX.

Traitement radio-chirurgical du cancer du sein. — M. BECKERS.

Cancer du côlon ascendant. — M. PINCHARDT.

Cancer de la prostate. Intervention et curiethérapie. — M. TANT.

II. CONCLUSIONS D'ORDRE SOCIAL

Le cancer représentant un des fléaux de l'humanité, la question du contrôle du cancer est de grand intérêt pour le public, le médecin et les autorités sanitaires. M. HOFFMAN montre ce qui a été réalisé à ce point de vue par la **Société américaine pour le contrôle du cancer**, ce qu'il faut faire contre le charlatanisme et combien il importe d'être fixé sur la valeur exacte de nos méthodes thérapeutiques actuelles, chirurgie et radiologie. Hoffman pense que la **déclaration du cancer** devrait être obligatoire et croit à l'utilité de l'organisation d'une lutte internationale contre le mal.

M. le professeur BERGONIÉ montre **où en est, en France, l'organisation de la lutte contre le cancer.**

« Sous l'impulsion du Ministre de l'hygiène, M. Strauss, on organise la lutte non seulement par des moyens techniques adaptés à la nature du mal, mais aussi par une organisation administrative adaptée à son mode d'invasion et à sa thérapeutique : »

Aussi nos centres de lutte, dont Bordeaux est un type, poursuivent-ils un triple but :

1° Assistance et hospitalisation des cancéreux pauvres à traiter;

2° Enseignement aux étudiants des diverses modalités du cancer, surtout au début afin d'en obtenir un diagnostic précoce;

3° Recherches scientifiques dans des laboratoires spécialisés concernant le cancer et sa thérapeutique. C'est dans ce sens que sont organisés les centres régionaux, universitaires de France où une étroite *collaboration* des différents travailleurs est indispensable pour perfectionner les techniques et résoudre les nombreuses inconnues du problème.

Aussi bien, c'est sur ces principes que Bayet organise la lutte en Belgique : « nous nous sommes inspirés surtout de ce qui se fait en France, où se crée, sous l'énergique impulsion de M. le ministre de l'Hygiène Strauss et du professeur Bergonié, une vaste organisation anticancéreuse sur un plan bien étudié ».

En dehors de leur équipement scientifique, les centres contre le cancer *doivent faire œuvre de propagande* dans le corps médical et dans le public : WILLEMS en tracera les grandes lignes.....

Cancer et charlatanisme. — M. MAYER envisage les moyens de préserver le public contre le criminel charlatanisme en obligeant les « guérisseurs de cancer » à déposer leur adresse, la composition de leurs médicaments, leurs résultats, de façon à pouvoir interdire toute publicité indélicate et trompeuse et toute cure dangereuse. Il importerait enfin d'avertir ouvertement le public de ce danger social qu'est le charlatanisme. Quant à son **œuvre d'assistance**, le centre contre le cancer doit la réaliser dans ses Instituts spéciaux pour les cas curables et pour les cas incurables, dans des œuvres comme celle du Calvaire, dont la comtesse d'OULTREMENT nous a exposé les bases, le fonctionnement et les bienfaits.

Proposition de création d'une association internationale contre le cancer). — Un événement d'une importance considérable a eu lieu au cours de ce congrès : à la demande de M. HUMBERT, délégué de la ligue des Sociétés de Croix-Rouge et sur l'invitation de la Ligue nationale belge s'est réunie une commission internationale composée de MM. BAYET (Belgique), ROUSSY et JEANNENEY (France), HOPWOOD (Angleterre), FIBIGIER et KREBS (Danemark), GAYANÈS (Espagne), HOFFMAN (Etats-Unis), FARMAKIDIS (Grèce), WATERMAN (Hollande), GHIRLADUCCI (Italie), ICHIKAWA (Japon), FORMAN (Luxembourg), WATCHEL (Pologne), GENTIL (Portugal), PETTAVEL (Suisse), NOVAK (Tchéko-Slovaquie). Cette commission a décidé la création d'une **ligue internationale contre le cancer**, dont le comité provisoire a choisi pour président le professeur BERGONIÉ (Bordeaux).

Nous ne saurions passer sous silence la traditionnelle hospitalité reçue en Belgique. Par un geste délicat, l'Ambassadeur de France et Mme HERBETTE, désireux de montrer l'intérêt qu'ils portent et que la France attache à ces œuvres, avaient tenu à réunir, dès leur arrivée les universitaires français et leurs collègues belges, dans le palais de l'Ambassade de France. Le professeur BAYET, président du Congrès, les membres de l'Institut du radium, Mme BURLS, secrétaire générale, nous reçurent à leur tour.

Nous ne pouvons passer ici sous silence le rôle de premier plan joué par quelques femmes d'élite dans cette œuvre : la comtesse d'OULTREMENT, présidente de l'Œuvre du Calvaire, Mme Aline BURLS, véritable âme de la ligue belge et du congrès, dont l'action bienfaisante se rapproche de celles si délicates et intéressantes de Mmes ANDRÉ, HAUFFMANN et LEGUEU en France.

Par le succès considérable de ce Congrès, par l'organisation de sa ligue contre le cancer, la Belgique nous donne une fois de plus un exemple remarquable. G. JEANNENEY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1923)

Un nouveau procédé de trépanation préhistorique à rondelles circulaires ou ovales découpées au silex. — M. Marcel BAUDOUIN.

Sur la structure histologique d'un organe de nature testiculaire développé spontanément chez une poule ovariotomisée. — M. Jacques BENOIT.

Diphtérie oviaire et épithélioma contagieux. — MM. L. PANISSET et J. VERGE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1923)

Il n'y avait pas eu l'an dernier de séance annuelle, l'Académie s'étant réservée pour la séance consacrée au Centenaire de Pasteur. Nous revenons cette année à la tradition.

C'est d'abord M. Souques, secrétaire annuel, qui prend la parole et rend hommage aux morts de l'année, Langlois, Legrand, Tillot, Linossier, Cecherelli (de Parme), et qui salue les nouveaux membres élus.

Puis, M. le président Chauffard proclame les noms des lauréats de l'Académie dont nous donnons la liste plus loin, enfin M. ACHARD, secrétaire général, prononce l'éloge de **Joseph Grancher.**

M. Achard est un orateur à la forme toujours élégante, à l'expression mesurée, aux sentiments généreux. Ses éloges sont particulièrement appréciés par le public académique. Celui de Grancher restera parmi les meilleurs.

« Peu de carrières médicales, dit-il en débutant, ont une aussi belle unité que celle de Grancher. C'est à peu près exclusivement sur une seule maladie, la plus meurtrière, il est vrai, pour le genre humain, que s'est concentrée son activité scientifique. Dans l'étude de ce mal, il a déployé d'éminentes qualités, tant pour en interpréter les lésions que pour en préciser la marche, en déterminer les origines, en dévoiler les premiers symptômes, en prévenir l'éclosion. Observateur précis, clinicien sagace, hygiéniste clairvoyant et par dessus tout, pour finir, philantrope averti : tel il nous apparaît aujourd'hui sans que son œuvre ait gravement subi les outrages du temps, depuis seize ans que nous l'avons perdu.

Sa place fut grande dans notre monde médical, où l'entourait le respect de tous. Une impression d'autorité se dégageait de toute sa personne. Sa haute stature, son visage mince aux traits peu mobiles, son abord réservé en imposaient au premier contact. Mais sa parole cordiale, la séduisante distinction de ses manières, la simplicité de son accueil jointe à la droiture de ses sentiments et de ses jugements rassuraient bien vite l'interlocuteur qu'achevaient de conquérir l'élégante sobriété de son langage, sa maîtrise à formuler en termes propres une pensée toujours claire qu'il soulignait de gestes rares et expressifs.

Comme tant d'autres parmi nous, il eut des origines modestes. Né à Felletin, le 29 septembre 1843, il vint à Paris à dix-sept ans pour faire ses études médicales. Nommé interne en 1867, le troisième d'une promotion dont le premier était notre ancien président Richelot et qui comptait dans ses rangs Charles Monod, d'Espine, Joffroy, Malassez, Huchard, il se voua, chose rare encore dans l'internat de cette époque, aux études d'histologie. Après deux ans passés au laboratoire, petit mais célèbre, que Ranvier et Cornil avaient installé rue Christine, il devint, en 1868, le chef du laboratoire d'histologie des hôpitaux, créé pour lui à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart.

En 1875, il était nommé médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté. En 1885, à la mort de Parrot, il lui succéda dans la chaire de clinique des maladies de l'enfance, et bien qu'il n'eût pas étudié spécialement la médecine infantile, il sut, grâce à la souplesse de son talent, à sa vaste érudition, à son grand sens clinique, briller dès le début dans cet enseignement. S'entourant de collaborateurs actifs, bientôt devenus des maîtres, il fonda les *Archives de médecine des enfants* et dirigea la publication d'un *Traité des maladies de l'enfance*. En 1892, il entra dans notre section d'anatomie pathologique, succédant à Bourdon. A soixante-trois ans, sa santé précaire le contraignit à prendre avant le temps sa retraite professorale, et c'est quelques jours après qu'une pneumonie l'emporta, le 13 juillet 1907.

Il avait de bonne heure commencé ses travaux sur la phtisie. C'est pendant son internat qu'il entreprit sur les altérations microscopiques du poumon tuberculeux des recherches où d'emblée s'affirma sa maîtrise.

A la veille du prodigieux essor que prit la microbiologie, peu de questions ont autant passionné le monde médical que celle de la pneumonie caséeuse. Laënnec avait unifié la phtisie. Mais lorsqu'on eut appliqué le microscope à l'étude du tubercule et des lésions pulmonaires des phtisiques, la doctrine unitaire fut battue en brèche. Le tubercule apparaissait comme une granulation, petite tumeur conjonctive, tantôt grise et dure, tantôt jaune et molle selon son âge, où le microscope faisait voir une structure nodulaire particulière. Or, la pneumonie caséeuse formait de grosses masses sans granulations et le microscope n'y révélait point de nodules tuberculeux. Aussi Reinhardt avait-il admis que la pneumonie caséeuse n'était qu'une pneumonie simplement inflammatoire, mais à tendance ulcéreuse, et Virchow avait-il soutenu que la transformation caséeuse pouvait être la conséquence non seulement de la tuberculose, mais encore d'autres processus morbides. Il y avait, suivant lui, deux phtisies, l'une produite par la tuberculose, l'autre par la pneumonie caséeuse.

En vain, Hérard et Cornil affirmaient-ils que, même dans la pneumonie caséeuse, la granulation était presque toujours présente et que son absence pouvait résulter de ce que la caséification l'avait détruite : l'existence de ces tubercules n'en restait pas moins généralement contestée. Quant à l'argument expérimental de Villemin qui, par l'inoculation de la matière caséeuse, avait reproduit les tubercules, l'opinion médicale n'était pas encore mûre pour en sentir la force. Aussi la plupart des auteurs non seulement en Allemagne où la nouvelle doctrine était née, mais en France même, inclinaient-ils vers la dualité de la phtisie.

C'est alors que Grancher reprend l'étude histologique du poumon des phtisiques. Il montre qu'on peut retrouver à l'origine de la pneumonie caséeuse de vrais tubercules, qui sont d'abord isolés puis qui, en grossissant, se fusionnent en un bloc caséeux. La pneumonie caséeuse n'est donc qu'un tubercule géant et la différence entre les deux sortes de lésions, granuleuses et caséeuses, vient seulement du volume des tubercules et de la rapidité avec laquelle ils croissent, se conglomèrent et se caséifient.

Exposées d'abord à la Société de biologie en 1872, puis dans sa thèse inaugurale en 1873, ces travaux de Grancher trouvaient leur confirmation dans les recherches simultanées de Thaon et dans l'enseignement de Charcot.

Etudier l'origine et le développement des différents types de lésions tuberculeuses avait pour complément naturel l'étude de leur destinée. Poursuivant ses recherches, Grancher reconnaît que dans tout tubercule apparaît un double processus : l'un destructeur et caséifiant, l'autre curateur et sclérosant, ce qu'il formule en définissant le tubercule : une néoplasie fibro-caséeuse. On connaissait assurément — et Laënnec ne les ignorait pas — les tubercules fibreux; mais on les tenait pour très rares. Grancher révéla leur fréquence et ne craignit pas de s'élever à la fois contre l'opinion de Laënnec pour qui la guérison anatomique des tubercules était exceptionnelle, et contre celle de Virchow pour qui le tubercule n'était qu'une néoplasie misérable et incapable d'organisation. Il proclama que, tout au contraire, la tuberculose est parmi les maladies chroniques l'une des plus curables et que la thérapeutique doit s'inspirer de cette notion pour favoriser le processus naturel de la guérison, c'est-à-dire la sclérose.

Toutes ces notions sont devenues classiques. Alors qu'elles étaient nouvelles, il fallut à leur auteur la ténacité de son travail et la clarté de son enseignement pour les imposer à d'éminents contradicteurs. Le prix Lacaze, de la Faculté de médecine, en 1881, fut la juste récompense de ses efforts et de son succès.

Peu après, la découverte du bacille tuberculeux par Koch, en 1882, devait achever la démonstration et donner aux travaux de Grancher une éclatante confirmation. Le retour à l'unité de la phtisie était définitif... »

Pendant toute la période qui suit, Grancher, comparant sur le mort et sur le vif les lésions pulmonaires avec les signes d'auscultation, interprète les bruits pathologiques du poumon, décrit les respirations anormales et ne cesse de répandre ces connaissances dans le public médical pour aider au diagnostic précoce de la maladie.

Admis dans l'intimité de Pasteur, Grancher devient son élève et aussi son défenseur devant l'Académie. M. Achard cite à ce propos le mot de Cornil : « M. Pasteur a créé la méthode vaccinale antirabique, M. Grancher et M. Roux l'ont sauvée. »

Pour continuer à défendre les idées pastoriennes devant le public médical, Grancher se fait journaliste et crée, avec Lannelongue, le *Bulletin médical*.

La place nous manque pour nous étendre sur ses travaux d'hygiène hospitalière, l'invention des boxes qui lui permit de supprimer presque la contagion hospitalière dans les salles d'enfants.

Le discours de M. Achard serait à citer en entier.

Après avoir conquis aux idées pastoriennes le public médical il restait à Grancher à remplir un grand devoir social, il n'y manque pas;

« Si nous voyons aujourd'hui le grand public se familiariser avec l'idée que la tuberculose est curable, qu'on peut contre elle engager la lutte, et qu'en porter le diagnostic n'est pas rendre un arrêt de mort ni même de mise en inactivité complète et définitive, si nous voyons de plus en plus dans les classes laborieuses le sanatorium, dont le nom seul était naguère un épouvantail, réclamé maintenant par les malades ou par leurs familles, c'est en grande partie à Grancher que nous le devons, à la force de son enseignement, à ses persévérants efforts pour convaincre les médecins et par eux le public.

Ces idées simples et claires sur l'évolution de la tuberculose conduisirent Grancher à tenter une expérience d'hygiène sociale qui en fût l'application. Admirablement conçue, elle a donné les plus heureux résultats. L'Œuvre de préservation qu'il créa fut le digne couronnement de sa vie médicale.....

...L'hygiène sociale préconisait alors, un peu à la manière d'une panacée, le sanatorium populaire, en grande vogue en Allemagne. Destiné à soigner les malades en même temps qu'à les isoler il était propre en apparence, à réaliser à la fois la thérapeutique curative et préventive. Résistant à l'engouement général, Grancher fut frappé de l'insuffisance de cet élément de lutte préventive, surtout en ce qui concerne la tuberculose familiale, de toutes la plus dangereuse. « Le sanatorium, dit-il, prend le père ou la mère malade, mais laisse le plus souvent l'enfant dans les conditions les plus misérables; de plus, il arrive fréquemment que le parent tuberculeux quitte le sanatorium, simplement amélioré, continuant à expectorer des bacilles; il rentre dans sa famille et ce porteur de germes contamine tout son entourage. »

La diffusion de la tuberculose dans le foyer familial, voilà donc la principale source de la contagion et de la propagation du fléau.

Ayant montré que l'hérédité de la tuberculose n'est qu'une exception et que les descendants de tuberculeux sont presque toujours contaminés par contagion, peu à peu et progressivement, par des inoculations répétées de bacilles au contact des ascendants malades, Grancher estime que la lente évolution du mal à ses débuts donne le temps d'agir avant qu'il ait fait œuvre irrémédiable. Il croit qu'on peut plus aisément prévenir alors la maladie que plus tard la guérir, et qu'en soustrayant les enfants des tuberculeux aux contacts bacillifères, on assurera le plus efficacement leur préservation. « J'ai pensé, dit-il, que le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose est de lui enlever sa proie. » C'est ainsi que sa connaissance approfondie de la tuberculose et des moyens de la combattre, la perspicacité de son jugement, son bon sens pratique lui font imaginer l'Œuvre de préservation qui porte si justement son nom.

Patiemment et sans se laisser rebuter par les difficultés du début, il demande à des élèves et des amis, médecins de campagne, de trouver des familles de paysans qui consentent à prendre à leur foyer des enfants de tuberculeux. On devine la ténacité qu'il lui fallut pour persuader ces paysans et même ces médecins que ces enfants, rigoureusement examinés, ne portaient pas en eux le germe de la tuberculose. Les préjugés, la méfiance des campagnards finirent par céder et le succès des premières expériences, en donnant une démonstration par l'exemple, permit le développement de l'Œuvre.

Ce placement familial des enfants à la campagne, bien préférable à leur envoi dans des établissements où ils se trouvent réunis en commun, leur assure, avec une vie plus saine, une moralité plus haute, celle dont les solides vertus de nos familles paysannes leur montrent l'image quotidienne. Il leur inspire l'amour du foyer, l'habitude du travail et leur met en mains l'aptitude aux besognes des champs pour les garçons et aux soins du ménage pour les filles.

Au début, l'Œuvre ne prenait les enfants que de trois à dix ans, car Grancher craignait que la mortalité infantile, toujours élevée pour les nourrissons au biberon, ne nuisît aux statistiques et ne jetât la défaveur sur sa tentative. Mais on a pu récemment étendre à des nouveau-nés le bénéfice du placement, et bien que sur ce point encore les prévisions de Grancher se soient trouvées vérifiées, le centre d'élevage de Couture-en-Vendômois donne des résultats fort encourageants.

Les familles de paysans qui reçoivent les enfants sont choisies par les médecins de la localité, qui connaissent leur valeur morale, leur santé, leurs ressources. Ces médecins soignent gratuitement les pupilles et les surveillent conjointement avec les infirmières-visiteuses de l'Œuvre au cours de leurs tournées.

La plupart des enfants restent placés jusqu'à treize ans; puis, s'ils ne peuvent être repris par leurs familles, l'Œuvre leur trouve une profession et les garde sous sa surveillance morale jusqu'à leur majorité.

On peut juger l'Œuvre à ses fruits et rendre un éclatant hommage à la clairvoyance de son fondateur.

Après dix-sept ans écoulés, l'Œuvre possède 26 filiales dans les principales villes de France. Elle a placé 2.500 enfants de tuberculeux. Ceux-ci n'ont compté que 7 cas de tuberculose, soit 3 p. 1.000 seulement, dont 2 morts par méningite tuberculeuse, 4 guérisons et un cas incertain. Parmi les anciens pupilles, dont près de 30 p. 100 sont restés à la campagne comme ouvriers agricoles, M. Armand-Delille ne nous signalait, il y a quelques jours, que 3 cas de tuberculose. Au contact des braves gens qui les ont élevés, la plupart des pupilles ont gagné les vertus de leurs éducateurs et 2 seulement ont dû être envoyés dans des maisons de correction. Parmi les garçons, un certain nombre ont fait la guerre et plusieurs sont morts glorieusement pour la France. Comme l'espérait Grancher, certains ont déjà fait souche de paysans et de paysannes et l'Œuvre contribue pour sa part à ce retour à la terre que souhaitent les économistes, d'accord avec les hygiénistes.....

...Au lendemain des imposantes cérémonies où le monde entier a rendu à Pasteur l'hommage de l'humanité reconnaissante, dit en terminant M. Achard, il m'a paru qu'il ne serait pas déplacé de consacrer cet éloge à un élève et collaborateur de l'illustre savant. L'Œuvre fondée par Grancher n'est-elle pas inspirée de l'enseignement pastorien et son succès n'est-il pas l'éclatante démonstration de ce que peut faire cet enseignement pour le progrès de l'hygiène sociale? Puissé-je, en retraçant son histoire, faire connaître au delà de cette enceinte les principes si justes de son fondateur, les résultats si bienfaisants qu'elle ne cesse de donner, le devoir qui s'impose à tout bon citoyen de s'y intéresser et de contribuer à ses développements.

Il n'a pas été donné à Grancher d'assister au triomphe de ses prévisions. Arrêté au seuil de la terre promise, il n'a pu que l'entrevoir. Mais sa digne compagne, qui fut sa collaboratrice de cœur et de pensée, ses élèves et ses amis, dévoués à sa mémoire en retour de l'affection qu'il leur témoignait et des services qu'il leur prodiguait, n'ont rien ménagé pour continuer sa tâche. Grâce à leurs efforts, l'Œuvre a prospéré; chaque année, s'accroît le nombre de ceux qui bénissent le nom de Grancher. Heureux les morts que la postérité grandit! »

PRIX DÉCERNÉS EN 1923

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr de Somer (de Gand, Belgique). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Paul Rodet (de Nice).

PRIX ARGUT (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Jean Régnier, pharmacien-chef à l'hôpital Broussais.

PRIX BARBIER (2.500 fr.). — L'Académie partage le prix en trois parties égales, en accordant : 833 fr. 34 à M. le Dr Gardin (de Paris); 833 fr. 33 à M. le Dr Paul Ravaut (de Paris); 833 fr. 33 à M. le Dr Rubinstein (de Paris). Une mention très honorable est accordée à MM. les Drs J. Parisot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, et Gabriel Richard, médecin consultant à Royat.

PRIX BERRAUTE (un titre de 3.092 fr. de rente). — L'Académie décerne à titre de prix les arrérages de cette fondation à M. le Dr Pierre Masson, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr J. Barbier (de Lyon).

PRIX HENRI BUIGNET (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pescher (de Paris).

PRIX CAPURON (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Christian Champy (de Paris).

PRIX CHEVILLON (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. A. Esguerra, O. Monod et G. Richard, de l'Institut du radium de l'Université de Paris.

PRIX CIVRIEUX (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. le Dr H. Bouttier et Pierre Mathieu, interne à l'hospice de la Salpêtrière.

PRIX CLARENS (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr d'Heucqueville (de Paris).

PRIX DEMARLE (750 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. A. Falque, docteur en pharmacie, à Besançon.

PRIX DESPORTES (1.500 fr.). — L'Académie divise le prix de la façon suivante, en accordant : 1.000 fr. à M. le Dr L. Reutter, privat-docent de l'Université de Genève; 500 fr.

à M. le Dr Pierre-Noël Deschamps (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs Georges Rosenthal et Léopold-Lévi (de Paris).

Prix Ferdinand Dreyfous (2.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Francis Bordet (de Paris).

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont décernés, à titre d'encouragement à M. Paul-Samuel Blum (de Paris).

Prix Ernest Godard (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr A. Laubie (de Donzenac).

Prix Jacques Guérétin (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix, en accordant : 500 fr. à M. le Dr J. Lermoyez (de Paris; 500 fr. à M. le Dr R. Glénard, médecin consultant, à Vichy; 500 fr. à MM. les Drs Th. de Martel et Ed. Antoine (de Paris).

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Alajouanine (de Paris).

Prix Henri Huchard, de l'Académie de médecine (prix de dévouement médical, en souvenir de sa fille Marcelle Huchard) (8.000 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante, en accordant : 3.000 fr. à M. Georges-Paul Perrochaud, interne des hôpitaux de Paris, « dont la mort a ému récemment ses collègues et ses maîtres ; il doit être cité comme un bel exemple de dévouement médical » ; 3.000 fr. à Mlle Félicie-Marie-Angèle Dauch, sous-directrice de l'hôpital-école de Secours aux blessés militaires, Paris, qui « malgré tant de misères pathologiques, a toujours continué son service à l'hôpital-école avec un dévouement exceptionnel » ; 2.000 fr. à M. le Dr Jacques-Joseph-Gabriel Blanc, qui, « ayant contracté le typhus, succombe à l'hôpital militaire de Mascara après une carrière militaire bien remplie ; il nous paraît mériter d'être cité comme un exemple de dévouement médical. »

Prix Léon Labbé (3.000 fr.). — L'Académie partage le prix, en accordant : 1.500 fr. à M. le Dr Pierre Wertheimer (de Lyon) ; 1.500 fr. à M. le Dr René Simon (de Strasbourg).

Prix Laborie (6.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Mauclaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix du baron Larrey (500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante, en accordant : 300 fr. à M. le médecin principal Coullaud, chirurgien à l'hôpital militaire Villemin, à Paris ; 200 fr. à M. le Dr Ledé (de Paris).

Fondation Laval (1.200 fr.). — L'Académie décerne, à titre d'encouragement, la somme de 1.200 fr. à M. André-Jean-Georges Bocquentin, étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Henri Lorquet (300 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr R. Beron (de Paris). Des mentions très honorables sont accordées à : 1° M. le Dr René Targowla (de Paris) ; 2° MM. les Drs E. Régis, professeur de clinique psychiatrique, et A. Hesnard, professeur à l'Ecole de médecine navale, assistant de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr van Duyse (de Gand, Belgique). Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs J. Mawas et A. Darier (de Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1.500 fr.). — L'Académie divise le prix de la façon suivante, en accordant : 750 fr. à M. le Dr H. Renaud, médecin-major de 1re classe, à Rabat (Maroc); 750 fr. à M. le Dr J.-N. Roy, professeur agrégé à l'Université de Montréal (Canada).

Prix Oulmont (1.400 fr.). — Le prix est décerné à M. Alajouanine, interne à l'hôpital de la Charité, Paris.

Prix Pannetier (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr C. Levaditi, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris. Des mentions très honorables sont accordées à : 1° MM. les Drs Georges Mouriquand, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, et Paul Michel, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon ; 2° M. le Dr Louis Berger, préparateur à l'Institut d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Prix Hélène Porgès (5.000 fr.). — L'Académie décerne

le prix à MM. les Drs E. Juster et Robert Lehmann (de Paris).

PRIX POURAT (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Mestrezat (de Paris).

PRIX JEAN REYNAL (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. J. Rennes, directeur des services vétérinaires à Versailles.

PRIX PHILIPPE RICORD (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Lacapère (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le docteur Giscard (de Toulouse).

PRIX HENRI ROGER (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Eugène Terrien (de Paris).

PRIX ROUSSILHE (10.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement une somme de 2.000 francs à MM. les Drs Lévy-Franckel et E. Juster (de Paris).

PRIX MARC SÉE (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Fernand Villemin, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Reims.

PRIX TARNIER (4.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lacassagne (de Paris).

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante, en accordant : 400 fr. à M. le Dr Hébert (de Nantes); 200 fr. à M. le Dr René Ledent, professeur à l'Ecole d'anthropologie de Liége; 200 fr. à M. le Dr P.-L. Rehm (de Paris).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et, M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, des médailles d'honneur de l'hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or d'honneur : M. le Dr Bouloumié (de Vittel).

Rappel de médaille de vermeil : M. le Dr Pelon (de Luchon).

Médailles de vermeil : MM. les Drs Raymond Molinéry (de Barèges), Gardette, directeur de la *Presse thermale*; Roger Glénard (de Vichy) et Violle (de Vittel).

Médailles d'argent : MM. les Drs Jean Pouy (de Capvern) et Jean Dufrénoy, de l'Institut agronomique, à Barèges.

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1921 :

Médailles d'or d'honneur : MM. Louis Hudelo, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales; Raoul Strauss, directeur du cabinet et du personnel du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ; MM. Hudelo et Strauss ont très activement participé à la réorganisation du service départemental public des vaccinations et revaccinations obligatoires bouleversé par la guerre et ont contribué à l'amélioration du fonctionnement des centres vaccinogènes.

Rappels de médailles de vermeil : MM. les Drs Calmeau et Yvon (de Paris).

Médailles de vermeil : MM. les Drs G. Ferré (de Bordeaux), H. Gourichon (de Paris), P. Hornus (de Rabat), Henry Thierry (de Paris).

Rappels de médailles d'argent : MM. les Drs Hilaire (de Levallois-Perret), Lafage (de Neuilly).

Médailles d'argent : MM. les Drs Amat (de Tiflet, Maroc), Barrault, Burty et Gommès (de Paris), Lalande (de Rabat, Maroc), Langle (de Vincennes), Le Hir (de Settat, Maroc), Mallet et Meurisse (de Paris), Olmer (de Marseille), Planès (de Paris), Roos (de Modane).

Médailles de bronze : MM. les Drs Arnoux (de Paris), Aubert (de Bry-sur-Marne), Bidel, Blondin, Bricet, Gillet, Hitier, Lavie, Mallet et Netter (de Paris), Perrin (de Saint-Denis), Picard (de Paris).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du

premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

Rappels de médailles d'or : MM. les Drs Camescasse (de Saint-Arnoult), Ledé (de Paris).

Médailles de vermeil : M. le Dr Dubief (de Paris).

Médailles de bronze : MM. les Drs Dabout (de Paris), Jan (de Nantes), Mingot (de Rouen), Poulien (d'Alençon), Vermorel (de Paris).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

LANEY. — 78. Les kystes hydatiques de la masse musculaire sacro-lombaire. Etude clinique.

LE QUER. — 14. Syphilis et grossesse.

LE ROY. — 33. Le traitement des pleurésies purulentes grippales à streptocoques.

LE SAINT. — 72. Contribution à l'étude de l'ostéogénèse imparfaite.

LESPINASSE. — 117. Considérations cliniques sur l'astigmatisme cornéen en médecine.

LHOSTE. — 119. Les résultats éloignés de la néphrectomie pour cancer.

LIPRANDI. — 3. Contribution à l'étude du sarcome de l'utérus.

MALVY. — 74. Contribution à l'étude des fractures du scaphoïde du tarse.

MARCHAT. — 69. Etudes radiologiques de l'estomac normal chez l'enfant et chez le nourrisson en position verticale.

MARONNEAUD (Emmanuel-Jean). — 17. Les ruptures de vessie par altération tissulaire de leur musculature. Leur pathogénie, leur classification.

MARONNEAUD (Pierre-Louis). — 150. Contributioa à l'étude des abcès de la base et de la racine de la langue.

DE MARQUEISSAC. — 71. Neurome des centres nerveux et neurofibromatose périphérique. (A propos d'un cas de neuromatose du cervelet, du neurofibrome du nerf cubital et de neurofibromatose généralisée.)

MARTIAL. — 63. Correction plastique des nez difformes, nez bossus et nez en selle.

MAUBOURGUET. — 21. L'eau de boisson et la prophylaxie des maladies hydriques à bord.

MAZÈRES. — 92. Valeur de la réactivation biologique de la réaction de Bordet-Wassermann.

MICHELET. — 114. Sur quelques cas de tuberculose péritonéale à masque appendiculaire.

MICHELIN. — 144. La lutte contre le cancer et son organisation régionale.

MONOD. — 147. Considérations sur les luxations traumatiques du cristallin en arrière.

MORISSET. — 104. Contribution à l'étude du rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme.

MOULIS. — 86. De la dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ostéomyélite chronique.

NAUDON. — 45. Traitement de quelques infections chirurgicales par le stock-vaccin du professeur Delbet.

NOIRIT. — 39. Contribution à l'étude de la scoliose congénitale. (Travail exécuté dans le service et sous la direction de M. le professeur agrégé H.-L. Rocher.)

PAILLOUX. — 4. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fractures du col du fémur (opération de Santy).

PAPONNET. — 43. Du pityriasis rosé de Gibert et de sa cause parasitaire vraisemblable.

PAULY. — 75. Du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iode colloïdal électro-chimique.

PENNOBER. — 32. De l'exclusion du pylore par la méthode de Parlavecchio.

PÉRICAUD. — 73. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'anus vulvaire.

PEYOU. — 98. Du réflexe abdomino-cardiaque dans les ptoses.

PILLET. — 130. Contribution à l'étude de la résection pour tumeur blanche du genou chez l'adulte.

PIONNEAU. — 80. De l'arthrotomie du coude par section temporaire de l'olécrâne.

PLANDÉ-LARROUDÉ. — 1. Contribution à l'étude de la thyrotomie chez l'adulte (laryngo-fissure).

PORCHERON. — 96. Les braconniers de la médecine au pays de Poitou.

QUERRIOUX. — 16. Gestation et néphrectomie pour bacillose.

RABA. — 94. Erythèmes fessiers des nourrissons et épidermo-dermites microbiennes.

RAGIOT. — 56. De l'autohémothérapie dans la furonculose. (Etude critique sur les traitements de la furonculose.)

RAGOT. — 49. Recherches sur la transfusion du sang de l'animal à l'homme et la pathogénie de ses réactions (étude du choc). Travail du laboratoire de pathologie et de thérapeutique générales.

RAMARONY. — 139. Résultats éloignés de la néphrectomie pour tuberculose rénale.

RAMOND. — 66. Action de la bile sur quelques bactéries.

RANGIER. — 95. Sur la forme d'élimination de l'acide urique. Application et dosage dans les urines à sable urique.

RAYNAL. — 20. Contribution à l'hygiène maritime. L'égout nautique : sa constitution, ses dangers, son hygiène.

RENAUD. — 6. Contribution à l'étude de la torsion aiguë du cæcum.

RIVOALEN. — 36. Contribution à l'étude de la syphilis primaire et secondaire du col utérin.

ROCHE. — 53. La néphrolithotomie et la pyélotomie dans la lithiase rénale.

ROLLAND. — 41. Le traitement de la lèpre par l'huile de chaulmoogra et ses dérivés.

ROSSI. — 11. La paralysie agitante (maladie de Parkinson) chez les enfants et les jeunes gens.

ROUX. — 103. Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses de la région sous-péritonéale antérieure.

SAGE. — 108. De l'albuminurie grave et de l'éclampsie puerpérales dans leurs rapports avec l'allaitement.

SARRAN. — 67. Le syndrome parkinsonnien postencéphalitique chez l'enfant.

SAUVAITRE. — 110. Valeur comparée des greffes osseuses segmentaires dans la cure des pseudarthroses diaphysaires.

SERVANTIE. — 128. Glycorachie et rapport hémo-méningé.

SICARD. — 51. Les méthodes thérapeutiques modernes de l'hypertension cranienne et leurs indications.

SUERTEGARAY. — 135. Contribution à l'étude des streptococcies péritonéales primaires.

SUIGNARD. — 5. Le syndrome psychopolynévritique de Korsakoff.

TAPIE. — 99. De la valeur diagnostique de l'écoulement de sang par le mamelon.

TINGAUD. — 105. Contribution à l'étude des grandes cavernes tuberculeuses de la prostate.

TOUBOL. — 19. Valeur et indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

TRAISSAC. — 85. Contribution à l'étude des phlébites au cours de la grossesse (phlébites variqueuses exceptées).

TRÉZEGUET. — 37. L'inspection médicale départementale des aliénés de la Gironde.

TRIFARD. — 90. De la conduite à tenir dans le placenta prœvia central.

URVOIS. — 35. A propos d'un cas de septicémie péritonéale chez le nouveau-né.

VAUCEL. — 44. Contribution à l'étude du traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule.

VIGNAL. — 93. La voie sous-cutanée dans l'administration des arsenobenzènes.

VIGNAU. — 107. Contribution à l'étude de l'ascite chyliforme au cours du cancer du pancréas.

VILLENEUVE. — 127. Recherche de quelques réactions des albumines du liquide céphalo-rachidien pathologique.

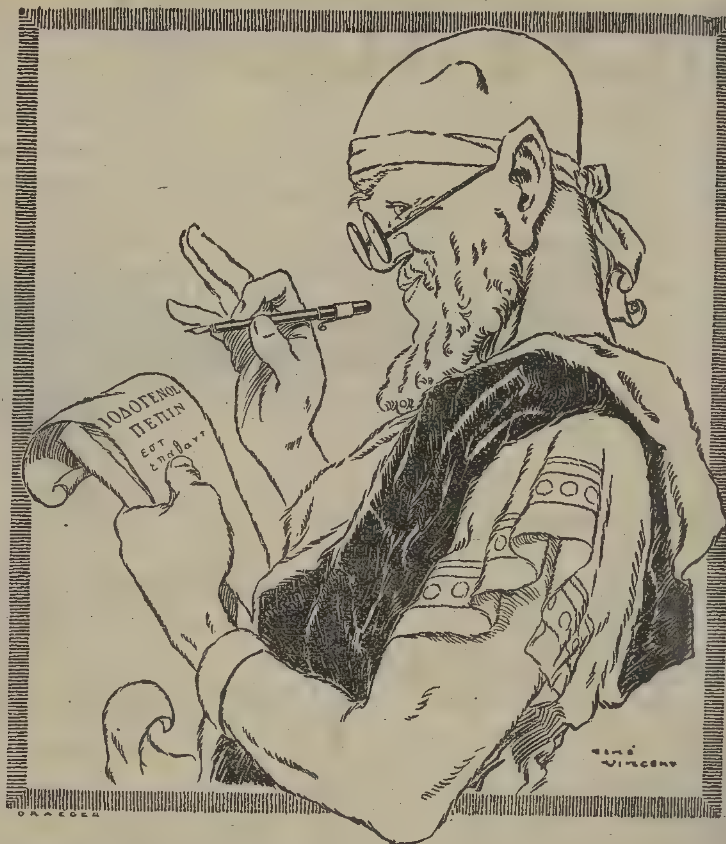
VINZENT. — 48. Le « signe du sou » de Pitres. (Recherches expérimentales chez l'adulte.)

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 97, p. 1566.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 13 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic des paralysies diphtériques. — Symptômes, évolution et diagnostic de l'étranglement herniaire. »

MM. Morlaas, 29; Pannier, 27; Lallemant, 31; Stieffel, 32; Theillier, 30; Magdelaine, 27; Lévy (Gabriel), 14; Digonnet, 31; Béclère, 28; Mlle Rappoport, 27.

Séance du 14 décembre. — Questions données : « Diagnostic des angines ulcéro-membraneuses. — Tuberculose des gaines synoviales de la face palmaire de la main. »

MM. Merklen, 28; Berson (Jean), 10; Fredet, 30; Cournant, 26; Marie (Julien), 28; Sauvage, 29; Vincent, 18; Haye, 30; Lecœur (Pierre), 21.

— Concours du prix Fillioux. — *Épreuve clinique.* — Séanée du 13 décembre. — MM. Mounier et Soulas, 19.

LE XXVe ANNIVERSAIRE DE LA DÉCOUVERTE DU RADIUM. — La fondation Curie, qui a été créée sous le patronage de l'Université de Paris dans le but de favoriser et de développer les recherches scientifiques ou d'applications médicales à l'Institut du radium, a pris l'heureuse initiative de célébrer le XXVe anniversaire de la découverte du radium par Pierre Curie et Mme Curie, découverte présentée à l'Académie des sciences de Paris le 26 décembre 1898.

Une séance solennelle, sous la présidence de M. le Président de la République, aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne le 26 décembre 1923, à 16 heures.

Ce n'est pas à des médecins qu'il est nécessaire de rappeler tout ce que les sciences médicales doivent aux travaux de Pierre Curie et de Mme Curie. Nombreux seront ceux qui viendront assister à cet hommage rendu à deux des plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR SICARD

Samedi dernier, à six heures, grande « première » à la Faculté! Devant un amphithéâtre comble, M. J.-A. Sicard faisait son premier cours de *Pathologie interne.*

Nul n'ignore le nom ni les travaux du nouveau professeur. Originaire de cette vieille cité Phocéenne, porte et flambeau de l'Orient, il était venu à Paris, tout jeune étudiant, pensant y finir rapidement ses études et repartir aussitôt pour ce Midi auquel il doit l'éclat et la couleur. Il avait compté sans son mérite. Ses rapides et brillants succès attiraient sur lui l'attention de maîtres qui savent juger. Ils se l'attachaient. Ils aplanissaient pour lui la voie raboteuse des concours. Ils lui faisaient connaître les joies de la découverte. M. Sicard mettait à profit leurs conseils. Il n'avait pas cessé d'être leur élève que, déjà, il était devenu un maître. Esprit bouillonnant d'idées, cerveau toujours en fermentation, il s'intéresse d'abord, avec le professeur Widal, au séro-diagnostic. Il étudie ensuite espaces sous-arachnoïdiens, algies, neuro-syphilis, pathologie du trou de conjugaison, injections intra-rachidiennes de lipiodol. Tout l'intéresse. Tout l'attire. Il comprend tout. Que de fois ses amis ne lui ont-ils pas appliqué ces phrases d'un grand écrivain à un grand journaliste : « Ceux qui vous connaissent intimement assurent qu'il y a en vous du rêveur. Ils ne se trompent pas. Seulement, vous rêvez très vite. En toutes choses, vous possédez au plus haut degré le génie de la promptitude. La facilité avec laquelle vous pensez est prodigieuse! » Que de fois, s'étaient-ils dit qu'il ferait un parfait professeur! Leur désir a été entendu. Par un vote unanime de ses pairs, il a été désigné, récemment, pour succéder au regretté professeur Renon.

Sa leçon commence par les remerciements d'usage au Doyen, dont la bienveillance lui fut si précieuse, et surtout, à celui qui a su allumer dans son âme la flamme sans laquelle, peut-être, la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, au professeur Widal, qu'il a connu alors qu'ils étaient, l'un, jeune médecin du Bureau Central, l'autre jeune interne, et qui, d'emblée, l'a associé à ses travaux, cette intelligence qui excelle à former des intelligences, Widal, dont les éclairs de génie ont, si souvent, illuminé l'horizon scientifique, Widal, ce prodigieux artiste à la doctrine inspirée, Widal, qui, avec

de l'hypothèse, sait faire de la vie, Widal dont les découvertes n'ont pas peu contribué à faire sortir la médecine de l'ornière où elle se traînait depuis tant de siècles!

Après les remerciements au maître de prédilection, l'émouvante évocation de ceux qui ne sont plus : Danlos, dermatologiste expérimenté autant que modeste; le professeur Fournier, qni, heurtant de front les idées traditionnelles, a osé affirmer la contagiosité de la plaque muqueuse et qui, malgré vents et marées, a, le premier, proclamé l'origine spécifique du tabes et de la paralysie générale; le professeur Raymond, auquel, après des débuts difficiles, tout avait souri, esprit peu combatif, caractère aimable, conciliant tout, personnes et théories, et qui avait su comprendre qu'il n'est point de bonne neurologie sans laboratoire; Troisier, clinicien de race, homme de devoir et de tradition, peu partisan, par principe, de la nouveauté, et auquel, plus d'une fois, les initiatives de son interne ont, sans doute, fait froncer ses épais sourcils; le professeur Brissaud, enfin, pensée qui vous parle en se parlant, Brissaud, grand peintre d'états pathologiques, qu'il décrivait avec un incroyable bonheur d'expressions, sachant trouver le trait qui marque, le mot qui fait image. Qui ne se rappelle sa leçon sur la *Maladie de Parkinson*, où il campe devant nous ce malheureux avançant à petits pas, comme avare de ses mouvements, et cette autre sur la *Maladie de Little*, où le patient, du fait qu'il est né avant terme, perd, du coup, tous les privilèges du fœtus! Brissaud, que l'on a parfois accusé de chevaucher la chimère, alors qu'il n'a même pas manqué à ce grand esprit la faculté de divination! N'a-t-il pas, le premier, entrevu le rôle que jouent les corps striés dans la production des mouvements automatiques, et montré que, par cette région, passent les ficelles invisibles qui agitent le pantin humain? Brissaud, intelligence largement ouverte sur l'infini, cœur délicat et tendre, tout charme et tout enchantement!

Non moins touchant, l'éloge du professeur Renon, à la légendaire cordialité! La cruelle destinée ne lui a pas permis de donner sa mesure. Il avait à peine pris possession de sa chaire qu'il s'est soudainement senti frappé, au cours d'une visite hospitalière, au milieu des pauvres gens dont il était la Providence! Loin de Paris, loin de ses élèves, loin de ses malades qu'il aimait à proportion des services qu'il leur avait rendus, il a agonisé de longs mois. Il a vu venir la mort de loin. Il l'a regardée bien en face. Tous ceux qui l'ont connu conserveront pieusement sa mémoire. Pour lui, la thérapeutique ne doit-elle pas, non seulement utiliser les ressources de la pharmacopée, mais encore, et toujours, mettre en œuvre les forces spirituelles et morales?

Abordant ensuite le sujet même de sa première leçon, M. Sicard nous montre les immenses progrès accomplis par la médecine dans le cours de ces dernières années. Ces progrès, elle les doit à l'orientation nouvelle des idées, au perfectionnement du diagnostic, à l'abondance et à la puissance des moyens curatifs dont elle dispose.

Jadis, en présence d'un cas donné, on se livrait à un examen d'autant plus minutieux du malade que l'on devait demander à la clinique, et à elle seule, la solution de tous les problèmes. Clinique, le diagnostic! Clinique, le pronostic! Et clinique, aussi, la thérapeutique! Temps héroïques où, pendant une matinée entière, on discutait d'infimes questions d'auscultation ou de percussion; ce bruit adventice est-il un craquement, un frottement, une crépitation ou un râle? La matité cardiaque passe-t-elle bien par ce point, et non à quelques millimètres de lui? Epoque de légende où les Ecoles se passionnaient pour quelque broutille histologique! Dans la néphrite, les lésions sont-elles glomérulaires ou tubulaires? Telle lésion est-elle inflammatoire ou dégénérative?

Foin de ces pauvres querelles, de ces discussions sans portée! Le nouveau professeur n'est pas tendre pour l'anatomie pathologique, cette science morte qui prétend expliquer la vie. Il ne laisse pas ignorer que, s'il ne dépendait que de lui, il la reléguerait au magasin des accessoires! Paradoxe qui, comme toujours, contient une grande part de vérité! C'est qu'aujourd'hui on procède tout autrement qu'il y a cinquante ans. Oh, sans doute, l'examen clinique garde toujours toute son importance. Il est toujours considéré comme nécessaire. Mais il n'est plus suffisant. Force est de le compléter, grâce à un judicieux emploi des méthodes nouvelles. Méthodes biologiques : elles étudient les propriétés des humeurs, y recherchant précipitines, lysines, agglutinines, coagulines, sensibilisatrices. Méthodes chimiques : dosage des albumines du liquide céphalo-rachidien, de l'urée du sang. Méthodes cytologiques, interrogeant, *in situ*, au moyen de la ponction lombaire, par exemple, les réactions cellulaires des espaces sous-arachnoïdiens. Méthodes physiques : application des rayons X au diagnostic de la tuberculose pulmonaire, d'une lésion gastrique. Que de renseignements ainsi obtenus, et combien décisifs ! N'est-il point passionnant de savoir que tel malade a 4 grammes d'urée dans le sang, que, chez tel autre, la réaction de Wassermann est positive pour le sérum sanguin, que, chez cet autre, enfin, le lipiodol, injecté dans la partie supérieure du sac arachnoïdien, cesse bientôt de descendre, arrêté net par quelque tumeur rachidienne?

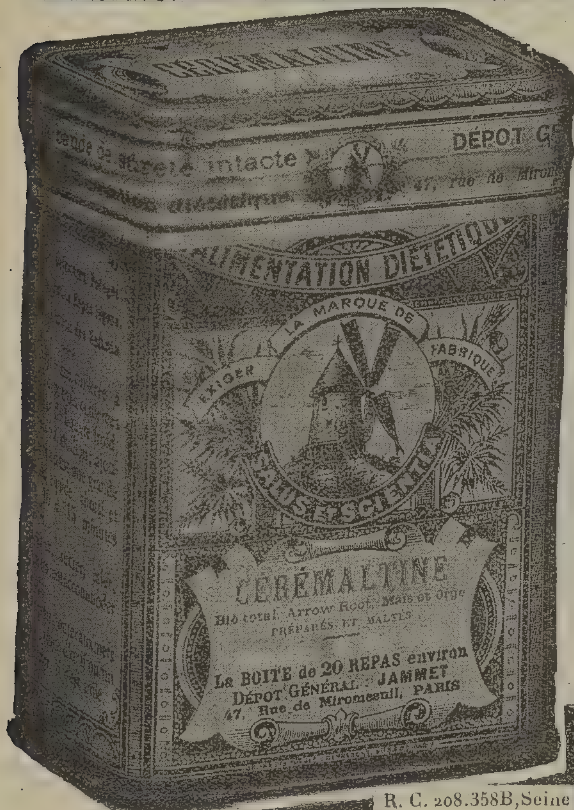
Nous voilà dorénavant armés pour agir! Assurément, la tâche est délicate. Si complexes sont les réactions individuelles, les unes acquises, les autres en rapport avec l'hérédité, et constituant, selon la belle expression de Ch. Richet, autant de souvenirs humoraux ! Si neuve et si incertaine est encore la science de l'endocrinologie ! Si multiples sont les fonctions du grand sympathique, ce nerf aux innombrables rameaux qui intervient dans la plupart des actes organiques, qui joue, en physiologie, un si grand rôle puisque, partout, il a droit de regard ! Si délicates sont les méthodes qui nous permettent de le questionner !

Non qu'elle soit au-dessus de nos moyens. Grâce aux découvertes de Pasteur, n'avons-nous pas à notre disposition vaccins et sérums? Ne connaissons-nous pas la chirurgie aseptique, cette pierre philosophale sur la recherche de laquelle ont pâli les siècles précédents ? Grâce aux notions actuelles sur la constitution de la matière, ne sommes-nous point parvenus à domestiquer radium et rayons X, à asservir lss atomes, à jongler avec les électrons ? Les travaux des physiologistes ne nous ont-ils pas enseigné les vertus thérapeutiques des injections intraveineuses de peptone ? La théorie de la colloïdoclasie ne nous conduit-elle pas à la pratique des chocs thérapeutiques? La ponction lombaire ne nous permet-elle pas d'introduire des médicaments actifs dans les espaces sous-arachnoïdiens, d'accéder à l'inaccessible? La chirurgie ne s'attaque-t-elle pas aujourd'hui à des affections jusqu'alors considérées comme purement médicales ? Il n'y a plus seulement une médecine *médicale* : il est aussi une médecine *chirurgicale*, dont les bienfaits sont déjà légion, et qui n'a pas encore dit son dernier mot.

Il y a loin, on le voit, de cette manière de comprendre la pathologie aux théories vieillottes et solennelles qui, jadis, avaient force de loi ! Mais encore faut-il, pour que le professeur puisse faire œuvre utile, qu'il s'établisse une collaboration entre ses élèves et lui. C'est cette collaboration que, modestement, il leur demande en finissant. N'est-il pas arrivé à cet âge incertain où l'on n'a plus, déjà, l'enthousiasme de l'adolescence? Aux jeunes de réchauffer en lui la flamme sacrée, de ne pas oublier, comme l'a dit un grand universitaire, qu'ils sont, comme lui, au service de la science, qu'ils n'ont tous qu'une seule et même patrie !

De longs applaudissements saluent cette péroraison. Comment le public n'eût-il pas apprécié cette magnifique leçon, où M. J.-A. Sicard a mis toute son intelligence, et beaucoup de son cœur? Comment n'en eût-il pas admiré la forme élégante? Comment, devant un tel jaillissement d'idées, devant une semblable radioactivité intellectuelle, ne lui eût-il reconnu les qualités qui font les chefs et les animateurs?

L. BABONNEIX.


CÉRÉMALTINE
DÉPOT G
intacte
ALIMENTATION DIÉTÉTIQUE
LA MARQUE DE FABRIQUE
EXIGER
CÉRÉMALTINE
Blé total, Arrow Root, Maïs et Orge
PRÉPARÉS ET MALTÉS
La BOITE de 20 REPAS environ
DÉPOT GÉNÉRAL : JAMMET
47, Rue de Miromesnil, PARIS

ENDOCARDITE SUBAIGUE VÉGÉTANTE AU COURS D'UNE MALADIE DE HOGDSON

Par Pierre PRUVOST et P. OURY.

(*Travail de la Clinique de M. le professeur* Emile Sergent.)

Dans ces dernières années, nombre de communications ont été faites à la Société médicale sur les endocardites à forme prolongée et sur les faits assez différents d'endocardite subaiguë des cardiaques.

Tandis que la maladie d'Osler comporte une histoire clinique et bactériologique qui a été soigneusement précisée, l'endocardite subaiguë des cardiaques plus insidieuse en son évolution, plus difficile dans son interprétation mérite encore des recherches attentives.

C'est ainsi que nous avons cru intéressant de rapporter l'observation d'un malade qui, *pendant plusieurs mois se présenta sous le masque d'un aortique atteint de maladie de Hodgson* assez banale, tandis que la *pièce anatomique affirma en outre l'existence d'un processus d'endocardite végétante.*

M. Antoine R..., salle Corvisart, lit 24. Agé de cinquante-trois ans.

Le 27 juillet 1922, M. R... entre dans le service du professeur Emile Sergent pour une affection aortique dès longtemps diagnostiquée.

Depuis trois mois déjà ce malade était soigné dans le service du docteur Legry : Le diagnostic était évident, nous nous trouvions en présence d'un adulte de cinquante ans porteur d'une maladie de Hodgson typique.

L'histoire pathologique de ce malade était des plus banales. Jusqu'en 1921, il avait conservé un excellent état de santé, l'interrogatoire le plus attentif ne permettait de trouver ni rhumatisme articulaire aigu, ni spécificité.

C'est au début de 1922, que les premiers symptômes morbides ont fait leur apparition : dyspnée d'effort, crise asthmatiforme, douleurs précordiales obligèrent cet homme à revenir, à interrompre ses occupations et enfin à entrer dans le service du docteur Legry.

Sous l'influence du repos, de saignées, du traitement par la digitaline et la théobromine, une amélioration assez notable se produit.

Cependant, en juillet 1922, le malade est envoyé dans le service du professeur Sergent.

A partir de ce moment, nous avons suivi l'évolution de l'affection, et nous avons pu tracer le bilan des lésions qu'il présenta.

Examen. — *Juillet 1922.* — Nous nous trouvons en présence d'un homme extrêmement pâle, au facies terreux, amaigri. D'emblée, on constate une dyspnée intense qui met en jeu l'action de tous les muscles inspirateurs accessoires. On constate encore un œdème léger des membres inférieurs.

L'examen systématique des différents appareils ne met en évidence que des symptômes banaux.

« Le cœur est accéléré à 85-90, avec un rythme de temps à autre entrecoupé de quelques extrasystoles. Un double souffle aortique est très net : le souffle systolique rude, râpeux, se propage vers la pointe et est encore nettement perçu en cette région; le souffle diastolique est plus doux et plus localisé. La tension artérielle est de 18/9 au Vaquez.

L'auscultation des poumons décèle des râles sous-crépitants aux deux bases, allant de pair avec une toux quinteuse pénible, ramenant une légère expectoration gommeuse.

Le fonctionnement rénal est assez notablement troublé.

La diurèse est encore satisfaisante : 1.500 à 2.000 centimètres cubes d'urines par vingt-quatre heures, mais on note de la pollakiurie nocturne, une albuminurie assez importante.

L'examen du système nerveux et de l'appareil digestif reste par contre complètement négatif.

Notons encore que l'examen du sang donnait un Wassermann négatif et une azotémie sanguine de 0g70. »

Cet examen permettait donc de conclure rapidement à une *insuffisance cardiaque*, associée à une insuffisance rénale plus légère chez un malade atteint de maladie de Hodgson.

C'était là une histoire tout à fait banale que vinrent émailler de temps à autre quelques accidents évolutifs.

Au milieu d'un état stationnaire que n'améliorèrent que fort peu digitaline et théobromine, le 11 septembre, le malade fait une crise paroxystique d'hypertension.

Le 11 septembre. — Le malade est en proie à une dyspnée très intense avec orthopnée et douleur de la région précordiale. A l'auscultation cardiaque on note une accélération et une arythmie plus marqué des bruits cardiaques; le double souffle est moins net.

Les deux poumons sont encombrés de râles sous-crépitants fins dénotant une poussée d'œdème subaigu. L'albuminurie est notable.

La tension artérielle est à 22,5/9 au Vaquez.

Sous l'influence d'une saignée, ces phénomènes s'amendent partiellement, la tension artérielle n'est plus, le lendemain, que de 17/9.

Cependant, en présence de l'arythmie qui est plus marquée qu'avant la crise, devant l'inefficacité antérieure de la digitaline, on institue une médication par l'ouabaïne prise par voie buccale (XL gouttes le premier jour, XXX gouttes le deuxième jour, puis XXV gouttes durant quatre jours).

L'ouabaïne n'apporte aucun changement, la dyspnée persiste, les œdèmes restent fixes aux membres inférieurs.

Le 15 septembre, insidieusement et sans aucun symptôme fonctionnel annonciateur, on constate une *hématurie rénale.*

Ce sont des urines assez abondantes, franchement sanglantes présentant une teinte rouge noirâtre. Aucun signe ne permet d'en préciser la pathogénie.

L'absence de fièvre écarte l'éventualité d'une poussée de néphrite aiguë sur un rein scléreux, le caractère indolore de l'hématurie éloigne du diagnostic d'infarctus rénal. L'hypertension artérielle brusque est difficile à invoquer, aucun symptôme ne permettant de préciser une poussée hypertensive.

A partir de cette date, et malgré les différentes thérapeutiques mises en jeu, l'hématurie devait persister sans changement jusqu'à la mort. En même temps une aggravation notable se produisait dans l'état du malade.

Le 20 septembre. — Crise de dyspnée plus intense, avec chute de la tension artérielle (16,5/6) au Pachon.

A partir de ce moment deux phénomènes prirent une place prédominante dans le tableau clinique, aux côtés de l'hématurie et de la dyspnée, ce furent les *œdèmes et la chute de la diurèse.*

Progressivement, la diurèse fléchit aux environs, puis audessous de 1.000 centimètres cubes par vingt-quatre heures. En même temps, les œdèmes se font de plus en plus importants : œdème blanc, mou, infiltrant largement les membres inférieurs et les organes génitaux. Devant l'inefficacité du théobryl associé à la digitaline, au sérum glucosé, à la saignée, on institue un traitement purement symptomatique : de multiples mouchetures sur toute la hauteur des membres inférieurs.

Le 1er septembre, le malade, toujours très dyspnéique, est dans un état de somnolence marquée, le cœur reste irrégulier, la tension artérielle est à 16/7 au Pachon, les urines sont rares et sanglantes.

Le malade meurt le 3 septembre, brusquement par syncope, sans aucun phénomène asphyxique terminal. Insistons encore, en terminant, sur l'*évolution entièrement et constamment apyrétique* que présenta l'affection.

Durant la maladie, plusieurs examens de sang et d'urines furent pratiqués.

L'*azotémie sanguine*, plusieurs fois explorée, oscilla entre 0g70 en juillet et 0g88 à fin septembre. La constante d'Ambard à ce moment était de 0,12.

L'examen des chlorures urinaires décela, de façon constante, une *hypochlorurie* qui était, le 6 septembre, de 5g70 par vingt-quatre heures, le 22 septembre, de 2g76. Cette hypochlorurie révèle une grosse rétention saline, mais certes moindre en fait, étant donné le régime très peu chloruré auquel était soumis cet homme.

Examen nécropsique. — A une histoire clinique banale s'oppose, au contraire, un examen nécropsique qui fait le seul intérêt de cette observation.

Cœur. — Le péricarde est distendu par un épanchement de 250 centimètres cubes environ d'un liquide séreux et très légèrement rosé.

Le cœur est notablement augmenté de volume : 650 gr. et cette hypertrophie porte avec prédominance sur les parois du ventricule gauche.

A la coupe du cœur, on constate que le ventricule gauche est occupé par un très volumineux caillot. C'est un caillot facilement friable dans presque toute son étendue; ce n'est qu'au niveau des valvules aortiques qu'existe une adhérence assez intime entre caillot et valvules.

Sous un fin filet d'eau, on arrive à vaincre cette adhérence, on met ainsi en évidence une *lésion typique d'endocardite végétante.*

Les trois valvules aortiques présentent des lésions analogues. Leur face ventriculaire et leur bord libre ont une coloration rouge, congestive, contrastant avec la pâleur habituelle de l'appareil valvulaire. Plus encore, en ces mêmes points, bord libre et face ventriculaire, existent des végétations menues, en crêtes de coq, donnant à la valvule un aspect polypeux irrégulier; tout au contraire, la base d'implantation et la face aortique de la valvule restent entièrement libres. Les végétations sont évidentes; mais elles ne présentent nullement le caractère mutilant des végétations ulcéro-végétantes des endocardites malignes aiguës.

Au toucher, ces valvules sont un peu dures, scléreuses, mais nullement calcifiées, aucune confusion n'est possible avec les ulcérations scléreuses et calcifiées de l'athérome valvulaire.

La valvule mitrale semble normale, on constate uniquement une légère sclérose de la grande valve.

Le cœur droit est dilaté, rempli de caillots, mais apparemment intact.

Aorte. — La région sus-sigmoïdienne, mais surtout la portion horizontale de la crosse est parsemée de *placards blanchâtres athéromateux, calcifiés*, mais dont aucun ne présente encore d'ulcération.

Foie. — Augmenté de volume, d'aspect muscade, sans aucun infarctus.

Rate. — Augmentée de volume, pèse 360 grammes. On n'y trouve aucun infarctus.

Reins. — Les deux reins sont plus petits que normalement. Durs à la coupe, on note une corticale anémiée, scléreuse et atrophiée. Les pyramides au contraire se détachent nettement par leur teinte lie-de-vin congestive.

La capsule se laisse difficilement décortiquer. Des coupes multiples n'ont permis de déceler l'existence d'aucun infarctus.

Histologie. — Sur les coupes, on constate des lésions anatomiques correspondant au double stade évolutif de l'affection :

1° Le squelette fibreux de la valvule est constitué par un tissu de sclérose adulte, notablement épaissi et qui correspond au processus primitif de la maladie de Hodgson.

2° Par contre les couches endothéliale et sous-endothéliale ont été en grande partie remaniées par l'évolution récente de l'endocardite subaiguë végétante. Les tuniques ont perdu leur structure normale et sont remplacées par une couche de tissu fibroblastique jeune.

Au plus fort grossissement, on peut constater que l'axe fibreux de la valvule est considérablement épaissi et formé de fibres conjonctives adultes, disposées en bandes longitudinales régulières. Ces fibres conjonctives sont facilement colorables et de place en place on distingue leur noyau allongé, et basophile.

Sur les deux faces ventriculaire et aortique de cet axe fibreux on constate la présence d'une zone fibroblastique en état de réaction inflammatoire, et qui d'ailleurs se continue de façon insensible avec le tissu conjonctif adulte.

L'endothélium valvulaire a presque totalement disparu, de place en place, on ne trouve que quelques débris formés de cellules endothéliales desquamées.

La couche sous-endothéliale est entièrement remaniée, on y note une réaction fibroblastique à différents stades d'une évolution.

Disséminés de place en place et relativement assez peu nombreux, on constate l'existence d'amas restreints de cellules embryonnaires, lympho-conjonctives (petites cellules rondes à type de lymphocytes et de moyens mononucléaires.)

Par contre sur presque toute l'étendue de la valvule, on voit des fibroblastes à stade plus avancé de leur évolution. Ce sont des fibroblastes à noyau allongé, entourés d'une très mince couche protoplasmique, tassés les uns contre les autres en plusieurs rangées superposées.

Enfin toute cette zone est beaucoup plus largement constituée par des fibroblastes adultes, à protoplasma riche en voie de différenciation. Ces cellules irrégulièrement étoilées délimitent entre elles un tissu réticulé, dans les mailles duquel on trouve justement cellules lymphoconjonctives et fibroblastes jeunes.

Dans ce tissu, en état de réaction inflammatoire, quelques très rares vaisseaux, à parois desquamées.

Enfin à la périphérie de la valvule, on trouve des amas de fibrine, d'aspect granuleux, intimement coloriés par l'éosine et par place infiltrés de fibroblastes.

L'interprétation anatomo-clinique de cette observation nous paraît assez facile à donner. Pendant une longue période de sa maladie, notre malade s'est présenté comme un aortico-rénal banal atteint de maladie de Hodgson vraisemblablement d'origine athéromateuse. Rien dans le passé ne nous permet de suspecter le rôle déterminant de la syphilis, aucun épisode même très lointain ne permet de conclure à une maladie aortique par endocardite rhumatismale.

Puis plus tardivement, sur ce fond de maladie de Hodgson, est venu se greffer une endocardite subaiguë végétante, ainsi que Vaquez et Lutembacher l'ont décrit chez les cardiaques.

C'est la latence presque absolue de cette endocardite qui mérite de retenir l'attention. Cliniquement rien ne permettait de la soupçonner. Toute l'évolution jusqu'à la mort a été complètement apyrétique. Aucune embolie n'a fait son apparition. Tout au plus pourrait-on invoquer une embolie microscopique pour expliquer l'hématurie, mais l'examen nécropsique n'en fournit nullement la preuve.

Rétrospectivement un seul élément, d'ordre thérapeutique, aurait pu faire discuter l'endocardite. Ce fut l'*inefficacité totale, absolue, constante de tous les toni-cardiaques et diurétiques employés.*

A l'avenir un tel argument fixera davantage notre attention et peut-être, par des hémocultures maintes fois répétées pourrons-nous mettre en évidence un germe pathogène. Mais même en dehors de tout résultat positif de l'hémoculture, ce qui d'après tous les auteurs, est la règle habituelle, la nature infectieuse de cet accident ne nous semble nullement douteuse.

Question plus délicate encore, celle de rechercher l'origine de cette infection lente, chronique, atténuée. *Aucune porte d'entrée évidente n'a pu être constatée* chez notre malade. Cependant deux hypothèses peuvent être émises.

Peut-être s'agit-il d'une infection à point de départ pulmonaire. Pendant toute l'évolution de son affection, il a présenté une importante congestion hypostatique, sur laquelle se sont greffés des accidents paroxystique d'œdème subaigu, lié à l'insuffisance cardiaque. Les modifications de la circulation pulmonaire ont été constantes et importantes.

De ce fait le parenchyme pulmonaire représente un terrain facilement vulnérable aux infections exogènes et l'on peut admettre que des microbes à virulence atténuée, du fait du ralentissement de la circulation, sont aisément passés du parenchyme

dans les veines pulmonaires et de là ont pu ensemencer le cœur gauche.

Tout différemment pourrait-on invoquer une infection qui aurait son point de départ au niveau des téguments des membres inférieurs, membres œdématiés, mal vascularisés et par suite plus facilement envahis par des germes exogènes banaux.

Notre malade a donc représenté une forme latente et apyrétique d'endocardite subaiguë au cours de l'évolution d'une maladie de Hodgson.

Un tel fait nous a paru intéressant, et nous avons ainsi recherché si des faits d'endocardite au cours de maladie de Hodgson, chez un hypertendu avaient été fréquemment relevés dans la littérature médicale.

Peu d'observations semblables à la nôtre semblent exister dans la littérature médicale.

Certes dans son mémoire original, Lutembacher rapporte des faits d'endocardite subaiguë au cours de lésions aortiques. Ce sont les observations IV et VII, mais dans ces deux cas, le malade était un jeune sujet, le rhumatisme articulaire aigu existait dans son passé, un état fébrile accompagna l'évolution de l'endocardite. Ce sont là des caractères qui séparent très nettement ces observations et la nôtre.

Plus loin encore, nous trouvons signalés des faits peut-être très voisins de celui que nous présentons, de par l'étiologie, mais encore très distincts par leur expression clinique.

Lutembacher y note en effet l'existence d'endocardite subaiguë chez des aortiques, ou des cardio-rénaux, mais il s'agit d'endocardite pariétale du cœur droit venant brusquement modifier la symptomatologie de l'insuffisance ventriculaire gauche.

Nous n'avons relevé que deux faits se rapprochant davantage de notre observation.

C'est un malade de Fussier et Bricout qui était atteint d'insuffisance aortique d'origine traumatique. Mort en état d'asystolie aiguë, l'autopsie mit en évidence une endocardite végétante scléro-athéromateuse des valvules sigmoïdes, en même temps qu'une dilatation anavrysmale légère du début de la crosse aortique. Et cependant ce fait relaté dans le *Lyon médical* de 1919 est dominé par le facteur essentiel d'un trauma antérieur.

Plus intéressante semble être une observation déjà ancienne de But et Devic parue dans le *Lyon médical* en 1914. En de nombreux points ce fait se superpose à celui que nous relatons aujourd'hui. Il s'agissait d'un malade atteint d'hypertension permanente associée à une insuffisance aortique sans lésion rénale et chez qui l'autopsie mit en évidence une endocardite ulcéro-végétante.

Ainsi, avons-nous cru intéressant de rapporter l'observation de ce malade atteint d'une maladie de Hodgson avec hypertension manifeste et chez qui la mort fut certainement accélérée par cette endocardite subaiguë associée à l'aortite athéromateuse antérieure.

La chronaxie chez l'homme. Etude de physiologie générale des systèmes neuro-musculaires et sensitifs, par le docteur Geosges Bourguignon, docteur ès sciences, chef du laboratoire d'électro-radiologie de la Salpêtrière. 1 vol. de 417 pages avec 50 figures et 192 tableaux. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'Education de la beauté du corps humain, par M. Masquillier. 1 vol. in-16 jésus, édition de luxe sur papier pur fil Francia. — Prix : 10 fr.; franco, 11 fr. — Paris, G. Doin.

ACTUALITÉS

SUR LES TROUBLES DE COMPRESSION NERVEUSE PAR HYPERTROPHIE DE L'APOPHYSE TRANSVERSE DE LA VIIe CERVICALE

« Chez l'homme, à un stade reculé de la vie fœtale, l'embryon possède 29 paires de côtes rudimentaires, bien entendu (au lieu de 12 de l'homme, et dont, par conséquent 17 doivent disparaître avant la naissance. Toutes les vertèbres sacrées sont munies d'une paire de côtes rudimentaires. Ce sont celles qui disparaissent les premières. Il existe aussi des côtes à la région cervicale de l'embryon. La côte adhérente à la VIIe vertèbre cervicale est celle qui disparaît la dernière durant la vie fœtale. » (Capitan. *Loc. cit.*). Mais ces ébauches costales ne disparaissent pas complètement. Il est classique de considérer les racines ventrales des apophyses transverses cervicales comme représentant chacune le rudiment, la tête et le col d'une côte.

Cette opinion ne s'appuie pas seulement sur une analogie de configuration et de situation, mais aussi sur le fait constaté par de nombreux anatomistes qu'il existe chez le fœtus humain un noyau osseux spécial, constant à la base de la partie antérieure de l'apophyse transverse de la VIIe vertèbre cervicale. Ce noyau constaté au cinquième ou sixième mois de la vie intra-utérine, selon la généralité des auteurs, se soude au reste de l'apophyse quatre ou six ans après la naissance. Un centre d'ossification analogue se rencontre de manière inconstante sur la VIe vertèbre cervicale et rarement sur la Ve et la IVe.

Cette théorie de l'assimilation de la racine ventrale de l'apophyse transverse des vertèbres du cou à un rudiment de côte a été très attaquée. On trouvera l'exposé de ces discussions dans le livre de Le Double (Loc. cit., p. 192 à 202). Elle semble maintenant généralement admise.

Chez certains sujets ce rudiment costal atteint des proportions anormales et reproduit en partie ou en totalité une *côte cervicale*.

Cette anomalie est extrêmement fréquente (1/100 d'après Fiche, de Prague). Dans beaucoup de cas (90 à 95 p. 100, d'après Borchardt), la côte cervicale ne donne lieu à aucune manifestation. Parfois, au contraire, elle révèle sa présence par des accidents de compression nerveuse variés, plus rarement par des troubles circulatoires; enfin, 15 p. 100 des cas non silencieux s'accompagnent de scoliose.

L'histoire des côtes cervicales est bien connue et a donné lieu à d'importants travaux. En France c'est surtout le professeur Pierre Marie et ses élèves qui ont attiré l'attention sur la fréquence de cette anomalie et en ont fixé la symptomatologie.

Les troubles nerveux et circulatoires causés par les côtes cervicales viennent d'être l'objet d'un rapport très complet par M. André Thomas (Congrès de Besançon). Mais depuis quelques années la question des côtes cervicales a évolué.

Dans un article paru en novembre 1920, J.-A. Honey a montré que à côté des côtes cervicales accompagnées de compressions nerveuses et circulatoires on trouve des cas dans lesquels des troubles identiques ne trouvent comme explication qu'une hypertrophie de l'apophyse transverse révélée par la radiographie. Neef la même année rapporte cinq observations de troubles nerveux par compression du plexus brachial par simple hypertrophie des apophyses transverses de la VIIe cervicale. Fouil-

lond-Buyat dans un article de la *Revue d'orthopédie*, de juillet 1922, après avoir cité ces auteurs décrit un cas analogue observé par son maître le professeur Nové-Josserand.

En 1923 les cas se sont multipliés : MM. Lenormand et Sénèque en rapportent à la Société de chirurgie des cas avec opération et à ce propos M. Robineau et M. Lapointe citent chacun un cas analogue; Sénèque dans le *Journal de chirurgie* d'août dernier, rapporte sept observations avec opérations, six des malades provenant du service de M. Pierre Marie, le dernier du service de M. Souques; à la séance de la Société de neurologie du 5 juillet. MM. Crouzon et Mathieu apportent un cas opéré; enfin au Congrès de Besançon, M. O. Crouzon, qui a pu étudier lui-même à la Salpêtrière depuis 1913, 70 malades présentant des troubles divers de compression du plexus brachial, a trouvé 14 fois des côtes cervicales vraies et 56 fois, c'est-à-dire 4 fois sur 5, non pas une côte supplémentaire, mais une apophyse transverse très augmentée de volume.

Nous avons eu l'occasion d'observer des malades présentant des troubles de compression radiculaire et chez lesquels la radiographie ne montrait qu'une hypertrophie des apophyses transverses. Voici leurs observations résumées.

Observation I (inédite). — Mlle de Bour..., quarante et un ans, début brusque en janvier 1921 de douleurs dans le côté gauche du cou, avec inclinaison de la tête à droite, le bras gauche est lourd et douloureux, au bout de trois semaines, les douleurs s'atténuent peu à peu, mais il persiste une douleur sourde qui s'exagère si la malade fait des efforts ou travaille longtemps. On voit la malade en mai 1921, et on constate à la base du cou à droite au niveau de la partie latérale de la VIIe cervicale, une masse osseuse profonde sur laquelle la pression est très douloureuse et réveille des douleurs dans tout le bras; l'élévation du bras est douloureuse; la sous-clavière ne paraît pas soulevée, pas de troubles de la sensibilité de la peau, pas d'atrophie musculaire.

La radiographie (fig. 1) montre une hypertrophie des deux apophyses transverses de la VIIe cervicale, hypertrophie plus marquée à droite, l'apophyse de ce côté est nettement descendante, affectant l'aspect d'une petite côte surnuméraire.

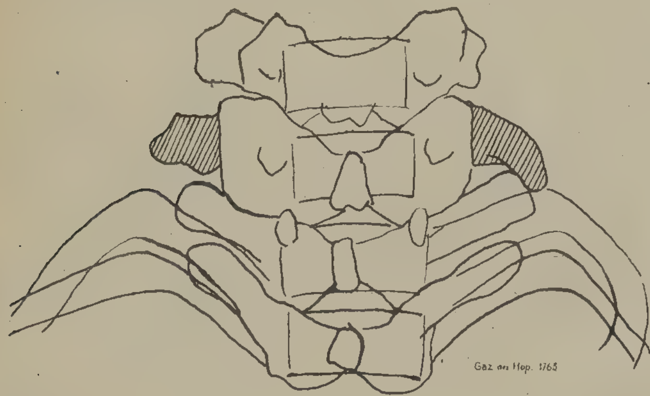


Fig. 1.

Le 28 novembre, nous voyons à nouveau la malade qui a fait sans succès huit séances de rayons X, du côté gauche. Elle souffre toujours à gauche et depuis peu de douleurs analogues sont apparues du côté droit.

L'offre d'une intervention est repoussée par la malade.

Obs. II (Résumée) in *extenso*, in *Bull et mém. de la Soc. de pédiatrie*, 16 janvier 1923, p. 13-14. — Paul L..., enfant de neuf ans, qui nous est présenté le 12 janvier parce que son bras maigrissait et qu'il souffrait de l'épaule.

Aucun antécédent. L'enfant ressent depuis quatre ou cinq semaines des élancements dans l'épaule et le tiers supérieur du bras droit.

On constate une atrophie portant : 1° sur le grand pectoral droit; 2° sur les muscles sus ou sous-épineux; 3° sur le biceps; 4° sur tout l'avant-bras mais principalement sur les muscles épitrochléens; 5° sur les intercostaux dorsaux.

Diminution manifeste de la force sans paralysie.

Réflexes normaux. Pas de troubles trophiques.

Sensibilité normale.

L'artère sous-clavière droite est soulevée et bat très superficiellement en dehors des scalènes.

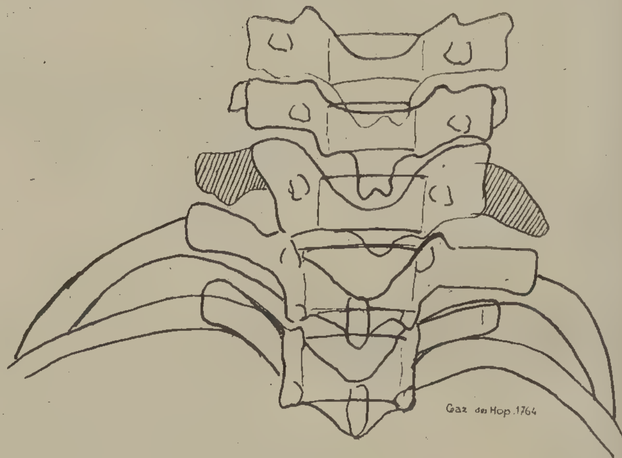


Fig. 2.

La radiographie (fig. 2), montre des deux côtés une costiforme de la VIIe cervicale.

L'enfant a fait huit séances de radiothéraphie.

Revu en juillet, ne souffre plus, l'atrophie a nettement diminué.

Les cas de compressions radiculaires par simple hypertrophie des apophyses transverses de la VIIe cervicale sont donc déjà nombreux. Les symptômes nerveux observés sont les mêmes que ceux causés par une côte cervicale, c'est-à-dire très variables. Le diagnostic ne peut donc être posé que par la radiographie.

Quels sont les caractères de cette hypertrophie sur la radiographie? Quand peut-on dire que l'apophyse transverse n'est plus normale? Ici commence la difficulté.

Sénèque nous dit : « Ayant examiné à l'Ecole pratique, la région cervicale d'un certain nombre de squelettes, ayant étudié les radiographies de la colonne cervicale chez des sujets indemnes de toute manifestation douloureuse, nous avons pu constater combien l'apophyse transverse de la VIIe cervicale était susceptible de présenter de modifications, d'où la difficulté de dégager un type vraiment normal et de conclure à l'existence de modifications pathologiques.

« Ce qui importe, à notre avis, ce ne sont pas tant les dimensions que la direction de cette apophyse, son incurvation inférieure et le contact qu'elle peut venir prendre avec l'apophyse transverse de la Ire dorsale au niveau de la tubérosité costale. Il doit normalement exister toujours un espace de quelques millimètres entre ces deux surfaces osseuses; que cet espace ait disparu, il y a en ce point un véritable coïncement dont la VIIIe racine cervicale fait les frais; que cette apophyse soit plus saillante en avant que normalement, et la VIIe racine cervicale vient se tendre sur elle comme nous avons pu le constater au cours d'interventions chirurgicales. »

De par la direction de leur apophyse, ces sujets sont prédisposés à des troubles de compression, la production de certains mouvements répétés amène une irritation de l'extrémité de l'apophyse trans-

verse, il y a prolifération périostique et production de tissu fibreux secondaire comprimant les nerfs ; les troubles éclatent.

D'après tous les auteurs, c'est cette obliquité en bas, la forme en bec, en croquet qui semble constituer la principale caractéristique de l'anomalie.

Mais ce n'est pas tout, Fouilloud-Buyat rapporte un cas dans lequel il existait en même temps qu'une double côte cervicale nette, une hypertrophie des deux apophyses transverses de la VIIe cervicale avec trajet descendant de celles-ci. Crouzon rapporte 5 cas de côte cervicale développée avec en même temps hypertrophie, et 8 cas d'apophyse hypertrophiée avec côte cervicale amorcée.

Ceci est important, car si, dans ces cas, les troubles de compression sont dus à l'apophyse transverse et non à la côte, l'ablation de celle-ci est insuffisante et ceci explique les échecs des opérations pour côtes cervicales, comme M. Robineau en rapportait récemment un cas à la Société de chirurgie, comme M. Charpentier en citait un au Congrès de Besançon, comme on en trouve deux dans la thèse de Sédillot (Paris, 1908, obs. de Gosset et obs. de de Martel).

La compression par les apophyses transverses donne aussi l'explication du fait paradoxal constaté depuis longtemps, que ce sont les côtes cervicales courtes qui donnent, le plus souvent, lieu à des troubles de compression nerveuse (Kurt Mendel. *Neurol. centralbl.*, mai 1913, Mouchet, Robineau) ; il s'agirait alors, sans doute, le plus souvent de compression par des apophyses hypertrophiées.

Il ne faut donc pas confondre ces apophyses hypertrophiées avec une côte cervicale peu développée.

Dans les classifications nombreuses des côtes cervicales de Luchka, Grüber, Riesmann, Della Vedova, Scalom, etc., on trouve un premier degré dans lequel la côte ne dépasse pas le niveau de l'apophyse transverse véritable. M. Pierre Marie a décrit avec soin ce premier degré et il distingue dans ces costiformes hypertrophiées plusieurs types : cunéiforme, unéiforme, horizontal droit, horizontal incurvé, enfin un type court.

Le diagnostic ne pourra être fait que par la radiographie. « C'est elle, dit Sénèque, qui nous permettra de savoir s'il s'agit d'une côte cervicale ou d'une simple malformation de l'apophyse transverse. En cas de côte cervicale (complète ou rudimentaire), c'est le tubercule antérieur de la VIIe cervicale qui s'est plus ou moins développé, et l'on aperçoit toujours, derrière la côte cervicale, l'apophyse transverse vraie. Dans le cas de malformation de l'apophyse transverse de la VIIe cervicale, il n'y a qu'une seule saillie, et, quelles que soient les dimensions de celles-ci, il ne pourra jamais s'agir de côte cervicale : une fois cette saillie réséquée, il n'y a plus rien derrière elle, tandis qu'après l'ablation d'une côte cervicale, il reste derrière la côte l'apophyse transverse. »

Fouilloud-Buyat s'élève aussi contre l'assimilation de l'hypertrophie de l'apophyse transverse hypertrophiée à une côte cervicale rudimentaire : « Ceci pourrait se soutenir si toujours malformation vertébrale et malformation costale existaient séparément mais dans notre premier cas, nous avons coexistence des deux phénomènes, l'un et l'autre très nets. Il nous paraît logique d'admettre que nous nous trouvons en présence de deux ordres de faits distincts, bien que relevant de la même cause : la dorsalisation de la VIIe cervicale. L'apophyse transverse tend à reproduire les caractères de celles des vertèbres dorsales et le point costal existant à la partie antérieure de sa base donne naissance à une côte surnuméraire. »

M. Crouzon adopte cette théorie de la « dorsalisation » de la VIIe cervicale, et Sénèque compare dorsalisation de la VIIe cervicale à la sacralisation de la Ve lombaire.

Cette manière de voir ne va pas sans soulever certaines objections.

Tout d'abord, il faut remarquer que la différenciation entre l'hypertrophie de l'apophyse transverse et une côte cervicale rudimentaire repose uniquement sur une interprétation radiographique.

Or, comme le dit fort justement M. André Thomas, il ne faudrait pas abuser de cette interprétation, sous prétexte que sur des épreuves radiographiques prises le malade couché, les rayons pénétrant sagittalement (les clichés de M. Crouzon sont pris de cette manière), il existe un semblant de juxtaposition ou de croisement entre l'apophyse transverse hypertrophiée et la Ire côte thoracique ; mais cela n'est pas une démonstration. Il serait intéressant de compléter l'examen radiographique par des épreuves prises en position oblique, sous divers angles. » Ceci est d'autant plus juste que, comme Galland l'a démontré dans sa thèse sur le diagnostic du mal de Pott dorsal supérieur si l'on radiographie la région cervico-dorsale de face, en centrant directement sur elle on obtient une image déformée, car la région est fortement convexe en arrière : la Ire et la IIe côte sont superposées, l'apophyse transverse de la VIIe cervicale paraît descendante et venir en contact avec la Ire côte et l'apophyse transverse de la Ire dorsale. C'est ce que nous montre la figure 3 (calque de la fig. 6 de la thèse de Galland). Pour obtenir une image exacte, sans déformation, de la région, il faut centrer plus bas, vers la IVe ou Ve dorsale : les côtes sont espacées, l'apophyse transverse de la VIIe cervicale est horizontale et largement séparée de celle de la Ire dorsale et de la Ire côte. C'est ce que montre la figure 4 (calque de la fig. 7 de la thèse de Galland).

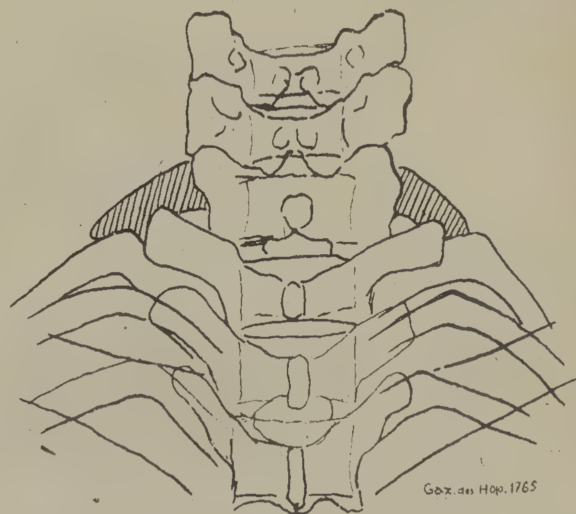


FIG. 3.

Avant de conclure à la compression possible de la VIIIe paire cervicale entre l'apophyse transverse de la VIIe cervicale et la Ire côte, il y a donc lieu de vérifier d'abord le point de centrage du cliché.

Supposons l'épreuve bien prise. Reste à l'inter-

préter. Où est la limite entre l'apophyse transverse hypertrophiée et une ébauche de côte cervicale ?

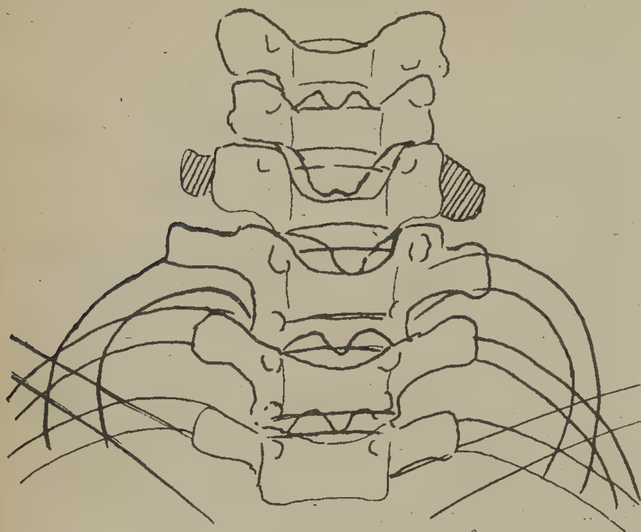


Fig. 4.

Prenez les figures du travail de Sénèque reproduisant des apophyses transverses hypertrophiées, et celles du travail de MM. Pierre Marie, Crouzon et Chate avec radiographies de côtes cervicales, cunéiformes, unéiformes, horizontales, courtes ou en équerre. Les images sont superposables, identiques. On ne peut trouver entre les deux aucune différence.

On peut, dans beaucoup de ces cas, invoquer deux arguments en faveur de la présence d'une côte cervicale rudimentaire. D'abord, comme M. Pierre Marie le remarque, souvent l'ombre de la base de l'apophyse transverse hypertrophiée déborde par le haut l'ombre des masses latérales de la vertèbre, l'apophyse empiète sur la hauteur du disque intervertébral supérieur. Or ceci, une apophyse transverse, insérée sur le pédicule ne peut le faire. La côte, elle, a son insertion à cheval sur le corps vertébral et le disque intervertébral sus-jacent. En second lieu, dans les observations de M. Pierre Marie, il y a parfois atrophie ou absence de la XIIe côte; il y a chez ces sujets porteurs d'une côte cervicale, compensation par absence d'une côte à l'autre extrémité de la région dorsale.

Remarquons, enfin, que si le terme de « dorsalisation » de la VIIe cervicale est justifié s'il s'agit d'une côte cervicale rudimentaire, il nous paraît inadmissible s'il s'agit d'une apophyse transverse hypertrophiée. En effet, que veut dire dorsalisation si ce n'est assimilation régionale, prise par la vertèbre cervicale des caractères de la vertèbre dorsale dans toutes ses parties. La VIIe cervicale possède normalement un point d'ossification costal; un des caractères primordiaux de sa dorsalisation ne serat-il pas la tendance au développement d'une côte plus ou moins complète, à direction descendante avec tendance à se fusionner au sternum ou à la côte la plus voisine, de même que dans la sacralisation la costiforme lombaire hypertrophiée tend à se fusionner avec les costiformes de l'aileron sacré.

S'il s'agit d'une apophyse transverse, la « dorsalisation » de la vertèbre lui impliquerait comme caractères ceux des apophyses transverses dorsales, volumineuses il est vrai, mais *ascendantes*, parallèles entre elles, et sans *aucune tendance à la fusion avec celle qui est au-dessous*. Or, nous avons vu que le caractère primordial de ces cas, celui sur lequel tous les auteurs insistent c'est que l'apophyse hypertrophiée a une direction descendante, en crochet, direction qui tend à la fusion avec la Ire côte, fusion si fréquente dans les côtes cervicales vraies.

Nous croyons donc que s'il s'agit d'hypertrophie de l'apophyse transverse et non d'une côte rudimentaire le terme de sacralisation est impropre.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation des cas d'hypertrophie isolée de l'apophyse transverse de la VIIe cervicale, son existence n'est pas douteuse. Sa coexistence avec les côtes cervicales le prouve (Fouilloud-Buyat, Sénèque, Crouzon). L'important est de se rappeler que l'hypertrophie de l'apophyse transverse de la VIIe cervicale suffit à entraîner des troubles par compression des racines nerveuses. Le fait est indéniable car la preuve en est fournie par le traitement : la résection de l'apophyse hypertrophiée. Il suffit de lire le travail de Sénèque pour s'en convaincre : sur 7 malades opérés, il y a eu 5 résultats parfaits, 1 résultat incomplet, 1 échec.

La technique de l'opération a été fixée par Sénèque et exposée dans son article du *Journal de chirurgie*.

On ne peut donc qu'adopter les conclusions de ces auteurs : « La résection de l'apophyse transverse de la VIIe cervicale nous paraît indiquée en cas de de douleurs persistantes et progressives sous forme de névralgies à type radiculaire, quand le cliché radiographique nous montre la disparition de l'espace clair qui doit toujours exister entre l'apophyse transverse de la VIIe cervicale et celle de la Ire dorsale. »

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

P. MARIE, O. CROUZON et CHATELIN. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1913, t. I, p. 1040; t. II, p. 93.
LE DOUBLE. *Traité des variations de la colonne vertébrale de l'homme*, 1912.
CAPITAN. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 21 déc. 1915, p. 774.
J. A. HONEY. *Surg., gyn. and obst.*, nov. 1920, t. XXX, n° 5, p. 481-493.
NEEF. *Hospitalstiden*, 1920, t. LXIII, nos 38-39, p. 591-601.
ROBINEAU. *Soc. de chir. de Paris*, 20 avril 1921.
FOUILLOUD-BUYAT. *Revue d'orthopédie*, juillet 1922, n° 4, p. 333-344.
Ch. LENORMANT et SÉNÈQUE. *Soc. de chir.*, 27 juin 1923.
SÉNÈQUE *Journ. de chir.*, août 1923, n° 2, t. XXII, p. 113-133.
A. THOMAS. Compte rendu du Congrès de Besançon, *Revue neurologique*, 30e année, sept. 1923, n° 3, p. 248. — Discussion : CHARPENTIER, O. CROUZON.
O. CROUZON. *Presse méd.*, 21 nov. 1923, n° 93, p. 969.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1923)

Exophtalmie pulsatile double spontanée. — MM. HALLÉ et POULARD présentent un malade et insistent sur la rareté des exophtalmies bilatérales et sur les bons résultats du traitement spécifique chez leur malade.

Parésie cubitale par rhumatisme chronique du coude. — M. André LÉRI présente un malade qui est atteint d'une parésie du cubital droit à la main : tendance à la griffe, amyotrophie des éminences et des interosseux, hypoesthésie. Ces troubles sont dus à de grosses lésions d'ostéo-arthrite rhumatismale du coude avec ostéophytes, les uns adhérents, les autres libres.

Ces lésions rappellent celles qui ont été constatées récemment chez un malade présenté par M. Vallery-Radot. Chez ce malade, il y avait eu neuf ans auparavant un traumatisme du coude; chez notre malade, il n'y avait pas eu de traumatisme et les deux coudes étaient atteints. Il est possible que le traumatisme n'ait joué qu'un rôle localisateur sur la détermination du rhumatisme chronique.

Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'une forme du rhumatisme chronique paraît localisée électivement aux coudes et que, dans ce cas, il est souvent extrêmement peu douloureux.

Adénite inguinale suppurée bilatérale. Traitement par les rayons ultraviolets. — M. Chauffard présente un ancien dysentérique amibien qui présente une adénite inguinale suppurée. Alors que l'émétine est restée sans action, les applications de rayons ultraviolets ont à la quatrième séance, amené une véritable transformation.

Simulation de tuberculose et d'occlusion intestinale par une pathomime. — MM. Brulé, G. Basch, P. Hillemand et Schusenberger présentent une malade de vingt-deux ans, entrée à la clinique médicale de Cochin pour des crises de dyspnée paroxystique avec fièvre élevée. Les antécédents qu'elle raconte elle-même (coxalgie, abcès divers, ostéite tibiale, laparotomie pour occlusion intestinale par bride de péritonite tuberculeuse, hémoptysies nombreuses) en coïncidence avec cette dyspnée fébrile font penser à une granulie. Bientôt la malade présente un syndrome d'occlusion intestinale aiguë avec vomissements fécaloïdes pour lesquels on lui fait d'urgence un anus cæcal. Son état semble désespéré, quand une circonstance fortuite permet de rectifier les commémoratifs et le diagnostic ; elle a simulé jadis une coxalgie ainsi que l'occlusion intestinale pour laquelle elle a subi une laparotomie. Elle a provoqué elle-même son abcès tibial par l'introduction, dans une petite plaie, de coton à repriser. Sa dyspnée est volontaire, ses vomissements fécaloïdes sont simulés par l'ingestion de ses matières fécales, elle fait monter son thermomètre par une série de contractions de son sphincter anal et simule des hémoptysies en recrachant le sang qu'elle obtient en traumatisant ses fosses nasales à l'aide d'une épingle qu'elle dissimule dans son lit.

S'agit-il d'une simple simulatrice? Mais ses diverses simulations ne visent à aucun avantage matériel et sont, au contraire, des plus dangereuses pour elle-même. Il ne s'agit pas non plus d'une pithiatique, mais d'une pathomime comparable au malade dont Dieulafoy a rapporté l'histoire.

MM. Laubry et Rist rapportent plusieurs cas très intéressants de pathomimes et insistent sur la nécessité, pour le médecin, de prendre lui-même la température quand la fièvre ne s'explique pas par les signes cliniques.

M. Heuyer rappelle que Dupré a admirablement décrit ces déséquilibres mentaux dans son travail sur la mythomanie.

Un cas de polyarthrite hérédosyphilitique chez l'adulte. — MM. Gilbert, H. Bénard et Fatou présentent un malade de vingt et un ans, hérédosyphilitique chez lequel l'hérédosyphilis s'est manifestée tardivement à dix-neuf ans par l'apparition d'un rhumatisme polyarticulaire subaigu. Neuf articulations ont été touchées avec un polymorphisme remarquable : arthralgie, fluxion légère, ankylose, hydarthrose bilatérale.

Particularité sur laquelle insistent les auteurs, le liquide d'hydarthrose était un liquide puriforme aseptique avec polynucléose intacte.

M. Dufour insiste sur la fréquence du rhumatisme polyarticulaire, même fébrile chez les hérédosyphilitiques.

M. R. Besnard considère que le malade rentre dans le cadre des géants acromégaliques.

Maladie de Roger congénitale. Un cas d'hérédité similaire chez une mère et son enfant. — MM. Robert Debré, Cordey et H. Olivier présentent un malade de dix mois et sa mère atteinte de maladie de Roger congénitale. L'enfant est hérédosyphilitique, la mère ne présente aucun signe clinique de spécificité, mais le Wassermann dans le sang est positif. Les auteurs concluent à la présence, chez l'enfant, d'une lésion congénitale transmise par hérédité similaire. Cas rare.

M. Laubry insiste sur la rareté de l'hérédité similaire dans les affections congénitales du cœur.

MM. Milian et Pinard signalent plusieurs observations d'hérédité similaire dans l'hérédosyphilis en ce qui concerne la perforation du voile du palais. Il semble, disent les auteurs, que la syphilis crée certaines affinités tissulaires.

Paralysie de l'opposition du pouce par anomalie du développement costo-vertébral : « l'os capitulaire ». — MM. A. Léri et Weissmann-Netter, dans ce cas, ont trouvé sur la radiographie un *os supplémentaire* de la taille d'un gros pois, s'enfonçant dans le flanc de la Ire vertèbre dorsale et débordant dans l'espace intertransversaire. C'est certainement cette ossification qui, en comprimant ou irritant la Ire racine dorsale ou la VIIIe côte a déterminé la paralysie de l'opposition du pouce.

Sérothérapie antipneumococcique. — MM. Etienne et Braun (de Nancy), à propos de 24 cas d'infection pneumococcique signalent que la guérison a toujours été obtenue par le sérum de l'Institut Pasteur préparé par M. Cotoni. Tantôt on note une défervescence précoce, parfois une descente en lysis. La transformation de l'état général a généralement précédé la réaction thermique.

Sur un cas d'érythrodermie exfoliatrice aiguë terminée par des accidents nerveux. — MM. Dénéchaux et Arin (d'Angers). Une malade de cinquante-six ans ayant eu antérieurement un petit placard de psoriasis, présente subitement un érythème généralisé avec desquamation massive, on ramasse les squames à poignée. Les accidents durent trois semaines, disparaissent subitement. Deux mois après, nouvelle poussée, analogue à la première, qui disparaît en trois semaines. Une troisième et une quatrième surviennent dans les mois suivants.

Mais cette éruption complètement disparue, subitement, le malade fait une crise comitiale qui se répète pendant huit jours. Elle guérit et fait ensuite une crise délirante, puis une épilepsie Bravais-Jacksonnienne gauche pour se terminer par hémiplégie du même côté. Cette dernière dure trois semaines, la malade guérit encore. Elle meurt subitement deux mois plus tard, d'accidents cardio-pulmonaires.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 27 novembre 1923)

A propos de la maladie de Lane. — M. Thévenard pense qu'on a désigné sous ce nom de nombreux cas de rétention stercorale qui ne sont dus qu'à des brides ou fausses membranes, reliquats de péritonites d'origines diverses; mais la maladie de Lane existe bien en tant qu'entité morbide. Contrairement à Delbet, Thévenard pense que la membrane de Jackson et la bride de Lane peuvent congénitalement, en dehors de toute péritonite, être les agents de striction et de stagnation intestinales.

Présentation d'un opéré de pseudo-sarcome thoracique. — M. Raymond Bonneau. Ce malade subit en 1919 une large résection thoracique, plèvre comprise, avec reconstitution de la paroi par un volet cutanéo-musculaire par glissement. L'examen histologique conclut nettement à un sarcome.

Un an après, récidive. Malgré le diagnostic posé, R. Bonneau réenlève les tissus pathologiques qui se trouvent être au microscope de simples lésions inflammatoires simulant le sarcome. La lecture après coup des coupes de la première tumeur permet de penser que ce qu'on avait alors pris pour un sarcome vrai n'était qu'un pseudo-sarcome inflammatoire.

M. Raymond Bonneau présente des pièces anatomiques de **discordance entre les lésions anatomiques macroscopiques et la valeur fonctionnelle dans la tuberculose rénale. Présentation de pièces anatomiques.**

Trois cas d'ostéo-sarcome à forme d'arthrite chronique. — M. H. Judet. Chez deux femmes (trente et quarante-huit ans) le tableau clinique était celui d'une arthrite chronique du genou.

Une des malades fut soignée par l'immobilisation pendant deux ans avec le diagnostic de tumeur blanche du genou. La

radiographie, faite la troisième année seulement, montra un aspect kystique de toute l'extrémité supérieure du tibia; l'examen histologique décela un sarcome à myéloplaxes. Mort un mois après l'amputation de cuisse.

La seconde malade fut étiquetée pendant un an « synovite chronique ». L'aspect du genou au onzième mois était normal aux rayons X; il devint caractéristique un mois et demi plus tard, après un redressement forcé sous chloroforme et montra une tumeur érodant profondément le fémur.

L'amputation de cuisse procura une survie de dix mois.

A l'examen histologique : fibro-sarcome.

Dans la troisième observation (homme de quarante ans), l'aspect était celui d'une coxalgie. La radiographie faite au huitième mois était peu explicite : le col fémoral paraissait atteint d'ostéite. Deux mois plus tard, une nouvelle image montrait une prolifération caractéristique de la région trochantérienne.

Evolution extrêmement rapide, généralisation pulmonaire et mort à la fin du dixième mois.

L'auteur préconise en vue du diagnostic précoce : les examens radiographiques à répétition; l'examen histologique après biopsie; le séro-diagnostic par la méthode de Thomas-Binetti.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE

Alimentation riche en laitages et légumes, viandes bien cuites et en petite quantité (jamais le soir), suppression des boissons excitantes (thé, café, liqueurs, vin pur).

Matin et soir, dans un verre d'eau minérale, un cachet de Théosalvose pure ou phosphatée, à 0gr25.

Gymnastique musculaire, exercice, massage.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INDEMNITÉ DE CHERTÉ DE VIE AUX EXTERNES DES HOPITAUX

Nous avons déjà annoncé brièvement que le Conseil municipal de Paris venait d'être saisi d'une proposition de M. Michel Misoffe, ayant pour objet d'accorder aux externes des hôpitaux une indemnité de cherté de vie de 1.800 francs par an.

M. Misoffe appuie sa proposition dans les termes suivants :

« Le Conseil municipal — comme le Corps médical et la population parisienne — a souvent proclamé la haute valeur professionnelle et morale des externes des hôpitaux.

« La *Gazette des hôpitaux* publiait récemment (13 oct. 1923) les lignes suivantes d'un de leurs maîtres très estimés et très aimés : le docteur Babonneix, médecin de la Charité :

« Qui pourrait méconnaître le labeur qu'ils fournissent sous la direction attentive et expérimentée de l'interne? Personne, assurément. Le *patron* moins que tout autre. Ne sait-il pas que *sans la collaboration dévouée qu'ils lui prêtent, il ne pourrait accomplir sa tâche?* N'est-ce point parce qu'ils ont pansé qu'il a, si souvent, le bonheur de guérir ? »

« On retiendra de ces quelques lignes que j'ai tenu à citer intégralement, la déclaration très autorisée et indiscutable : *Sans les externes les médecins des hôpitaux ne pourraient accomplir leur tâche.* »

Nous sommes heureux de voir que le vibrant appel publié par notre ami Babonneix dans la *Gazette des hôpitaux* a été entendu. Nous en sommes d'autant plus fiers qu'il s'agissait de la plus juste des causes et que, seule, si nous ne nous trompons, la *Gazette* l'a défendue.

L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE [1] DE L'HUMÉRUS

IV. *Fracture diacondylienne.* — C'est une fracture intra-articulaire. Trait bas, transversal, passant à travers les condyles. Pas de déplacement; signes très vagues.

V. *Fracture du condyle radial de l'humérus.* — Partielle (c'est alors une simple décortication) ou totale : le fragment se trouvant luxé subit souvent une rotation. Peu d'impotence. Avant-bras presque étendu. On peut quelquefois percevoir le fragment.

VI. *Décollement épiphysaire.* — Ce décollement en masse de l'épiphyse ne peut survenir que avant quatre ans. Les signes sont identiques à ceux de la supracondylienne, mais la forme concave de la face supérieure du fragment inférieur, la crépitation cartilagineuse et non osseuse la distingueront. Chaque condyle peut se décoller isolément (vu). Le décollement peut enfin séparer le massif des deux condyles de la diaphyse à laquelle reste attachée l'épitrochlée. Ce décollement survient de douze à quinze ans. On aura soit les signes d'une entorse du coude, soit une déformation avec mobilité anormale et crépitation cartilagineuse.

ÉVOLUTION. COMPLICATIONS. — La consolidation se fait en général assez vite, mais de nombreuses complications peuvent survenir.

Complications immédiates. — 1° *Associations à luxations.*

2° *Ouverture du foyer de fracture*, surtout en cas de traumatismes directs, d'autant plus graves qu'il s'agira de fractures articulaires ou périarticulaires.

3° *Lésions des gros vaisseaux*, essentiellement de l'artère humérale qui peut être blessée par le fragment repoussé en avant.

4° *Irréductibilité.* — Cas assez fréquent. Assez souvent la réduction est réalisée, mais le déplacement se reproduit aussitôt et la contention est impossible.

5° *Lésions nerveuses immédiates*, surtout dans les supracondyliennes. Atteinte du médian et du radial, plus rarement du cubital. Section, déchirure surtout contusion. Explorer systématiquement l'état de ces nerfs.

Complications secondaires. — Pour fractures articulaires (essentiellement fractures du condyle externe), l'arthrite ; hémarthrose peut être le point de départ de complications : raideurs, ankyloses.

Pour toutes ces fractures : *prolifération du périoste* (provoqués surtout par les massages intempestifs chez l'enfant), d'où *cal exubérant, ostéomes, limitation des mouvements.*

Pseudarthrose : Déformation persistante.

Lésions nerveuses secondaires. — Surtout médian et radial. Paralysie apparaît quinze ou vingt jours après. Fracture mécanisme : tension du nerf sur le butoir diaphysaire.

Complications tardives. — Déviation progressive en cubitus valgus ou varus, expliquée par Rieffel en invoquant l'ostéogénèse exagérée du côté externe ou interne. Destot croit que la consolidation vicieuse est seule en cause : la déviation ne peut être reconnue tant que l'avant-bras est immobilisé en flexion : c'est seulement quand le blessé récupère sa mobilité qu'elle deviendra évidente.

Lésions nerveuses tardives. — Cubital plus souvent atteint. Pourrait apparaître seulement de longues années après fractures : le cubital serait comprimé dans la gouttière épitrochléo-olécranienne.

PRONOSTIC. — Il est sérieux, sauf peut-être pour épitrochlée. Toujours craindre la récupération fonctionnelle imparfaite et les troubles nerveux qui existent une fois sur sept pour Mouchet.

DIAGNOSTIC. — La radiographie de face et de profil sera toujours indispensable pour affirmer l'étendue des lésions. Seule, elle peut renseigner sur les déplacements multiples qui peuvent se combiner.

1° Localiser la lésion. — Pour cela éliminer :

Fracture de l'olécrane. Détermine gonflement et hémarthrose avec impotence complète. Chercher le siège exact de la douleur, la dépression qui sépare les deux fragments.

Souvent diagnostic difficile.

Fracture de la tête radiale. Douleur localisée en dehors. Ecchymose plus bas que dans fractures humérales. Pronation et supination impossibles. Dub. Ry. ???

Fracture de Monteggia : fracture de l'extrémité supérieure du cubitus avec luxation de la tête radiale.

2° Pour les fractures sans déplacement, il faut éliminer la contusion. Cependant, dans celle-ci, il n'y a pas de limitation des mouvements et on ne trouve pas de points douloureux, osseux bien précis.

3° Pour les fractures avec déplacement. — A. *Le déplacement est postérieur* (supracondylienne, diacondylienne, en T, décollement). Le gros diagnostic est à faire avec la luxation, du coude en arrière. Comme dans fracture, saillie angulaire postérieure, avant-bras demi-fléchi, mouvements de latéralité possibles. Mais dans luxation : ligne épitrochléo-épicondylienne passe au-dessous de l'olécrane. La dépression antérieure est sous l'extrémité inférieure de l'humérus, plus bas que dans fracture. Les mouvements de latéralité moins étendus, la réduction moins facile.

Chez l'enfant, la fracture est plus fréquente que la luxation.

B. *Le déplacement est latéral* (fracture des condyles). Si le déplacement est en dehors et en arrière, c'est encore aux luxations qu'il faut penser : luxation postéro-externe.

D'ailleurs, chez l'enfant, la luxation pure est très rare : elle accompagne beaucoup plus souvent la fracture du condyle ou de l'épitrochlée.

TRAITEMENT. — **Immédiat.** — 1° *Fracture sans déplacement.* — Bains, massages ; mais toujours se méfier du massage chez l'enfant : il faut masser les muscles et non le foyer de fracture.

2° *Fracture transverse.* — Réduction possible en général ; mais plus ou moins difficile. Immobiliser douze jours environ en flexion aiguë et en supination.

Si réduction impossible, ne pas se hâter de décider une intervention : grosses améliorations souvent constatées avec le temps.

3° *Fracture du condyle externe.* — Réduction difficile ; si on réussit, immobiliser en flexion à 90 degrés ou en extension, supination et pronation indiérentes.

Si échec, intervenir en enlevant le condyle ou en l'enchevillant?

4° *Fracture de l'épitrochlée.* — Rien à faire, si pas de luxation associée. Si luxation, assez souvent le fragment gêne : on sera amené à l'enlever.

Secondaire. — Contre les saillies osseuses qui font butoir, il est utile d'intervenir en les abrasant. On peut réséquer (sujet ayant terminé leur croissance) en cas d'ankylose.

Le traitement des déviations sérieuses, c'est l'ostéotomie. Enfin on pourra libérer un nerf comprimé en cas de paralysie.

Retenir, comme grands principes, le danger du massage chez l'enfant et les avantages qu'il y a à ne faire qu'une courte immobilisation.

Bibliographie. — LE DENTU-DELBET, tome IV, *Fractures du membre supérieur. Pathologie chirurgicale*, t. IV ; — JUDET. *Traité des fractures.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 97, p. 1570, et n° 99, p. 1603.

Manipulations de chimie colloïdale, par W. OSTWALD, professeur à l'Université de Leipzig. Traduit sur la 4e édition allemande avec l'autorisation de l'auteur par Edmond VELLINGER. 1 vol. in-8 carré de 202 pages, avec 21 figures. — Prix : 10 fr. — Paris 1924, Gauthier-Villars et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
48, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 17 décembre. — Questions données : « Formes cliniques des endocardites malignes. — Fractures du corps du maxillaire inférieur. »

MM. Benoist (Fernand) et Michaux, 28; Comet, 31; Sarles, 25; Bureau (Yves), 31; Fremiot, 26; Drouineau, 30; Champenois, 22; Blondel, 34.

Séance du 18 décembre. — Questions données : « Formes cliniques de l'adénopathie trachéo-bronchique. — Les suppurations aiguës péri-anales. »

M. Bouillie, 26; Mlles Linossier et Bach, 31; MM. Pascal, 25; Boltanski, 29; Parfonry, 31; Lieutaud, 29; Poulin (Auguste), 25; Prévost (Félix), 20; Leroy (Roger), 22.

— La Section de médecine de l'A. nous prie d'informer les candidats à l'internat (concours 1924) qu'elle organise une série de conférences d'internat. La première débutera dans le courant du mois de janvier et sera faite par M. L. Niel, interne de quatrième année.

Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux de la Section de médecine, 13 et 15, rue de la Bûcherie (Téléphone : Gob. 65-74).

— Concours du prix Fillioux. — A la suite du concours quatre prix de 800 francs chacun sont attribués à MM. Lanos, Aubin, Soulas et Moss.

LA MÉDAILLE DU PROFESSEUR MÉNÉTRIER. — La cérémonie de la remise au professeur Ménétrier de la médaille offerte par ses amis et par ses élèves aura lieu le dimanche 6 janvier 1924, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. le professeur Spillmann vient d'être élu doyen en remplacement de M. le professeur Meyer, décédé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Après concours devant la Faculté de Toulouse, M. le docteur Moureyre, suppléant sortant, a été proposé pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicale.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Liste de classement des candidats aux emplois de professeurs adjoints à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à la suite du concours de 1923 :

Pour la chaire de clinique externe et de chirurgie d'armée : M. le médecin-major de 2e classe Bois.

Pour la chaire de clinique interne et des maladies exotiques : M. le médecin-major de 2e classe Martin.

— Par décision ministérielle du 5 décembre 1923 ont été désignés pour occuper les emplois ci-après à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales (service) :

Professeurs adjoints. — Chaire de clinique interne et des maladies exotiques : M. le médecin-major de 2e classe Martin.

Chaire d'anatomie et de médecine opératoire : M. le médecin-major de 2e classe Ricou.

LE SOIXANTE-DIXIÈME ANNIVERSAIRE DE M. ROUX. — A l'occasion du soixante-dixième anniversaire de M. Roux, une fête intime a réuni dans la bibliothèque de l'Institut Pasteur, tous les collaborateurs, les élèves d'un grand nombre d'amis de l'illustre savant.

Le lendemain cette fête a eu son écho à l'Académie de médecine où M. le président Chauffard dans les termes les plus heureux, a offert au digne continuateur de Pasteur, les vœux très vifs que forment tous ses collègues.

LE VINGT-CINQUIÈME ANNIVERSAIRE DE LA DÉCOUVERTE DU RADIUM. — La Chambre des députés a adopté mercredi à l'unanimité un projet accordant à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de la découverte du radium, à Mme Curie, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, une pension de 40.000 francs à titre de récompense nationale, avec reversibilité par moitié sur ses deux filles.

FONDATION CURIE. — A l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de la découverte du radium, le Dispensaire de

la fondation Curie, 26, rue d'Ulm, sera inauguré le mercredi 26 décembre 1923, à 11 h. du matin, sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène.

SERVICE SANITAIRE MARITIME. — M. le docteur Marcel Gaston est nommé médecin de la santé au port de Marseille.

— Les épreuves pour le titre de médecin sanitaire maritime se sont terminées par la nomination de MM. les docteurs Edouard Rétif, J. de Rocca-Serra, P. Albaret, G. Beltrami, J. Canabier, P. Linas, G. Pfaff, A. Rondy, E. Rouquette, R. Santelli, J. Stefani, F. Venturini et P.-L. Giraud.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Les décrets de police sanitaire maritime et la loi de 1907 n'autorisent le médecin à naviguer pour le compte de l'armement que s'il est français et muni de la commission de médecin sanitaire maritime.

Les confrères munis de ce diplôme et désirant naviguer sont priés de s'adresser au docteur Bouissou, secrétaire général du Syndicat des médecins sanitaires maritimes du Sud-Est de la France, 16, rue Paget, Marseille.

SERVICE DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE SOCIALE. — Un concours pour la nomination d'un médecin attaché au service départemental d'hygiène sociale de l'Aude avec résidence à Carcassonne aura lieu à Montpellier le lundi 8 janvier prochain, à 8 h. 30, à la Faculté de médecine.

Inscription à la Préfecture de l'Aude (hygiène sociale) *avant* le 1er janvier 1923.

Ve CONGRÈS ITALIEN DE RADIOLOGIE. — Le Ve Congrès de radiologie médicale a eu lieu à l'Université de Palerme, à la fin d'octobre, sous la présidence du professeur G. Scaduto, en présence de nombreux radiologistes médecins et techniciens.

Les travaux ont débuté par un savant rapport du professeur Gortan (Trieste) sur la *Pneumoradiographie*, en tenant spécialement compte de la ventriculographie cérébrale en illustrant par de nombreux radiogrammes les particularités techniques et cliniques de cette branche importante du diagnostic radiologique. Le rapport du professeur Boidi-Trotti (Turin) sur le *Radiodiagnostic de l'appareil urinaire* a suivi : il a traité cet important sujet avec une compétence particulière en s'appuyant sur un grand nombre de cas constatés dans la pratique médicale.

Les discussions qui ont fait suite aux rapports ont été extrêmement intéressantes au point de vue clinique.

Plus de 120 communications furent présentées au Congrès. On doit citer tout particulièrement celles sur le radiodiagnostic de l'appareil digestif des professeurs Milani, Palmieri, Porro, Gregorio, etc., et celles concernant des études sur la recherche radiologique de l'appareil urinaire des professeurs Balli, Uffreduzzi, Perussia, Siciliano, etc. En ce qui concerne la thérapeutique les sujets traités furent nombreux et importants au point de vue des observations cliniques et expérimentales communiquées par les docteurs Attili, Milani, Rossi, Mendoleri, Heuser, Prusciano, Ponzio, Spinelli, etc., sur la technique radiologique en thérapeutique.

Pendant le Congrès on a admiré une exposition des appareils radiologiques exposés par de nombreux constructeurs. L'industrie italienne représentée par les maisons Cardolle, Gorla, Balzarini, Itala, Bruna, etc., s'est particulièrement distinguée.

L'Assemblée générale a confirmé dans sa charge le président effectif de la Société le professeur Bertolotti (Turin); vice-président, le professeur Balli (Modène); secrétaire caissier, le professeur Ponzio (Turin); rédacteur chef du journal, le professeur Pérussia (Milan).

Trieste a été choisie pour siège du VIe Congrès (avril 1925) sous la présidence du professeur Maximilien Gortan.

UN CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE DU TRAVAIL. — Un groupe d'hygiénistes suisses, s'intéressant aux problèmes d'hygiène industrielle, s'est réuni à Berne le 9 octobre 1923 et s'est constitué en Comité suisse d'organisation d'une « Première Réunion internationale pour l'étude de problèmes d'hygiène du Travail. »

Le Comité, qui comprend MM. von Gonzenbach, Silberschmidt, Zangger, Rossi, Carrière et Cristiani (président) a décidé que la première de ces réunions aura lieu à Genève, du 18 au 20 juillet 1924 pour traiter les questions suivantes :

Eclairage industriel et fatigue oculaire. Air vicié des ateliers. Valeur des tests de fatigue.

Le Comité a sollicité pour chaque question la collaboration de trois rapporteurs choisis parmi les personnalités scientifiques s'étant occupées particulièrement de chacun de ces problèmes.

Le siège du comité est l'Institut d'Hygiène auprès de l'Université de Genève auquel on peut s'adresser pour les adhésions et pour tous renseignements.

TRAVAIL ET SANTÉ. — Tel sera le titre d'une importante publication d'hygiène que projette le Bureau international du travail. Chargé par la conférence de Washington de la rédaction d'une liste des industries insalubres, le Bureau international du travail estime qu'une telle œuvre doit être précédée par une étude préliminaire des dangers particuliers à chaque industrie et des mesures préventives à prendre.

Cette publication se fera sous la forme d'une Revue qui aura probablement pour titre *Travail et santé* et dont l'intérêt n'échappera pas aux médecins et notamment aux hygiénistes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J. B. Illy, médecin en chef des colonies en retraite (à Sanary); Jacques Lermoyez, ancien interne des hôpitaux, petit-fils de notre regretté maître et ami Léon Labbé, gendre de feu le docteur Faisans et fils du docteur Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, auquel nous adressons l'expression de notre très profonde sympathie; — Louis Manaud (de Pujols-sur-Dordogne); Faust Nadal, médecin de colonisation à Souk-el-Arba; Reverchon (de Lyon); sir Frédéric Trèves, le grand chirurgien anglais.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 7 JANVIER AU 12 JANVIER 1923)

THÈSES

Mardi 8 janvier. — Jury : MM. Jeanselme, président; Lejars, Philibert et Moure. — M. FOUCAULT (André). Occlusions intestinales. — M. LÉVY (Raymond). Prophylaxie antiseptique des maladies vénériennes.

Mercredi 9 janvier. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Bernard, Fiessinger et Proust. — M. SFEZ (Isaac). Les fractures du fémur chez l'enfant. — M. BERCOVICI (J.). Etude de la prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale de l'hôpital Beaujon, par le docteur Ch. ACHARD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un volume de 460 pages avec 90 figures dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Hygi[illegible]ne prophylactique des hémorroïdaires, par le docteur F[illegible]OZENNE, chirurgien honoraire de Saint-Lazare, ancien [illegible]dent de la Société des chirurgiens de Paris. Un vol. [illegible]5 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Les Nerfs craniens. Anatomie macroscopique (1), par André HOVELACQUE, professeur agrégé d'anatomie.

A ceux qui seraient tentés de croire que l'anatomie est une science morte, cet ouvrage prouvera que le travail et la méthode peuvent rénover et perfectionner encore les descriptions anatomiques paraissant déjà bien connues.

L'auteur en peu de pages a précisé avec une très grande clarté l'embryologie, l'homologie, le trajet, les rapports, la distribution des nerfs craniens. C'est une mise au point qui a non seulement l'avantage d'être facile à lire pour l'étudiant qui réclame un texte simple sans confusion, un exposé clair sans longueurs, mais c'est aussi un véritable atlas où une centaine de figures, presque toutes originales, suivent pas à pas les descriptions. Cette illustration faite de dessins de pièces cadavériques constitue une base documentaire de premier ordre pour l'étude de la topographie des régions du crâne, de la face, de la tête et du cou. A ce point de vue l'ouvrage de M. Hovelacque comble une véritable lacune. La disposition des aponévroses de ces régions, en particulier, est minutieusement établie et jette une lumière définitive sur ces formations jadis si discutées.

Mis au courant des récentes données de la physiologie et de la pathologie ce livre est à la fois un guide sûr et nécessaire pour l'anatomiste et une source de renseignements précieux pour les neurologistes, chirurgiens, ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, stomatologistes qui ont si souvent besoin de savoir les rapports exacts, la distribution et les anastomoses des nerfs craniens. HUC.

(1) In-8 de 220 pages avec 72 figures et 15 planches hors texte. — Prix : 18 francs. — Edition des presses universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris.

Le bacille de la diphtérie (1), par M. CHRISTEINEN.

Cette excellente monographie du maître danois met au point nos connaissances actuelles sur le B. de Loeffler.

L'ouvrage est divisé en 5 chapitres.

Dans un premier l'auteur étudie la microscopie de ce germe et conclut qu'il est possible de faire un diagnostic microscopique direct, si on connaît l'origine pharyngée de ce bacille, sinon tout diagnostic microscopique est impossible.

La culture sur gélose profonde préconisée par L. Martin est examinée avec soin.

L'étude de 17 races de bacilles vérifie la règle de Martin que le vrai diphtérique est anaérobie.

Le chapitre III est consacré à l'étude de la virulence du bacille et de sa toxicité.

Le meilleur test de cette virulence est encore, l'œdème local du cobaye. Dans 35 cas sur 55 il y avait lésion surrénale, et dans 31 sur 50, pleurésie. La grosse majorité des 85 races étudiées se montra virulente et toxique pour le cobaye.

Neuf cultures qui n'étaient pas virulentes pour cet animal fournirent cependant une toxine active et un des échantillons qui ne s'était montré ni virulent ni toxique provenant cependant une angine à fausse membrane typique.

Les propriétés fermentatives du bacille sont étudiées dans le cinquième chapitre. Les résultats de cette épreuve sont contradictoires.

En utilisant agglutination et réaction de fixation, l'auteur a pu classer les bacilles isolés en cinq groupes A, B, C, D et E.

Dans chacun des groupes, il y a des variétés toxiques et non toxiques. J. PARAF.

(1) 208 pages. — Paris, G. Doin.

REVUE GÉNÉRALE

LE TEMPS DE SAIGNEMENT

SA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE DANS LES ÉTATS HÉMORRAGIPARES CHRONIQUES

Par M. Léon POLLET,
Interne des hôpitaux de Paris.

On conçoit facilement l'intérêt que peut présenter l'étude de la durée et du mode d'écoulement du sang lors d'une petite hémorragie provoquée, pour aider au diagnostic des divers syndromes hémorragipares chroniques, et prévoir dans une certaine mesure l'imminence et la gravité des crises hémorragiques.

Nous nous proposons d'étudier la valeur de ce test qu'est le temps de saignement ou épreuve de Duke à l'état normal et dans les états hémorragipares chroniques, où cette recherche est surtout utile.

Elle témoigne de l'aptitude de l'organisme à arrêter une hémorragie, mesure le pouvoir hémostatique local.

Or cette coagulabilité du sang *in situ* est toute différente de la coagulabilité *in vitro* et bien que son importance pratique soit aussi grande, le temps de saignement et ses modalités ont été beaucoup moins étudiés que le temps de coagulation et ses anomalies.

Technique. — Après nettoyage rapide à l'éther on pratique au vaccinostyle une petite incision de 2 à 3 millimètres de longueur au lobule de l'oreille. Notons de suite que la légère rubéfaction provoquée par l'éther — de même que la longueur de l'incision ne peuvent que modifier le volume des gouttes de sang et non leur nombre. Toutes les demi-minutes on étanche avec une bande de papier-filtre ou buvard la gouttelette de sang qui sourd de la petite plaie. Il faut naturellement avoir le plus grand soin d'effleurer simplement la goutte sanguine sans presser le lobule.

Résultats à l'état normal. — 1° La *durée* de ce saignement expérimental est de trois minutes environ.

2° Cette durée est à peu près parfaitement *fixe* dans le temps, comme l'a montré notre maître, M. P. Emile-Weil (1).

Elle n'est pas ou guère influencée par le moment de la journée où on la recherche, qu'il soit pré- ou post-prandial.

Elle ne l'est pas non plus par l'époque menstruelle chez la femme normale; peut-être est-elle légèrement augmentée la veille des règles, pour revenir ensuite rapidement au taux habituel.

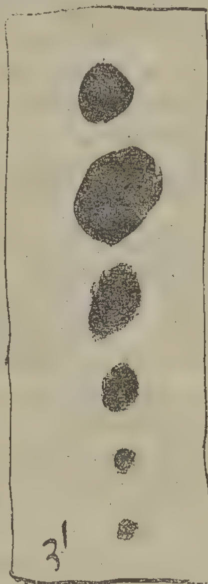


Fig. 1. — Temps de saignement normal.

3° La *forme* de ce saignement expérimental est constante. La première goutte est plus petite que la seconde; puis les suivantes vont en diminuant progressivement de volume — sans cependant masquer la terminaison normalement brusque du saignement après la sixième ou septième goutte. Notons qu'habituellement on obtient avec l'incision de 2 millimètres, une première tache qui a environ 2 centimètres de diamètre.

4° Enfin la durée du temps de saignement est identique quel que soit le *siège* (lobule, pavillon, doigt), de la petite incision.



Fig. 2. — Temps de saignement prolongé et arythmique.

Dans les états hémorragipares chroniques. — On peut se trouver en présence de deux éventualités :

I. L'épreuve de Duke peut être parfaitement normale à tous points de vue. Disons tout de suite que c'est le cas — fait paradoxal en apparence — de l'hémophilie, dont la lésion hématologique essentielle est un retard considérable de la coagulation *in vitro*, qui n'influe à lui seul en rien, sur la coagulabilité *in situ*.

II. Beaucoup plus fréquemment on trouve des anomalies du temps de saignement dans ses diverses modalités.

1° Avant tout on peut noter une modification de la *durée* de saignement et presque toujours il s'agit d'un allongement qui varie de quelques minutes à deux heures.

Mais nous avons au contraire observé avec M. P. Emile-Weil, des cas, d'ailleurs exceptionnels, de raccourcissement de ce temps de saignement au cours de crises hémorragiques marquées, où l'on avait peine à obtenir une ou deux gouttes de sang. Ce raccourcissement est fréquemment lié à un état hypothyroïdien, et nous verrons d'ailleurs l'influence des sécrétions endocriniennes sur la durée du saignement.

En tout cas raccourcissement comme allongement

(1) Qu'il nous soit permis d'adresser ici à M. P. Emile-Weil l'assurance de notre vive reconnaissance pour nous avoir aidé de son expérience et permis de puiser dans ses nombreux documents sur cette question.

prouvent une perturbation notable des facteurs qui commandent si harmoniquement à l'hémostase locale.

Il nous faut d'ailleurs insister de suite sur l'importance qu'il y a à ne pas se contenter d'une seule épreuve de Duke, car celle-ci peut se montrer normale à un moment donné alors qu'en réalité, il existe d'une façon habituelle, allongement du temps de saignement.

2° C'est qu'en effet, cet allongement est d'une *variabilité* extrême dans le temps et P. Emile-Weil a insisté sur cette variabilité horaire, à laquelle on ne peut d'ailleurs fixer de causes certaines. Elle est peut-être un peu moins-marquée mais persiste dans l'intervalle des poussées hémorragiques, ce qui augmente de beaucou, l'intérêt de l'épreuve de Duke. Sa durée augmente nettement au moment des règles, qui, nous l'avons vu, n'ont guère d'influence sur le temps de saignement de la femme normale. La variabilité existe à jeun, aussi intense qu'après les repas. Cependant l'ingestion de certains aliments, graisses, charcuterie, fait varier le temps de saignement mais dans des sens et à des degrés sans cesse différents.

De même, l'influence de certains médicaments, hémato-éthyroïdine, coagulants, médication sérique, bien que réduisant incontestablement le temps de saignement ne peut permettre de poser des lois strictes régissant la durée du saignement.

3° La *forme* du saignement est également variable. Le volume des gouttes ne diminue pas progressivement et une gouttelette minuscule est suivie sur le buvard d'épreuve, d'une large tache de sang. Il y a arythmie du saignement dans l'espace comme dans le temps. Exceptionnellement le saignement peut même cesser un moment pour reprendre ensuite spontanément, comme dans les hémorragies provoquées par les sangsues. Ou bien les gouttes sont petites d'emblée et ne diminuent que d'une façon imperceptible et pendant très longtemps de sorte que le saignement se termine très lentement, contrairement à la brusque cessation normale.

4° Enfin Roskam a montré que, dans les états hémorragipares chroniques, le temps de saignement, recherché au même moment, chez le même sujet, mais en des *endroits* différents du pavillon de l'oreille, varie dans des proportions considérables.

Ces diverses modifications du temps de saignement peuvent évidemment ne pas être constamment associées, mais elles coexistent le plus souvent avec l'allongement de durée, qui reste l'anomalie la plus évidente, celle dont on peut tirer pratiquement des conclusions diagnostiques et pronostiques, que nous allons maintenant étudier.

Valeur diagnostique. — En effet, les résultats de l'épreuve du saignement provoqué permettent dans le vaste groupe des états hémorragiques chroniques, d'opposer l'hémophilie et l'hémogénie. Sous ce nom, P. Emile-Weil a décrit un syndrome caractérisé par des poussées purpuriques avec hémorragies multiples, muqueuses et viscérales aussi bien que cutanées. Mais ce syndrome n'englobe pas seulement la plupart des purpuras chroniques hémorragiques. Il doit s'étendre à des cas plus frustes où les lésions cutanées sont discrètes ou absentes, et qui peuvent n'être cliniquement décelés que par quelques hémorragies muqueuses faciles, et en particulier par l'abondance et la fréquence des règles. C'est qu'en effet, contrairement à l'hémophilie, l'hémogénie est beaucoup plus souvent rencontrée dans le sexe féminin.

D'autre part, les tares hématiques des deux syndromes sont opposées. Schématiquement on note :

Dans l'hémophilie { temps de coagulation prolongé, temps de saignement normal.
Dans l'hémogénie { temps de coagulation normal, temps de saignement prolongé.

On voit donc de suite l'importance diagnostique que présente l'épreuve de Duke, d'autant plus grande que les anomalies persistent entre les crises hémorragiques, et font de l'hémogénie une véritable diathèse d'instabilité sanguine, de durée indéfinie mais à poussées hemorragiques plus ou moins fréquentes et plus ou moins localisées.

Certes il est des cas où le diagnostic des deux grands syndromes hémorragipares peut se faire par la seule clinique sans difficultés.

S'il s'agit d'un jeune garçon présentant des hémorragies incoercibles, provoquées par des causes minimes, si l'on trouve des antécédents familiaux analogues, le diagnostic d'hémophilie s'impose.

S'il s'agit d'une femme, à hémorragies spontanées, accompagnées d'éruption purpurique, on pensera de suite à l'hémogenie. Mais il est des cas difficiles : où le purpura est absent, où il n'y a que quelques hémorragies localisées, nasales ou utérines, avec parfois facilité des hémorragies provoquées et même, aspect familial de la diathèse. S'agit-il d'une forme fruste féminine ou génitale de l'hémophilie, ou bien d'un cas d'hémogénie viscérale pure ? C'est alors que l'épreuve du temps de saignement prend toute sa valeur, et celle-ci devient même absolue si l'allongement du saignement est considérable (une heure et plus), ce qui ne se voit que dans l'hémogénie.

Certes il est d'autres tares hématologiques de cette diathèse :

a. La coagulation bien que de durée normale (1) est presque toujours troublée qualitativement. Il y a irrétractilité du caillot totale ou partielle, alors que le caillot blanc des hémophiles rétracte bien. Mais cette irrétractilité n'appartient pas exclusivement à l'hémogénie, et d'autre part elle s'atténue dans les périodes intercalaires et peut devenir difficile à apprécier. Notons encore la facilité d'émiettement et de redissolution du caillot, et l'hypercholémie de la petite quantité de sérum exsudée.

b. Le nombre des hématoblastes normal dans l'hémophilie est ordinairement fortement diminué dans l'hémogénie. C'est la lésion hématique capitale dont dépend presque toujours l'irrétractilité du caillot malgré les faits exceptionnels de MM. Babonneix et Paisseau où le caillot était rétractile malgré l'absence de plaquettes. (On sait que le troisième élément du sang, appelé globulin par Donné, a été nommé hématoblaste par Hayem et plaquette par Bizzozero.) Mais parfois le chiffre des plaquettes est normal comme dans le « purpura myéloïde » de Lenoble malgré l'irrétractilité du caillot qui dépend alors, non de leur diminution (thrombopénie), mais de leur altération qualitative (thrombasthénie), comme l'a prouvé Glanzmann.

c. Enfin, le signe du lacet qui consiste en l'apparition facile d'un piqueté hémorragique par constriction du bras ou par pose d'une ventouse à aspiration mesurable, est précieux parce que n'apparte-

(1) C'est-à-dire : de 10 à 15 minutes au maximum.

nant jamais à l'hémophilie, mais il est inconstant dans l'hémogénie et peut exister en dehors d'elle, en particulier chez le vieillard. Il traduit la fragilité vasculaire que prouve encore la fréquence des capillosités des membres inférieurs, des varices et des thromboses veineuses.

Ainsi donc, l'allongement du saignement provoqué, s'il est considérable, suffit à lui seul à affirmer l'hémogénie.

S'il est modéré (de cinq à trente minutes) on s'aidera de la numération des hématoblastes, parfois délicate et des troubles qualitatifs de la coagulation *in vitro*.

Parfois on trouvera à la fois une prolongation du saignement et un retard de la coagulation. Plusieurs cas sont à distinguer :

A. Ceci est possible, à titre si exceptionnel que P.-Emile Weil le nie dans l'hémophilie vraie, familiale. Mais deux remarques se dégagent de toutes les épreuves de Duke que nous avons pu observer dans ces cas :

1° Contrairement à un retard énorme de la coagulation, la durée du temps de saignement reste modérée (sept à huit minutes) et nous ne l'avons jamais vue dépasser quinze minutes.

2° En pratiquant à plusieurs reprises l'épreuve de Duke chez le même malade, on voit que l'allongement se voit au cours d'une épreuve — pour ainsi dire accidentellement — alors que la plupart des films sont normaux.

Encore faut-il compter avec la fragilité du caillot des hémophiles qui permet la reprise de l'hémorragie au cours d'un effort minime, alors que celle-ci était réellement arrêtée dans les délais à peu près normaux.

Rappelons que dans l'hémogénie, c'est, au contraire, l'épreuve normale qui est l'exception possible, au cours de l'incessante variabilité du saignement.

B. En général, la coïncidence des deux retards de coagulation et de saignement s'observe dans les cas d'hémophilie accidentelle, sporadique, non familiale, analogues à l'hémophilie hirudinée expérimentale. Ces cas, de gravité clinique moindre que l'hémophilie familiale et révélés au hasard d'un traumatisme, s'accompagnent d'ailleurs d'un retard de coagulation de moins de quarante-cinq minutes.

C. Mais si la prolongation du temps de saignement est autant ou plus marquée que celle du temps de coagulation, c'est alors qu'on peut parler de l'adjonction d'un syndrome hémogénique au syndrome hémophilique, de cas mixtes hémophilo-hémogéniques ou plutôt hémogéno-hémophyliques, la dominante clinique étant subordonnée à la lésion hématique principale.

En dehors des deux grandes diathèses hémorragipares, nous avons étudié le temps de saignement, dans les affections du sang, chez les hépatiques, et dans quelques hémorragies isolées au cours d'affections médicales ou chirurgicales.

A. Affections du sang. — Dans les anémies hypoplastiques et pernicieuses, le temps de saignement est allongé mais d'une façon modérée, cinq à dix minutes. On ne trouve d'anomalies plus considérables que s'il s'y associe, éventualité fréquente, un syndrome purpurique.

Les leucémies, myéloïde et surtout lymphatique, et la leucémie aiguë, quand elles s'accompagnent d'hémorragies multiples, montrent une durée de saignement relativement peu augmentée et variable.

Le scorbut et la maladie de Barlow ne s'accompagnent ordinairement que de modifications légères du temps de saignement.

B. Affections du foie. — Si l'on pense au rôle du foie dans les phénomènes qui commandent la coagulation et à la fréquence des hémorragies dans l'insuffisance hépatique, il semblera naturel d'observer chez les hépatiques un temps de saignement prolongé et arythmique qui n'est que la traduction extériorisée du syndrome d'insuffisance hémocrasique du foie décrit par P.-Emile Weil, Bocage et Isch-Wall, caractérisé par un léger retard de la coagulation, diminution de la rétractilité du caillot avec émiettement et redissolution, diminution des hématoblastes, hypercholémie.

Nous reconnaissons là la plupart des caractéristiques hématologiques des hémogéniques qu'on peut ainsi considérer comme des hépatiques latents, à insuffisance élective et maxima de la fonction hémocrasique du foie, insuffisance qui peut ultérieurement s'étendre à d'autres fonctions, biligénique entre autres.

Dans les ictères catarrhaux infectieux ou toxiques, chez les sujets porteurs d'un gros foie cardiaque ou congestif, dans les cirrhoses au début, le temps de saignement est toujours nettement prolongé et arythmique.

Par contre, les ictères chroniques, les cirrhoses confirmées s'accompagnent plus rarement de modifications du saignement, comme si l'organisme s'accoutumait à l'hypercholémie.

Il en est de même pour les kystes hydatiques et les néoplasies du foie.

C. Hémorragies isolées. — Notre maître, M. P.-Emile Weil, a montré la fréquence avec laquelle on trouve des anomalies de coagulabilité dans le sang des sujets atteints d'une hemorragie isolée, pour peu que celle-ci soit importante et prolongée, disproportionnée d'avec la cause qui l'a provoquée, traumatique ou pathologique.

C'est ainsi qu'on trouve ces anomalies extériorisées par un temps de saignement prolongé et arythmique, chez de nombreux hypertendus atteints d'hémorragies isolées, depuis la simple épistaxis jusqu'à l'hémorragie cérébrale. Mais il faut noter que l'hypertension artérielle, contrairement à ce qu'on pense généralement, n'augmente pas à elle seule le temps de saignement. Au contraire, si elle coexiste avec un gros foie, ce qui est assez fréquent chez les hypertendus, ou si seulement les diverses épreuves classiques décèlent un léger degré d'insuffisance hépatique, l'hypertension contribue alors notablement à allonger le saignement.

De même le temps de saignement est fréquemment augmenté ainsi que la coagulation qualitativement altérée *in vitro*, au cours des hemorragies intestinales abondantes ou répétées des typhiques, dans les hémoptysies récidivantes des tuberculeux ou des malades atteints de rétrécissement mitral, ou encore dans les hémorragies périodiques diverses supplémentaires ou complémentaires des règles.

De sorte qu'on peut dire avec P.-Emile Weil qu'il est rare qu'une hémorragie intense, disproportionnée, relève d'une cause uniquement mécanique (plaie, ulcérations vasculaires pathologiques), mais qu'on trouve ordinairement des lesions hématiques associées, ce qui entraîne d'importantes conséquences

thérapeutiques. Et ce rôle du facteur général, sanguin, est surtout évident dans les hémorragies des séreuses (pleurésie hémorragique, hémorragie méningée, etc.).

Valeur pronostique. — Malgré les variations incessantes du temps de saignement dans l'hémogénie, l'allongement et l'arythmie de plus en plus marqués permettent de prévoir l'imminence de poussées hémorragiques et même de présumer leur gravité. Il en est de même chez les hépatiques patents.

Mais il est une autre application pratique particulièrement précieuse qu'entraîne l'allongement du temps de saignement. Au cours d'un traitement par des médicaments hépatotropes et en particulier par l'arsénobenzol, l'augmentation progressive du saignement provoqué est une indication de suspendre ou de ralentir le traitement, sous peine de voir survenir souvent à bref délai des accidents hémorragiques plus ou moins graves. De sorte que l'épreuve de Duke permet de mesurer indirectement l'aptitude du malade à supporter la médication arsénobenzolée qui a, en outre, une action anticoagulante directe, comme l'a montré Tzanck. Mais cette dernière reste accessoire en clinique, car on y observe alors le syndrome hémogénique bien plus que le syndrome hémophilique qu'elle devrait déterminer. Et les accidents de la médication arsénobenzolée, sauf de rares exceptions, sont des phénomènes non d'intoxication — mais d'intolérance où le terrain a le rôle capital,

Enfin, l'examen en série de films de temps de saignement permet de suivre les effets curateurs du traitement de la diathèse hémogénique. Et il sera bon de s'assurer de la réduction du temps de saignement avant de soumettre les hémogéniques et les hépatiques à une intervention chirurgicale.

Physiologie pathologique. — Le temps de saignement ou coagulabilité *in situ* est indépendant de la coagulabilité *in vitro*, comme l'illustre l'exemple de l'hémophilie. C'est qu'en effet, *in vitro*, on étudie le pouvoir coagulant du sang lui-même, protégé de toute influence extérieure, tandis que, *in situ*, interviennent des facteurs de coagulation nouveaux, adjuvants ou vicariants, qui sont les sucs des tissus lésés, l'endothélium des capillaires, les éléments figurés du sang restés au niveau de la plaie.

Rappelons brièvement la théorie de la coagulation *in vitro* d'après Bordet :

1. Le sang contient dans son plasma un ferment, le sérozyme, et une matière coagulable, le fibrinogène.

D'autre part il existe, dans ses leucocytes et surtout ses hématoblastes un second ferment, le cytozyme.

2. Après extraction du sang, le contact d'un corps étranger fait s'agglutiner les hématoblastes qui libèrent ainsi leur cytozyme.

3. En présence des ions calciques du plasma, cytozyme et serozyme s'unissent en thrombine ou fibrin-ferment.

4. La thrombine fait passer le fibrinogène à l'état de fibrine : armature du caillot.

Pour Nolf, la coagulation n'est pas un acte chimique, mais un phénomène physique de floculation. Le plasma peut coaguler à lui seul. Outre, le calcium, il renferme trois substances, fibrinogène, sérozyme et cytozyme qui, normalement en équilibre, peuvent précipiter en un complexe qui est la fibrine.

Normalement *in vivo*, la coagulation est empêchée par une antithrombine, produite par le foie qui neutralise l'action thromboplastique de nombreux facteurs, en particulier, les sucs des tissus.

Or, *in situ*, cette coagulation plasmatique ne joue qu'un rôle tres secondaire.

Le mécanisme de l'hémostase locale est nécessairement différent, avec l'entrée en jeu des nouveaux facteurs que nous avons signalés.

Hayem a montré que l'hémostase locale était due essentiellement à l'agglutination des hématoblastes aux lèvres de la plaie, sous une influence mécanique ou diastasique, en un magma où les éléments perdent vite leur individualité : le « clou hématoblastique », simplement revêtu d'un couvercle de fibrine d'une importance accessoire. Aussi, la majorité des auteurs a-t-elle d'abord attribué uniquement l'allongement du temps de saignement à la réduction du nombre des hématoblastes, qui est normalement de 250.000 par millimètre cube de sang.

D'ailleurs, Duke avait montré que cet allongement est de plus en plus intense à mesure que diminue le chiffre des plaquettes et expérimentalement, il a pu provoquer par le benzol, chez l'animal, un état hémorragique et une augmentation du temps de saignement coïncidant avrc la diminution des plaquettes.

Cependant, Duke lui-même a pu observer des temps de saignement très augmentés par intoxication chloroformique ou phosphorée ou dans certains cas de variole hémorragique, alors que les plaquettes restaient en nombre sensiblement normal. Inversement, des temps de saignement peuvent, rarement il est vrai, rester normaux ou presque, lors d'une diminution considérable des plaquettes.

D'autre part, P. Emile-Weil a vu le nombre des hématoblastes rester très fixe alors que le temps de saignement subissait des variations notables.

Les médications coagulantes, certains aliments qui font varier considérablement le temps de saignement, ne modifient guère le chiffre des hématoblastes.

Après splénectomie, on peut voir le temps de saignement redevenu normal le rester, alors que les plaquettes, après une crise brusque d'augmentation, sont redevenues rares.

A toutes ces objections, on peut répondre :

1° Les hématoblastes, bien qu'en nombre réduit, peuvent suffire à former le clou hémostatique.

2° Ils peuvent n'être rares qu'en apparence et passagèrement, mais, en réalité, être sédimentés dans les capillaires viscéraux comme dans le cas de choc anaphylactique.

3° Bien qu'en nombre normal, ils peuvent être altérés qualitativement et on peut expliquer ainsi la prolongation anormale dans ce cas, du temps de saignement.

Cependant, Roskam a recherché l'agglutinabilité des plaquettes dans leur propre plasma, à des particules étrangères, et l'a trouvé identique chez les sujets normaux et chez les hémogéniques. Par la même expérience, il montrait l'absence de diminution du pouvoir favorisant du plasma analogue à ce qu'est l'opsonisation dans les phénomènes de l'immunité.

D'autre part, de ses expériences sur le chien, Roskam tire les conclusions suivantes :

1° La diminution progressive du nombre des glo-

bulins entraîne une augmentation du temps de saignement de plus en plus marquée, mais jamais très considérable, jamais comparable à celle qu'on observe dans l'hémogénie pour un même chiffre de plaquettes.

2° Une diminution, même énorme de la coagulabilité sanguine, n'entraîne, à elle seule, qu'un allongement minime du temps de saignement (c'est le cas de l'hémophilie).

3° Mais si on associe à une diminution même légère de la coagulabilité une hypoglobulinémie de plus en plus marquée, le temps de saignement a une durée de plus en plus grande, comparable aux temps de saignement de l'hémogénie.

Il y aurait donc deux processus d'hémostase locale :

L'agglutination *passive* des globulins formant le clou hematoblastique et la précipitation de fibrine réticulée qui constitue simplement l'armature de ce clou à l'état normal, mais peut, à elle seule, par vicariance, assurer l'hémostase.

Ceci explique que l'allongement du temps de saignement n'est considérable que dans les cas où il y a à la fois diminution des plaquettes et hypocoagulabilité sanguine — donc déficience simultanée des deux processus d'hémostase locale.

Duke lui-même faisait d'ailleurs une part à la diminution du fibrinogène dans la pathogénie du syndrome purpurique, et c'est ici, surtout, qu'apparaît le rôle du foie, mis en évidence jadis par Apert, puis Grenet, le foie produisant non seulement le fibrinogène, mais le thrombogène pour Nolf, et aussi l'antithrombosine dont la sécrétion est réglée pour contrebalancer l'action des facteurs coagulants.

Mais cette importance donnée au rôle de l'incoagulabilité sanguine associée est excessive dans la plupart des cas d'hémogénie puisque le temps de coagulation y est normal le plus souvent.

P. Emile-Weil a, d'ailleurs, observé la dissociation de ces trois termes : Temps de saignement prolongé redevenant normal; absence d'hématoblastes persistante, mais aussi retard de coagulation persistant.

En réalité, les lésions sanguines ne suffisent pas toujours et il faut faire une part aux lésions vasculaires des endothélias capillaires.

En effet, la coagulabilité *in vitro* des hémogéniques est normale. La thrombopénie ne suffit pas à prolonger considérablement le temps de saignement. L'agglutinabilité des plaquettes n'est pas modifiée *in vitro*.

Il ne reste donc qu'un autre facteur ; l'endothélium vasculaire qui a normalement une forte action thromboplastique, mais peut chez les hémogéniques, empêcher, au contraire, l'agglutination des plaquettes à son niveau. Il y a dyscrasie endothélio-plasmatique suivant l'expression de P. Emile-Weil et deux signes traduisent encore cette insuffisance vasculaire associée : le signe dulac et et la fréquence des thromboses veineuses.

Nolf a décrit cette endothéliite parcellaire hémorragique qui, d'une part, favorise les ruptures vasculaires, d'autre part, rend l'hémorragie consécutive moins coercible, par divers mécanismes. Roskam croit qu'il s'agit surtout d'une diminution dans l'aptitude des lèvres de la plaie vasculaire à se laisser opsoniser par le plasma pour provoquer l'agglutination des plaquettes. Et Roskam voit une preuve de l'importance du facteur endothélial dans l'existence simultanée des temps de saignement très différents suivant les points d'incision chez un même sujet.

Nolf pense que, outre la viciation des sucs des tissus lésés, moins thromboplastiques que normalement l'endothéliite, agit aussi à distance dans le cas de lésions très étendues ; il y aurait adhésion des plaquettes sur ces larges surfaces endothéliales lésées, qui, d'autre part, épuiseraient vite leur cytozyme, et retentiraient sur la fonction régulatrice qu'a le foie sur la coagulabilité sanguine.

Il est vrai d'ajouter que cette endothéliite n'a pas été retrouvée par d'autres auteurs dans les purpuras chroniques et que sa reproduction expérimentale ne provoque pas le syndrome hémogénique classique.

D'ailleurs, les phénomènes de l'hémostase sont plus complexes. Il faut encore faire intervenir, outre l'insuffisance hémocrasique du foie, des influences endocriniennes qui expliquent la variabilité du temps de saignement avec certaines médications opothérapiques. D'autre part, certains phénomènes anaphylactiques, d'ordre alimentaire surtout, semblent être à la base de certaines poussées hémorragiques, et Glanzmann décrit un purpura anaphylactoïde. D'ailleurs, ces divers facteurs n'agissent en définitive que par l'intermédiaire de la double lésion sanguine et vasculaire et, en particulier, on connaît la brusque diminution des plaquettes dans le choc anaphylactique.

En résumé, si l'on ne peut plus admettre l'hémogénie comme une simple maladie des plaquettes, comme une thrombopénie essentielle, il semble bien que la diminution de leur nombre joue le rôle le plus important dans la pathogénie du temps de saignement des etats hémogéniques.

Quant à savoir la cause de cette diminution des plaquettes, le débat reste ouvert entre de nombreuses hypothèses.

On admet généralement l'origine des hématoblastes, ces nains du sang au dépens des mégacaryocytes, les géants de la moelle osseuse. On comprend facilement leur diminution dans les affections destructives de la moelle osseuse normale, anémie aplastique, leucémie aiguë, chloromes, intoxication benzolée.

Mais d'où vient l'inhibition de la moelle osseuse, quant à la formation des plaquettes dans les syndromes hémogéniques? On a invoqué le rôle des sécrétions internes viciées et surtout de l'insuffisance hépatique, plus ou moins dissociée.

Plus récemment Franck a pensé à une action myélotoxique exercée par la rate, prouvée, dit-il, par la crise hematoblastique suivant la splénectomie.

Ce rôle de la rate a été envisagé autrement par Kaznelson. La splénectomie agirait en supprimant l'action destructive exagérée de la rate sur les plaquettes, et non en levant une action inhibitrice sur la moelle osseuse.

Traitement. — Le rôle des plaquettes dans la pathogénie du temps de saignement explique facilement l'action curative d'une transfusion de sang complet, qui apporte au malade les hématoblastes qui lui manquent et ne sont nullement altérés par l'addition du citrate de soude, habituellement employé comme anticoagulant au cours de cette opération. Mais si l'arrêt des hémorragies, et le retour à la normale du temps de saignement surviennent en quelques heures, les bons effets de la transfusion restent passagers, bien que persistant plus

longtemps que l'augmentation des hématoblastes dans le sang du malade.

On obtient des résultats analogues et parfois même supérieurs, en injectant simplement sous la peau 20 à 40 centimètres cubes de sang complet. Le mécanisme de cette action est plus délicat à interpréter. Il est probable que le sang injecté agit comme albumine étrangère et provoque des phénomènes de choc hémoclasique dont une des caractéristiques est l'hypercoagulabilité sanguine comme l'ont montré Widal, Dufour et leurs collaborateurs.

On renouvelle cette injection tous les deux ou trois mois, pour éviter le retour d'accidents hémorragiques, et surtout si le malade doit subir une intervention chirurgicale.

Le sérum en injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes ou même en lavement arrête les hémorragies probablement par le même mécanisme et réduit souvent en vingt-quatre heures le temps de saignement du quart ou de moitié.

Dans le cas d'hémorragies isolées on peut utiliser le sérum en applications locales (tamponnement utérin, nasal) et ce mode d'administration donne parfois des résultats aussi appréciables dans l'hémogénie que dans l'hémophilie bien que dans la première diathèse, le sérum ne corrige nullement les lésions du sang comme dans la seconde.

Récemment on a préconisé des sérums plus actifs que nous ne ferons que citer :

Sérum humain qui en injection veineuse ne cause pas d'accidents anaphylactiques.

Sérum d'animaux saignés à plusieurs reprises et en pleine régénération sanguine. Ce sérum serait plus hémopoiétique et plus thrombo-activant (Carnot).

Sérum de lapin ou de mouton, à coagulation plus rapide que celui du cheval.

Sérum sérique de Dufour et Le Hello, obtenu de lapins en voie d'anaphylaxie passive, par l'ingestion de sérum antidiphtérique. Le choc anaphylactique rend en effet le sang hypercoagulable, comme nous l'avons dit, au moins pendant quelque temps, car on observe ordinairement une hypocoagulabilité secondaire, réactionnelle, qui explique la possibilité d'un purpura anaphylactoïde.

Dans le même ordre d'idées nous citerons le coagulène de Kocher et Fonio, extrait de plaquettes de porc qui ne paraît pas avoir de supériorité sur la sérothérapie.

D'autres agents thérapeutiques raccourcissent le temps de saignement et arrêtent le syndrome hémorragique.

M. Gilbert préconise l'extrait hépatique

Les vaso-moteurs (adrénaline, nitrite d'anyle) n'ont d'action que sur le volume des gouttes de sang et non sur leur nombre dans le saignement provoqué. Au contraire la pituitrine raccourcit le temps de saignement ainsi que l'émétine.

Dans la forme féminine de l'hémogénie, l'hémato-éthyroïdine s'est montrée presque toujours efficace, qu'il y ait ou non des signes d'hyperthyroïdie.

Nolf a préconisé la peptone de Witte en injection sous-cutanée de 0,05 à 25 centigrammes. Mais elle peut avoir une action inverse, suivant la rapidité d'injection les doses et le terrain, car le foie réagit à l'injection de peptone par une surproduction d'antithrombine.

Enfin rappelons l'action favorable de la splénectomie dans certains cas hémorragipares chroniques avec splénomégalie.

Conclusions. — 1. L'étude du temps de saignement apporte une contribution importante au diagnostic des deux grandes diathèses hémorragipares, hémophilie et hémogénie, et aide à déceler un hépatisme latent.

2. Les anomalies du temps de saignement (allongement et arythmie) traduisent le plus souvent l'insuffisance hémocrasique du foie isolée ou associée à d'autres signes d'insuffisance hépatique.

3. Leur accentuation permet de prévoir l'imminence d'accidents hémorragiques dans l'évolution de l'hémogénie, ou au cours d'un traitement arsénobenzolé.

4. Elles relèvent essentiellement d'une double lésion — vasculaire : endothéliite — et sanguine : diminution des hématoblastes, cette dernière paraissant ordinairement la plus importante.

5. Le traitement par le sang complet — la sérothérapie — certaines opothérapies — agit bien sur l'arrêt des hémorragies — et le raccourcissement du temps de saignement sans modifier d'une façon définitive la lésion sanguine elle-même.

BIBLIOGRAPHIE

1. Achard et Aynaud. Action comparée de la peptone *in vivo* et *in vitro*, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1908, t. LXV, p. 554.
2. Babonneix et Paisseau. Anémie pernicieuse infantile, avec aplastie sanguine, moelle osseuse jaune, lymphocytose, réaction myéloïde embryonnaire de la rate et des ganglions, *Arch. des mal. du cœur*, 1910, p. 577.
3. Bensaude. Sur l'absence de rétraction du caillot sanguin et de transsudation du sérum dans les diverses variétés de purpura hémorragique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 janv. 1897.
4. Bensaude. L'état du sang dans le purpura hémorragique, *Id.*, 1912, p. 134.
5. Bensaude et Rivet. Les formes chroniques du purpura hémorragique. Poussées indéfinies et réveils à longs intervalles. Rapports dans certains cas avec la tuberculose, *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 193.
6. Bordet. *XIVe Congrès de med.*, Bruxelles 1921.
7. Carnot Thérapeutique des syndromes hémorragiques, *XIIIe Congrès de méd.*, Paris 1912.
8. Coe. The treatment of purpuric conditions and Hemophilia, *Journ amer med. Assoc.*, 6 oct. 1906, p. 1090.
9. Denys. Etude sur la coagulation du sang, *La Cellule*, 1887, t. III, p. 445.
10. Denys. Un nouveau cas de purpura avec diminution considérable des plaquettes, *Id.*, 1889, t. V, p. 189.
11. Dufour et Le Hello. Thérapeutique des hémorragies par le sérum sérique antihémorragique (anthema), *Journ. méd. franç.*, 1922, n° 1.
12. Duke. The relation of blood-platelets to hemorragic disease, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1er oct. 1910, p. 1185.
13. Duke. The behavior of the blood-platelets in toxemias and hemorragic disease, *John Hopkins hosp. Bull.*, mai 1912, p. 2 5.
14 Duke. The pathogenesis of purpura hœmorragica with especial reference to the part played by blood-platelets, *Arch. of int. med.*, 15 nov. 1912, p. 445.
15. Duke. La vitesse de régénération des globulins, *Journ. of experim. med.*, sept. 1911, p. 265.
16. Fonio. Ueber die neue Blutstillungsmethode und Wundbehandlung durch das Coagulin Kocher-Fonio, *Corr. Bl. f. schweiz. Ærtzte*, 1913, p. 385, 422 et 456.
17. Forgue. Les propriétés physiologiques des globulins. Leur rôle dans la coagulation du sang. Applications thérapeutiques, *Progrès méd.*, 1917, p 14.
18. Frank Die essentielle Thrombopenie (Konstitutionnelle Purpura, Pseudo-Hämophilie), *Berl. klin. Woch.*, 3 et 10 mai 1915.
19. Frank. Die splenogene Leucomyelotoxikose, *Id.*, 22 mai 1916 et 11 juin 1917.
20. Gilbert et P.-Emile Weil. Etude hématologique d'un

cas de purpura hémorragique chez un tuberculeux, *C. R. de la Soc. de biol.*, 29 oct. 1898.
21. GLANZMANN Beiträge zur Kenntriss der Purpura am Kindesalter, *Jahrb. f. Kind.*, 1916, p. 271 et 379.
22. GLANZMANN. Hereditäre hämorrhagische thrombasthenie (ein Beitrag zur Pathologie der Blutplättchen, *Id.*, 1918, p. 1 et 113.
23. GLANZMANN. Die Konception der anaphylaktoiden Purpura, *Id.*, 1920, p. 391.
24. GRENET. Etat du caillot dans le purpura, *Revue franç. méd. et chir.*, 1904, n° 4, et *Th. de Paris*, 1905.
25. HAYEM. Du purpura, *Presse méd*, 22 juin 1895.
26. HAYEM. *Leçons sur les maladies du sang*, Masson, 1900.
27. HAYEM. *L'Hématoblaste*, Paris 1923.
28. HAYEM et BENSAUDE. Non-rétractilité du caillot et absence de formation de sérum dans la variole hémorragique primitive, *C. R. de la Soc. de biol.*, 19 janv. 1901.
29. HAYEM et BENSAUDE. Leucémie aiguë à forme de purpura hémorragique. Non-rétractilité du caillot sanguin, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 fév. 1903.
30. KAZNELSON. Verschinden der hämorrhagischen Diathese bei einer Falle von essentielle Thrombopénie nach Milzextirpation : splenogene thrombolytische Purpura, *Wien. klin. Woch.*, 16 nov 1916.
31. KAZNELSON. Thrombolytische Purpura, *Zeit. f. klin. Med.*, 1919, p. 133 et 155.
32. KAZNELSON. Beiträge zur Pathogenese hämorrhagischer Diathesen, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 19 9, p. 119.
33. LENOBLE. La conception des purpuras d'après leur formule anatosanguine, *Arch. de méd. expérim.*, 1903, p. 238 et 379.
34. LENOBLE. Le purpura myéloïde et les érythèmes infectieux hémorragiques à forme purpurique (purpuras hémorragiques faux ou secondaires), *Arch. de méd. expérim.*, sept. 1905, p. 529.
35. LE SOURD et PAGNIEZ. Un cas de purpura hémorragique avec disparition totale des plaquettes du sang, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 12 juillet 1912.
36. MORAWITZ. Blutungszeit und Gerinnungszeit; ihre Beziehungen; ihre diagnostiche Bedentung, *Med. Klin.*, 12 déc. 1920.
37. MOUZON. Les plaquettes du sang humain, *Th. Paris*, 1921.
38. NOLF. Coagulation du sang, *XIIIe Congrès de méd.*, Paris 1912.
39. ROSKAM. Globulins et temps de saignement, *C. R. de la Soc. de biol.*, 7 et 28 mai 1921.
40. ROSKAM Pathogénie des hémorragies incoercibles des purpuriques, *Id.*, 27 mai 1922.
41. ROSKAM. Physiologie du globulin, *Arch. intern. de physiol.*, t. XX, f. 3, et *Th. de Liége*, 1923.
42. TZANCK. Incoagulabilité sanguine *in vitro* par les arsenobenzènes, *C. R. de la Soc. de biol.*, 22 janv. 1921.
43. WEIL (P.-Emile) Le temps de saignement expérimental, *C. R. de la Soc. de biol.*, 15 mars 1913.
44. WEIL (P.-Emile). La durée des règles, les ménorragies et le temps de saignement, *Id*, 27 avril 1912.
45. WEIL (P.-Emile). Les agents modificateurs du temps de saignement expérimental, *Id.*, 9 avril 1921.
46. WEIL (P.-Emile). Remarques physiologiques sur les médicaments hémostatiques, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 mars 1921.
47. WEIL (P.-Emile). La dyscrasie endothélio-plasmatique chronique hémorragique (contribution à l'étude des purpuras chroniques), *Revue méd.*, fév. 1920.
48. WEIL (P.-Emile). Les états hémorragipares chroniques. Hémophilie et hémogénie, *Journ. méd. franç.*, 1922, n° 1.
49. WEIL (P.-Emile) et BLOCH. Thromboses veineuses au cours d'états hémorragiques chroniques, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 11 nov. 1920.
50. WEIL (P.-Emile) et BOCAGE. Le temps de saignement dans l'hémogénie, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 avril 1922.
51. WEIL (P.-Emile), BOCAGE et COSTE. Etats hémorragipares, temps de saignement et hématoblastes, *C. R. de la Soc de biol.*, 7 janv. 1922.
52. WEIL (P.-Emile), BOCAGE et ISCH-WALL. L'émiettement et la redissolution du caillot chez les hépatiques, *Id.*, 17 juin 1922.
53. WEIL (P.-Emile), BOCAGE et ISCH-WALL. Le syndrome de l'insuffisance hémocrasique du foie, *Presse méd.*, 1er juillet 1922.
54. WEIL (P.-Emile) et BOYÉ. Traitement des hémorragies par la médication sérique, *Journ. méd. franç.*, 1922, n° 1.

SOCIETES SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1923)

Evolution morphologique de spirochètes fécaux cultivés en bouillon-sérum de cheval. — MM. G. DELAMARE et ACHITONY.

Les streptocoques chromogènes. — MM. P. DURAND et P. GIRAUD.

Conditions physico-chimiques de la vitalité microbienne. — M. W. KOPACZEWSKI. Après avoir étudié la spécificité physique des microbes, le vieillissement des cultures microbiennes, et l'antagonisme microbien, l'auteur montre quel est le mode d'action des microbes.

Les modifications physico-chimiques apportées dans le milieu de culture des microbes, considérées en tant que variations, soit du degré de dispersion des colloïdes des humeurs organiques, soit du degré de la perméabilité des membranes cellulaires peuvent expliquer le mécanisme des processus pathologiques infectieux. L'augmentation de la tension superficielle (pneumocoque, vib. cholérique, b. diphtérique, etc.) en provoquant une agglutination de microbes, doit nécessairement avoir comme une autre conséquence une diminution du degré de dispersion des colloïdes (floculation). Toute modification de la concentration en ions H+ (b. dysentérique, diphtérique, typhique, vib. cholérique, etc.) se répercutera sur le degré du gonflement des gels colloïdaux et nécessairement sur le degré de leur perméabilité.

Ces recherches sont particulièrement importantes car elles permettent d'espérer qu'il sera possible d'arriver à instituer une thérapeutique causale des maladies infectieuses.

Sur le pouvoir floculant et sur les propriétés immunisantes d'une toxine diphtérique rendue anatoxique (anatoxine). — M. G. RAMON. Une toxine dont la nocivité est complètement abolie, mais dont l'aptitude à floculer en présence d antitoxine n'a pas sensiblement varié peut engendrer une immunité et une production d'antitoxine dont les résultats exposés par l'auteur permettent d'apprécier toute la valeur.

Cette antitoxine trouve naturellement son emploi dans l'immunisation et l'hyperimmunisation des animaux; de plus, grâce à son inocuité et au degré très élevé d'immunité qu'elle confère, elle paraît également indiquée pour la vaccination antidiphtérique de l'enfant.

L'auteur poursuit de nouvelles expériences au sujet d'autres toxines : la toxine tétanique en particulier.

Réaction de la cornée vis-à-vis de l'infection expérimentale du névraxe par les virus de l'herpès et de la vaccine. — MM. Georges BLANC et J. CARMINOPETROS.

De l'action du radium sur le sarcome infectieux du poulet. — M. A. PEYRON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1923)

Les expertises médicales de pensions militaires. — M. Léon BERNARD. La Commission n'a en vue que des perfectionnements d'ordre matériel à apporter aux modes d'application de la loi.

1° Le principal a pour objet les conditions qui président à l'expertise médicale des réformés : les conditions actuelles ont fait la preuve de leurs défaillances. Nous souhaitons que

désormais les centres de réforme soient dotés d'experts qui justifient par leur compétence cette dénomination, et que les cas litigieux soient nécessairement soumis à l'appréciation de surexperts, choisis par région parmi les personnalités scientifiques faisant autorité.

Il nous semble facile de créer une telle organisation; si l'Administration ne dispose pas des moyens suffisants à y parer, elle peut du moins les préparer : l'institution d'un corps d'experts est désirable et réalisable.

2° En ce qui concerne les affections médicales, le barème des taux d'invalidité doit être soumis à une nouvelle étude, en vue d'y introduire plus de précision. En particulier, les conditions d'octroi du 100 p. 100 aux tuberculeux doivent être encore plus rigoureusement définies, car le décret du 17 octobre 1919 qui les a fixées n'a pas été respecté ; en outre, il y aurait lieu d'indiquer les taux d'invalidité à accorder aux tuberculeux qui ne rentrent pas dans le cadre clinique du 100 p. 100 ainsi qu'aux réformés présentant les suites d'intoxications par gaz de combat. Actuellement, aucune prescription n'existe à leur égard.

3° Enfin, désormais pour les militaires qui ne se sont pas trouvés dans des conditions de guerre les empêchant de faire la preuve de l'origine de leur blessure ou de leur maladie, cette origine devrait reposer non sur une présomption, mais sur une enquête et des conclusions d'ordre médical.

Les mesures proposées paraissent concilier les intérêts légitimes des victimes de la guerre comme des futurs militaires réformés avec le souci de la vérité médicale comme des intérêts généraux du pays. Elles sont résumées ainsi sous forme de conclusion :

L'Académie de médecine, s'associant aux sentiments de reconnaissance nationale qui ont inspiré la loi du 31 mars 1919, mais ayant été à même de connaître des errements d'ordre médical qui ont vicié l'application de la loi, demande que cette application repose dorénavant sur les avis d'experts de compétence certaine et sur les prescriptions de barèmes rationnels et précis ; en outre, hors des conditions spéciales de guerre, les maladies ne devraient donner droit à pension que si elles peuvent être rattachées au service à la suite d'examen médical d'experts.

Rapport sur l'application aux expertises des méthodes dites d'enrichissement pour l'étude des crachats tuberculeux. — M. F. BEZANÇON. Des nombreuses méthodes préconisées pour l'homogénéisation des crachats et la collection des B. tuberculeux qui y sont contenus, deux seules sont pratiquement employées en France, la méthode d'homogénéisation par la soude, perfectionnée par MM. Bezançon et Philibert, la méthode d'homogénéisation par l'antiformine, telle que l'emploie Calmette. Ces deux méthodes ont une valeur à peu près égale et peuvent être employées indifféremment.

M. Bezançon préfère la méthode de la soude qui est beaucoup plus simple et plus rapide.

La méthode d'homogénéisation et de centrifugation donnent des résultats excellents à condition que, comme l'ont montré MM. Bezançon et Philibert, on abaisse la densité du liquide homogénéisé en mettant beaucoup d'eau et en ajoutant de l'alcool à 50 degrés.

Par la méthode de la soude, à l'hôpital Boucicaut, l'auteur a pu dépister le B. de Koch dans 35 cas sur 600 où il avait passé inaperçu à l'examen direct.

La méthode, à condition d'être employée avec une technique rigoureuse, doit donc être utilisée pour les expertises militaires Quant à la technique de l'autolyse des crachats par mise directe à l'étuve et sédimentation que MM. Bezançon, Philibert et Mathieu ont récemment proposée, quoi qu'elle leur ait donné de bons résultats et qu'elle ne puisse entraîner aucune cause d'erreur, le rapporteur estime qu'elle est de date trop récente pour être introduite à l'heure actuelle dans la pratique des expertises.

Un cas de lèpre autochtone. — M. JEANSELME présente deux malades, le père et le fils, atteints de lèpre, ces deux malades n'ont jamais quitté Paris. Il s'agit là d'une contagion familiale.

Abaque tiré des formules de Bouchard pour le calcul de la surface du corps de l'homme et de la femme. — M. FAILLIÉ. La mesure de la surface du corps est la donnée fondamentale qu'il faut confronter avec les résultats de l'analyse des gaz de la respiration pour obtenir un élément d'application scientifique de la valeur d'un métabolisme basal ou d'un métabolisme de hasard.

La conception fondamentale sur cette mesure est celle de Bouchard.

Il semble que ses successeurs n'aient pas connu ce travail magistral et définitif et qu'ils soient revenus aux formules condamnées par M. Bouchard. M. Faillié reprenant l'œuvre de M. Bouchard a transcrit sous forme d'abaque les formules très compliquées que M. Bouchard avait établies et les a rendues, de cette manière, très facilement utilisables apportant ainsi plus de précision dans le calcul de la surface du corps humain et par conséquent dans les études sur le métabolisme basal.

L'influence nocive de l'association morbide : malaria, syphilis, néosalvarsan — MM. G. MARINESCO et State DRAGANESCO. Il s'agit d'une malade atteinte de paralysie générale, chez laquelle après quelques injections de néosalvarsan, ont apparu des accès de malaria tropique. Pour utiliser, dans le traitement de la paralysie générale, la méthode préconisée par Wagner-Jauregg (de Vienne), on ne donne pas de quinine à la malade. Celle-ci après quelques accès, tombe dans un état semi-comateux qui finit par la mort.

MM. Marinesco et Draganesco, en tenant compte des observations antérieures, se croient autorisés d'admettre que la malaria, chez cette femme, est un cas de paludisme latent réactivé par le néosalvarsan, dont l'action nocive surajoutée à celle de la syphilis et de la malaria explique l'évolution mortelle du cas. Des faits du même genre ont été publiés ces dernières années par MM. Paisseau et Loubrieu, Sklarz, Isaac Krieger, etc. L'intérêt tout particulier du cas présent c'est, en dehors des embolies parasitaires des centres nerveux et spécialement des noyaux dentelés, la présence des nodules malariques, caractérisés par des hémorragies annulaires, des réactions névrogliques et des altérations des fibres nerveuses, qui présentent des effilochements, des boules de trajet et des massues terminales.

Elections. — M. Doléris, vice-président, passant de droit président, M. Barrier est élu, à l'unanimité, vice-président.

M. Souques est maintenu, par acclamation, secrétaire annuel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1923)

Manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis. — M. FLANDIN rapporte quatre observations de lésions articulaires ou ostéo-articulaires rentrant dans le cadre du rhumatisme chronique déformant ou non, ou dans celui des ostéo-arthrites progressives sans aucun caractère spécifique permettant de les considérer comme de nature syphilitique, cette origine peut être cependant prouvée par les lésions concomitantes. Le traitement mercuriel et bismuthé amena une amélioration rapide des symptômes L'auteur insiste à propos de ce cas sur l'effacement des caractères spécifiques à mesure que l'infection syphilitique devient plus avancée.

M. DUFOUR. Les observations de rhumatisme chronique syphilitique se multiplient. L'auteur en a encore observé un cas typique tout récemment avec M. Duvoir. Il n'y a pas de stigmate anatomo-pathologique caractéristique de la syphilis dans ce cas.

Un cas de pleurésie chez une syphilitique. — M. GRENET rapporte l'histoire d'une malade de trente-neuf ans ayant présenté des signes de congestion pulmonaire avec épanchement pleural. L'examen du liquide donne un résultat négatif quant à la tuberculose, mais le Bordet-Wassermann du sang fut positif. Le traitement améliora l'état général mais fut appliqué trop tard pour qu'on puisse lui attribuer avec certitude la disparition de l'épanchement. S'agit-il de tuberculose, de pneumococcie ou de syphilis? Il est difficile de trancher la question, et M. Grenet ne voit dans son observation qu'un document.

Sclérodermie mutilante avec maux perforants plantaires. — MM. F. BEZANÇON et C. BERNARD présentent un homme de soixante-six ans atteint d'importantes mutilations.

Amputation de l'avant-bras gauche, amputation de l'index droit nécessitées il y a deux ans et un an par l'évolution subaiguë de panaris douloureux et nécrosants. A la main droite la sclérodermie est typique; au médius l'ongle est en état de rudiment et à sa base commence une ulcération.

Il n'y a pas de troubles de sensibilité objective. Le malade est venu consulter pour deux maux perforants plantaires, excessivement douloureux; la douleur présente des paroxysmes, véritables causalgies. Les pieds et les jambes ont l'aspect du trophœdème.

Il y a hyperalbuminose céphalo-rachidienne sans lymphocytose; les réactions de Wassermann et du benjoin colloïdal sont négatives. Le métabolisme basal est normal, rien ne trahit grossièrement l'insuffisance thyroïdienne.

Mais les douleurs paroxystiques, les troubles vaso moteurs et trophiques indiquent nettement un trouble de l'innervation sympathique. L'affection évolue par étapes, et à chaque poussée on retrouve la causalgie et la dystrophie allant jusqu'à la mutilation.

Les auteurs notent que le réflexe oculo-cardiaque est normal, le réflexe solaire absent, que les réactions à l'adrénaline et à la pilocarpine sont normales. Ces interrogateurs habituels au système végétatif restent muets alors que l'examen clinique montre ce système profondément touché.

Névralgie faciale et syphilis. — M. Marcel PINARD présente une malade atteinte de névralgie faciale « dite essentielle » existant depuis sept ans ayant subi tous les tests et démontrant que la syphilis n'était pas en jeu. L'alcoolisation avait donné une amélioration de sept mois, une deuxième échoua. La radicotomie intracranienne fut conseillée.

Myopie, taches blanches dentaires, vitiligo firent poser le diagnostic de névralgie hérédo-syphilitique. En huit jours les douleurs disparurent complètement. Les méthodes utilisées pour la recherche de la syphilis font rejeter ce diagnostic trop souvent alors qu'il est exact, elles doivent être améliorées.

Sur un cas de syphilis de la rate. — MM. H. GRENET et J. PEYNAUX. Cet homme a été atteint de syphilis à prédominance splénique avec anémie grave. La maladie a débuté au mois de février et a évolué en deux temps : d'abord apparition brusque de symptômes et néphrite aiguë (frissons, œdèmes, albuminurie abondante et sang dans les urines, puis hypertrophie de la rate; c'est alors que cet homme est entré à l'hôpital. Les symptômes rénaux étaient en décroissance; mais on constatait une pâleur extrême de la peau et des muqueuses et une énorme hypertrophie de la rate qui remplissait tout le flanc gauche et donnait même, à la palpation bimanuelle, un contact lombaire net (les auteurs se sont assurés par l'examen radiologique qu'il s'agissait bien d'une grosse rate et non d'une tumeur rénale); l'examen du sang a montré un abaissement considérable du nombre des globules rouges (1500.000) avec une leucocytose normale et une absence complète de déformations globulaires et de formes anormales. Le foie était légèrement augmenté de volume. En l'absence de tout paludisme et de toute infection connue, les auteurs ont recherché la syphilis, niée de bonne foi par le malade, et dont on ne trouvait aucun stigmate. La réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée franchement positive dans le sang. Mis au traitement, arsenic et bismuth, le malade a rapidement retrouvé ses forces; en dix neuf jours, le nombre des globules rouges est passé à 3.500.000 et atteignait au bout de quatre mois 4.970.000; toute trace d'albumine et de sang dans les urines a disparu; la rate, tout en restant grosse, a considérablement diminué de volume; la réaction de Bordet-Wassermann demeure positive.

L'importance des symptômes rénaux associés, souvent notés dans les observations, ne doit pas empêcher de porter le diagnostic de syphilis splénique, l'hypertrophie de la rate et l'anémie dominant tout le tableau clinique. L'importance de la déglobulisation a été très grande dans leur cas et on ne la trouve pas souvent aussi accentuée. Les auteurs n'ont pas noté ici de leucopénie, sauf dans un seul examen, fait alors que le malade était déjà en pleine amélioration, et cette leucopénie (2.000 leucocytes) a coïncidé avec l'apparition de myélocytes neutrophiles. Toutes les autres numérations ont donné une leucocytose sensiblement normale. Le résultat thérapeutique obtenu est remarquable non seulement par lui-même, mais encore par sa rapidité.

Ce fait montre une fois de plus l'intérêt qu'il y a à rechercher la syphilis dans les splénomégalies chroniques. La réaction de Bordet-Wassermann dont M. P.-S. Weil a montré la fréquence en pareil cas, mais sur l'interprétation de laquelle il a formulé certaines réserves, nous paraît garder sa valeur diagnostique générale.

Les crèches pour le personnel dans les hôpitaux de Paris. Leurs résultats. — M P. ARMAND-DELILLE expose les résultats obtenus depuis trois ans successivement dans la crèche de l'hospice d'Ivry et dans la crèche de la Salpêtrière, récemment organisée, pour les nourrissons des infirmières en service dans ces hôpitaux. Les mères viennent toutes les trois heures allaiter leur enfant et les remmènent le soir. Le mode d'alimentation, les quantités et le nombre des repas sont réglés lors de la visite hebdomadaire qu'il fait et dans lequelle il examine chaque nourrisson et donne les conseils nécessaires à la mère.

A la Salpêtrière, il a obtenu de plus le boxage des trente lits de la crèche, ce qui a permis d'éviter une épidémie de coqueluche. Les nourrissons sont sortis chaque jour sur une galerie, sauf par mauvais temps, et prennent quotidiennement pendant la belle saison des bains de soleil.

Grâce à cette surveillance et à cette organisation tous les enfants ont des courbes normales de poids et aucun n'a présenté de rachitisme. Il n'a eu à déplorer que deux décès : un survenu à Ivry chez un enfant emmené par sa mère en vacances et mal soigné pendant cette période, et un survenu à la Salpêtrière par mort subite chez un très bel enfant atteint d'eczéma.

Il insiste sur la nécessité de créer dans tous les hôpitaux de telles crèches, chambres d'allaitement, car on connaît la mortalité effrayante des enfants placés en garde à la campagne et qui sévit encore beaucoup même pour les nourrissons du personnel des hôpitaux ainsi éloignés de leur famille.

Grâce aux chambres d'allaitement, sous surveillance d'un médecin d'enfants, on peut la réduire au minimum, c'est-à-dire à environ 2 p. 100. C'est non seulement la sauvegarde de nombreuses vies humaines en ce temps de faible natalité, mais c'est un devoir particulièrement sérieux pour l'Assistance publique de Paris qui, jusqu'à présent, n'a pu créer ces organisations que dans quelques-uns de ses hôpitaux.

L'emploi de l'insuline chez les diabétiques tuberculeux. — MM. Marcel LABBÉ, BITH et BOULIN ont traité quatre diabétiques graves tuberculeux par l'insuline avec résultats favorables.

Pas de modification des lésions pulmonaires, pas de poussées évolutives, pas d'élévation de température, pas d'aggravation des signes fonctionnels.

D'autre part, meilleur état général, augmentation du poids grâce à l'amélioration du métabolisme hydrocarboné; disparition de l'acidose et des menaces d'intoxication.

L'action de l'insuline sur le diabète est la même chez les diabétiques tuberculeux que chez les diabétiques ordinaires.

Pour ces auteurs, la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques n'est donc pas une contre-indication au traitement par l'insuline comme certains l'ont écrit. Au contraire, ayant une action favorable sur la nutrition générale son emploi est à conseiller.

C'est d'ailleurs aussi l'opinion des spécialistes américains du diabète.

La céphalée bismuthique. — MM. BENSAUDE, CAIN et OURY insistent sur ce signe d'intoxication qui existe toujours à l'état isolé. La céphalée est tantôt précoce, semi-tardive, tantôt et le plus souvent tardive survenant après deux ou trois ans de traitement par le sous-nitrate de bismuth. La pathogénie est obscure, deux facteurs semblent s'associer : le déséquilibre nerveux que présentent le plus souvent les malades; la transformation dans le milieu intestinal alcalin du sous-nitrate en albuminate; sel soluble et qui diffuse dans tout l'organisme.

Sur les dangers de l'interruption du traitement chez les diabétiques graves soignés par l'insuline. — MM. Blum, Carlier et Schwab relatent une série de faits qui montrent les dangers auxquels sont exposés les diabétiques graves soignés à l'insuline quand on supprime brusquement cette thérapeutique ou quand, par suite de complication, les doses employées deviennent insuffisantes.

Un malade atteint de diabète très sévère, grandement amélioré par l'insuline, montra les premiers signes de l'intoxication acide quarante-huit heures après l'arrêt des piqûres, et la mort survint trois jours plus tard par coma. Chez un autre malade la diminution de la dose pendant une complication fébrile déclancha un coma qui put être maîtrisé par l'emploi de fortes doses (380 unités anglaises) d'insuline.

Chez les adultes âgés très atteints la régénération de la fonction pancréatique semble être très réduite de sorte que l'on est obligé de continuer le traitement sans arrêt.

Chez les enfants la restauration glandulaire semble se faire davantage.

Pour préserver les diabétiques de ces dangers il faut qu'ils disposent de réserves d'insuline. Si l'insuline fait défaut il faut considérer ces malades comme menacés de coma, les mettre au jeûne et leur faire prendre de l'alcali sous forme d'un mélange de bicarbonate de soude et de potasse et de carbonate de calcium, jusqu'à ce que les urines aient pris une réaction neutre ou alcaline.

Etudes sur l'hémophilie. — M. R. Frissly (de Lausanne) étudie : 1° la physiopathologie de la coagulation ; 2° la pathogénie de l'hémostase ; 3° la thérapeutique des accidents aigus. Il démontre qu'on ne peut mettre en évidence dans le plasma d'hémophile de l'antithrombine en excès par le procédé qu'on emploie pour rechercher cette substance dans le plasma de peptone. L'incoagulabilité relative du sang hémophilique n'est pas due à une insuffisance de la thrombine mais à la lenteur de sa formation. Il y a lieu de signaler également la diminution de faculté d'agglutination des plaquettes.

Au point de vue thérapeutique seule la transfusion de sang normal, même à petite dose, donne un résultat constant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 28 novembre 1923)

M. le Président annonce la mort de M. Michaux, ancien président, et, en signe de deuil, lève la séance pour quelques instants.

Arthrite syphilitique. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation adressée par M. Robert Dupont et Edouard Peyre. Il s'agit d'un homme de vingt-six ans qui, au cours d'une blennorragie, fut atteint d'une arthrite qu'on pensait être de même nature. Cette arthrite était suppurée, M. Dupont pratiqua la résection du genou.

La synoviale seule était atteinte. Les os étaient intacts. Peu de temps après, le genou du côté opposé fut également atteint d'une arthrite suppurée, présentant tous les signes de la tuberculose. Une ponction permit de constater qu'il ne s'agissait ni de gonococcie, ni de tuberculose.

M. le rapporteur regrette qu'il n'y ait pas eu une radiographie qui aurait été un élément précieux d'appréciation. Il ajoute que la résection pratiquée sur le genou, primitivement atteint, était peut-être une intervention exagérée, même dans l'hypothèse d'une arthrite gonococcique L'examen du pus retiré par la ponction ayant montré, qu'il ne s'agissait ni de tubercolose, ni de gonococcie, on pratiqua un Wassermann-Bordet qui fut positif.

Il s'agissait donc d'une syphilis articulaire.

Fracture du condyle externe de l'humérus. — M. Mouchet, dans un second rapport, analyse une observation de M. André Richard dans laquelle il s'agissait d'une fracture du condyle externe rendant la flexion du membre impossible. Résection du cartilage avec un fragment osseux par incision antérieure, M. Mouchet estime que cette intervention était nettement indiquée, mais il aurait préféré l'incision latérale à l'incision antérieure.

Anomalie du péritoine. — M. Grégoire fait un rapport sur une observation de M. Alberto Farani (de Rio de Janeiro) relative à un homme de trente six ans qui présenta des troubles d'occlusion intestinale, laparotomie médiane, présence dans l'abdomen de deux poches péritonéales contenant chacune un glande probablement testiculaire. Une anse intestinale était étranglée. Cet homme n'avait pas d'orifice externe du canal inguinal.

MM. Cunéo et Broca font observer qu'il s'agissait d'un double sac propéritonéal.

Levée précoce des opérés. — M. Grégoire fait un second rapport sur un travail de M. Brisset (de Saint-Lô) relatif au lever précoce des opérés et basé sur cinquante observations. M. Grégoire rappelle, à ce sujet, la communication de J.-L. Faure dont M. Brisset n'a fait que suivre l'exemple. Repoussant les craintes d'éventration ou d'ombilics qui ont été invoquées contre ce lever précoce, M. Brisset déclare n'avoir constaté aucune complication, ni aucun incident.

Il fait lever ses opérés, même ceux du ventre et, en particulier, ceux de l'estomac, dès le second ou troisième jour et les fait marcher très peu de jours après.

M. Grégoire accepterait bien cette manière de faire pour les opérés de la tête ou de la poitrine, mais non pour les opérés de l'abdomen qu'il juge plus prudent de laisser plus longtemps au lit.

M. Walther, dans le service duquel M. Brisset, comme interne, a été témoin du lever précoce de certains opérés, déclare qu'il admet ce lever précoce chez les opérés sus-ombilicaux.

M. Savariaud est partisan du lever précoce, mais il ne l'impose pas à ses malades.

Rachianesthésie. — M. Riche analyse un travail de M. Le Roy des Barres (de Hanoï) qui apporte une statistique de 19 cas dans lesquels il s'est servi de l'association de la caféine avec la stovaïne, selon le procédé préconisé récemment par M. Jonnesco. De cette statistique et de plusieurs autres, en particulier, de celle de M. Guibal (de Béziers), il résulte que la caféine aurait souvent provoqué des rétentions d'urine, des cystites, si bien qu'elle serait contre-indiquée dans la chirurgie sous-ombilicale.

Qu'il s'agisse de stovaïne associée ou non à la caféine ou à la spartéine, qu'il s'agisse de cocaïne ou de novocaïne, nous sommes frappés des accidents multiples qu'on observe après la rachianesthésie, paralysies diverses, rétention d'urine, cystite, céphalée, méningite, etc., si bien qu'on serait tenté d'en revenir au chloroforme.

M. Dujarier, depuis vingt-cinq ans qu'il a vu son maître M. Tuffier recourir à la rachianesthésie, y est resté fidèle.

Son expérience est basée, environ sur 470 anesthésies rachidiennes par an. Il n'a pas trouvé que la novocaïne ait beaucoup d'avantages sur la cocaïne. Il en porte les doses jusqu'à 10 à 12 centigrammes.

M. Cauchoix n'est pas exclusif ; il a recours à l'anesthésie locale, à l'anesthésie régionale et aussi à la rachianesthésie, telle qu'il l'a apprise chez un maître, M. Savariaud. L'anesthésie rachidienne lui paraît surtout indiquée pour la chirurgie des membres inférieurs. Comme ses collègues, M. Cauchoix a observé des céphalées persistantes, des paralysies transitoires.

Sympathicectomie. — M. Chevassu rapporte le cas d'un malade qui souffrait beaucoup d'un gros orteil devenu violacé. Les douleurs allant en s'accentuant et la marche devenant impossible, on pratiqua une sympathicectomie, sous anesthésie locale.

Disparition presque immédiate des douleurs, mais peu à peu les douleurs sont revenues. Il s'agit là de crises de périartérite et de périphlébite.

Insuffisance vasculaire des deux membres inférieurs. — M. Tuffier communique le cas d'un homme de cinquante-six ans, habituellement bien portant qui, en novembre 1920, fut pris brusquement d'une violente douleur dans la cuisse droite avec impotence fonctionnelle et claudication intermittente.

Le membre se refroidit. On constate que sur la fémorale

les battements sont très faibles ; ils n'existent plus sur la poplitée ni sur la pédieuse. La tension artérielle qui est de 17 du côté gauche, n'est que de 15 du côté droit.

Trois mois après, les mêmes accidents se produisirent du côté gauche. En somme, il s'agit d'une oblitération partielle des deux artères, sans gangrène.

L'obstacle doit se trouver du côté des deux iliaques. Que faire ? faut-il attendre la gangrène pour agir ? Ne vaudrait-il pas mieux chercher à la prévenir ?

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1923)

A propos du procès-verbal. — M. CATHELIN insiste sur ce point que le diagnostic de tuberculose rénale doit être fait cliniquement et que la déficience uréique du côté malade, n'est qu'un corollaire qui n'est d'ailleurs nullement spécial à la tuberculose, puisqu'on la rencontre aussi dans l'hydronéphrose, dans la calculose et même dans la cancérose.

M. PASTEAU rappelle que son opinion est conforme et qu'un abaissement notable du taux de l'urée dans l'urine d'un rein ne peut faire admettre seulement le diagnostic de tuberculose rénale. Il a soutenu le contraire et à la Société d'urologie et à la Société des chirurgiens de Paris, s'opposant ainsi à l'opinion défendue par MM. Legueu et Marion. Et si dans une dernière discussion sur cette question il s'est trouvé d'accord avec M. Legueu, c'est quand la conclusion définitive a été établie ainsi : En cas d'abaissement notable de la concentration uréique d'un rein, il faut penser à la tuberculose rénale, tout en admettant que ce diagnostic n'est pas le seul qui puisse être accepté.

M. BARBARIN apporte l'observation de deux cas de sarcome considérablement améliorés par la radiumthérapie.

Dans le premier (adéno-sarcome) où le malade était cachectique, l'état local et général s'améliora considérablement et la survie fut de deux ans.

Dans le second (ostéo-sarcome), la tumeur a complètement disparu après sphacèle étendu. L'état général est redevenu très bon, mais la guérison apparente ne date que de quelques mois. Rien ne permet donc de parler d'autre chose que d'amélioration et prolongation de la survie.

M. BONNAMY présente une jeune fille atteinte de fracture de la rotule datant de six mois avec un écartement des fragments de 6 centimètres au minimum. Cette jeune fille marche normalement, étend sa jambe et ne semble nullement incommodée par son infirmité. L'auteur demande s'il convient alors de suturer.

M. Paul DELBET présente les radiographies d'une luxation ancienne de la tête du troisième métatarsien droit en bas et en dedans.

Quelques cas probables de maladie de Kummel-Verneuil. — M. RŒDERER pense que la maladie de Kummel-Verneuil est plus fréquente qu'on ne le croit et il connaît différents cas de guerre pensionnés sous l'étiquette de maux de Pott.

En général, l'amélioration définitive est de règle ; ainsi en fut-il pour deux cas concernant l'un une jeune fille de seize ans, l'autre une femme de soixante-sept ans qui purent reprendre des vies normales après six mois d'immobilisation (radio démonstrative). Cette notion n'est pourtant point absolue. Cas d'un militaire souffrant encore après cinq ans (radio démonstrative), d'un homme de quarante-huit ans continuant à souffrir d'un trauma subi à vingt-deux ans (radio discutable), d'un adolescent de dix-huit ans ayant souffert dix-huit mois après son traumatisme (radio discutable).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LES MÉDECINS ET LA CRISE DU LOGEMENT

La question du logement des médecins a une importance particulière; car il est de l'intérêt de la population et de la santé publique qu'on puisse trouver rapidement les soins qui sont indispensables. Les médecins et les syndicats médicaux, envisageant cet intérêt général, se sont préoccupés, à juste raison, de l'état de choses actuel qui peut devenir très préjudiciable pour eux sans doute, mais aussi et surtout pour les malades.

Le 7 décembre 1923, une réunion fut organisée par le docteur G. de Parrel, secrétaire général de l'*Evolution médico-chirurgicale*, à la mairie du IXe arrondissement. De nombreux médecins y sont venus entendre la conférence de M. Edouard Ignace, député, président de la Commission de législation civile de la chambre sur *la crise du logement et les médecins*. Des exposés très intéressants ont été en outre faits par les docteurs Sibut, Paul Guillon, Paul Boudin et par M. Le Corbellier, député. A l'issue de la réunion, l'assemblée a voté à l'unanimité le vœu suivant :

« Considérant que, par suite de la crise du logement et de la volonté persistante des propriétaires de refuser de louer à des médecins, la population parisienne est exposée à ne plus avoir de médecins en quantité suffisante,

Décide

de signaler aux pouvoirs publics la gravité de cette situation et d'inviter MM. les ministres de l'Intérieur et de l'Hygiène à aviser aux mesures propres à conjurer le danger,

Emet le vœu

que la loi sur la propriété commerciale, votée par la Chambre des députés et soumise aux délibérations du Sénat, soit déclarée applicable à tous les locaux à usage professionnel dans les termes de la loi du 9 mars 1918 ».

*
* *

Propriété commerciale ! Est-ce dans cette formule que l'on va trouver le remède à la crise du logement?

Remarquons d'abord que la formule est impropre; car il suffit de lire les projets ou propositions de loi pour se convaincre que ce que le législateur veut concéder au locataire qui possède un fonds de commerce, *c'est un droit au renouvellement du bail*, dans des circonstances particulières, malgré la volonté contraire du propriétaire; droit de renouvellement qui se manifestera sous la forme d'un droit de priorité ou d'un droit de préférence. Dans son dernier état, le texte en discussion accorde au locataire un droit de préférence.

Comment justifie-t-on le droit nouveau dont va bénéficier le locataire? Juridiquement, il vient à l'encontre d'un principe séculaire, inscrit dans l'article 1134 du Code civil, à savoir que la convention fait la loi des parties; on porte atteinte à ce principe, lorsqu'on autorise le locataire à rester dans les lieux loués, malgré la fin du bail, qui est une convention librement passée entre lui et le propriétaire sous certaines conditions. C'est bien évident; mais, a fait observer M. Ignace, nous sommes soumis à l'*évolution*. Cela ne paraît pas niable : les temps ont changé et se sont modifiés; des horizons nouveaux se sont ouverts depuis le Code civil qui lui-même a été une étape dans cette évolution. Au moment de son apparition, l'ordre ancien était brisé et, de ses débris, on a composé un ordre nouveau; la Révolution avait oscillé d'un extrême à l'autre suivant les entraînements auxquels elle était livrée; les rédacteurs du Code civil se sont arrêtés à un juste milieu entre les tendances rétrogrades et les tendances par trop novatrices.

Le développement du commerce et de l'industrie, la créa-

tion de moyens de transports nouveaux, les méthodes nouvelles d'exploitation dans l'agriculture, ont obligé à envisager l'organisation sociale et économique sous un tout autre jour que celui existant en 1804. En veut-on un exemple? Avant la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, l'ouvrier, victime d'un accident, avait la charge de faire la preuve que l'accident dont il avait été victime était survenu, non par sa faute, mais par celle du patron; c'était conforme aux principes de droit contenus dans l'article 1382 du Code civil, qui oblige celui *par la faute* duquel un dommage est causé à autrui à le réparer; il faut prouver cette faute. L'ouvrier était la plupart du temps désarmé, ne pouvant faire la preuve qu'il devait administrer. Le législateur de 1898 a décidé que le patron serait toujours *présumé* en faute; mais pour ne pas lui imposer une charge trop lourde, il a fixé des indemnités *forfaitaires*. On ne critique plus aujourd'hui le principe de cette loi.

Le Code civil n'apparaît plus comme intangible. D'ailleurs des lois promulguées pendant la guerre ont apporté des dérogations aux principes qu'il a posés.

Au point de vue spécial de la propriété commerciale, puisque c'est l'expression employée, certains ont été frappés de ce fait que les immeubles, au moins dans les grandes villes, sont exploités comme une affaire commerciale : un propriétaire fait construire un immeuble de rapport qu'il affecte au commerce ou à l'industrie; la construction est élevée de manière à ne comprendre que des locaux à destination industrielle ou commerciale, à l'exclusion de toute destination bourgeoise. Il n'est pas douteux qu'il y a une singulière différence entre cette construction et celle que fait élever celui qui, avec ses économies, se retire à la campagne pour y terminer la fin de sa vie. Le propriétaire de l'immeuble à destination commerciale ou industrielle, ou bien contenant une partie de ses locaux avec cette destination, cherche à louer beaucoup plus cher que s'il s'agissait d'une location à destination bourgeoise, parce que le commerçant ou l'industriel va créer, dans les lieux loués, un fonds de commerce qui va être la source de bénéfices; et le propriétaire en demande sa part. De là est née l'idée que le propriétaire, profitant du travail du commerçant ou de l'industriel, doit être tenu à certaines obligations dont l'une ne lui permettra pas de faire cesser le bail suivant sa seule volonté, de telle sorte qu'il puisse réduire à zéro la valeur du fonds.

Or, que demandent les médecins? Ils demandent que le législateur leur garantisse de ne pas être renvoyés par le propriétaire par le seul fait de son bon plaisir ou d'obligations draconiennes qu'il veut imposer, notamment en ce qui concerne le loyer; et ceci particulièrement pour les médecins de quartiers qui sont fréquemment les médecins des petits. Comme les commerçants, ils sont installés là où ils ont leur clientèle; et on sait que le client veut avoir son médecin près de lui pour obtenir son secours immédiat en cas de maladie grave. Le non-renouvellement du bail, dans les temps actuels, est un véritable désastre : *pour le médecin*, parce qu'il va perdre sa clientèle et qu'il ne pourra se réinstaller en raison de la pénurie de logements; et même se réinstallant, il ne pourra refaire sa clientèle, car il faut des années et des années pour la constitution de celle-ci; *pour la santé publique*, parce que le médecin dont le bail ne sera pas renouvelé ne sera vraisemblablement pas remplacé par un autre médecin, étant donné que le but recherché actuellement est de louer au plus cher. D'où raréfaction des médecins; or, ce n'est un secret pour personne que les services qu'ils rendent sont inappréciables spécialement dans les grandes agglomérations où, sans leur vigilante attention, la population se trouverait sinon décimée, du moins très atteinte, par la maladie, par l'épidémie. Les médecins ont montré la valeur de leurs services pendant la guerre où, malgré l'agglomération des troupes, les épidémies ont été pour ainsi dire inexistantes.

Le législateur de 1918 l'a bien compris, puisque, au point de vue de la prorogation, il a assimilé les médecins aux com-

merçants et aux industriels, en employant une formule générale, *locaux à usage professionnel*, et leur a concédé la prorogation égale à la durée de la guerre.

La demande du médecin d'être compris parmi les bénéficiaires de la propriété commerciale est-elle excessive? Assurément non; parce qu'il y a un intérêt général, un intérêt d'utilité publique dans cette demande. Elle est aussi justifiée que celle s'appliquant aux avocats qui, par les commissions d'assistance judiciaire, rendent un service public. C'est précisément l'intérêt général que présentent ces deux professions qui permettra de limiter l'extension de la loi future. Car il ne faut pas, par cette extension, arriver à ce que toutes les professions bénéficient du droit au renouvellement du bail; c'est un peu l'excès de la loi du 31 mars 1922 qui a étendu la prorogation égale à la durée de la guerre, bien au delà des limites qu'avait tracées la loi du 9 mars 1918. La caractéristique de la profession ayant un intérêt d'utilité publique paraît devoir éviter cet excès.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923 (1)

Doctorat d'Université. — *Mention « Médecine »*. — ALEXITCH (Miloch). — 111. De l'épididymectomie dans la tuberculose de l'épididyme.

ANDRIAMANPIANINA. — 110. Danger de la dissémination de la tuberculose à Madagascar par les rapatriés de la Grande Guerre.

BOGOSSAVLIÉVITCH. — 121. Contribution à l'étude du zona ophtalmique.

GUZMAN. — 119. Contribution à l'étude de la pyélonéphrite de la grossesse.

KRSTITCH. — 115. A propos de la diphtérie de la mère et du nourrisson. (Etat actuel de la question.)

MITITCH. — 122. Contribution à l'étude de l'ostéopériostite albumineuse.

RACHITCH. — 120. Contribution à l'étude des fractures transverses de l'astragale.

RADAKOVITCH. — 113. Contribution à l'étude du traitement sanglant primitif dans les fractures du condyle externe de l'humérus chez l'enfant.

SAVITCH. — 114. Contribution à l'étude des encéphalomes.

TCHOSSITCH. — 116. Contribution à l'étude des rétrécissements tuberculeux de l'urètre.

VOUTCHELIITCH. — 118. Contribution à l'étude des néphrites chroniques (un cas d'auto-observation).

WUNG VEN-LAN. — 112. De l'aspiration dans l'appendicite perforante.

YEKITCH. — 117. Le cacodylate de soude à hautes doses. Résultats thérapeutiques dans les états dépressifs mélancoliques.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 97, p. 1566, et n° 100, p. 1626.

Précis de dermatologie (3e édition), par le docteur J. DARIER, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. « Collection des Précis médicaux. » Un vol. de 996 pages avec 211 figures dans le texte. — Prix : broché, 50 fr.; relié, 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 21 décembre. — Questions données : « Sémiologie des hématuries d'origine rénale. — Les fractures isolées du péroné. »

Mlle Lévy (Simonne), 15; M. Delafontaine, 30; Mlle Corbillon, 15; MM. Vibert, 28; Bourdon, 25; Dereux, 26; Heraux, 30; Blanc-Champagnac, 28; Blanche (Marcel), 18; Casteran, 31; Mlle Richard, 19.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. Mlle Dreyfus-Sée, MM. Blondin (Sylvain), Mer, Sauvage, Haye, Codet, Mlle Odier, MM. Blondin (Marcel), Lévy-Weissmann, Thurel,

11. Galtier, Sureau, Dreyfus, Rouques, Véran, Schmite, Debray, Dolfus, Merle d'Aubigny, Destouches,

21. Huard, Oumansky, Baize, Moussoire, Berson (Pierre), Jany, Giroire, Lemariey, Bohn, Parfonry,

31. Marie, Redon, Lieutaud, Wallich, Callergari, Choveau (Jean), Krief, George, Besançon (Justin), Rémy-Néris,

41. Mlle Linossier, MM. Faure (Henri), Vialard, Magdelaine, Mlle Waynbaum, MM. Waitz, Digonnet, Morlaas, Seligmann (Pierre), Olivier,

51. Laporte (Antoine), Ibos, Pichat, Stieffel, de Vadder, Widiez, Harbuger, Comet, Cahen (Pierre), Lemaire (André),

61. Bourdillon, Jondeau, Boltanski, Ghouila-Houri, Périber, Mlle Wolff, MM. Roullet, Burgeat, Lévy (Robert), Lerond,

71. Gautier, Héraux, Blondel, Froyez, Foulon.

Internes provisoires. — 1. MM. Delalande, Serey, Jonesco, Cohen (René), Esby, Casteran, Lapeyre, Gomet, Lonjumeau, Cournant,

11. Mlle Hébert, MM. Maximin (Maurice), Barragué, Dérot, Bécler, Levassor, Louvel (Raymond), Gouvenot, Cambureau, Servel,

21. Lenormand, Meurisse, Worms, Bergougnan, Diamantberger, Bouillié, Arrivot, Couturat (Jacques), Kanony, Band (Marcel),

31. Michau, Bureau (Yves), Bourgeois, Armingeat (Jean), Panis, Vibert, Theillier, Guérin (Paul), Launay, Raoul,

41. Weille (Robert), Willemin (Louis), Le Blay, Desprairaiez, Llalemant, Grinda, Frantz, Nativelle, Mlle Bach, MM. Missot,

51. Delafontaine, Leboucher, Peynet, Vergez-Honta, Martiny, Moraux, Mlle Boegner, MM. Blanc-Champagneu, Grandepérin, Drouineau,

61. Delarue, Chêne, Coudrain, Fredet, Seligmann (Emile), Filliot, Lucq, Hudelo, Mornet, Dereux,

71. Lacapère, Pannier, Bidoire, Scemla, Dalsace.

ÉLECTIONS A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Dans la séance du 19 décembre la Société a procédé au renouvellement de son bureau et à l'élection des six membres correspondants nationaux.

M. Souligoux a été élu président pour 1924, M. J.-L. Faure vice-président, M. Lenormant secrétaire général, MM. Jacob et Robineau secrétaires annuels, M. Cauchoix archiviste et M. Louis Bazy trésorier.

Ont été élus membres correspondants nationaux : MM. Constantini (d'Alger), Gauthier (de Luxeuil), Reverchon (de l'armée), Desgouttes (de Lyon), Pouliquen (de Brest) et Lepoutre (de Lille).

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur M. F. Widal). — Cours de perfectionnement, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés

Premier cours. — *Maladies du rein* (5 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'éliinmation chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Épreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle. Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° *Etude des ictères.* — Recherche de la bilirubine, de l'urobiline et de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° *Insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

Réactions de fixation (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses. Réactions de floculation.

Cytodiagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleurotuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Examen du chimisme gastrique et duodénal (1 leçon).

Les deux cours auront lieu chaque jour, à 14 heures, à la Clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Trois séries de cours ont lieu dans l'année aux dates suivantes : lundi 14 janvier, lundi 12 mai, lundi 8 septembre.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versement relatifs à ces cours au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 heures.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER. PROROGATION. MAJORATION DE LOYER. IMPOT FONCIER

L'article 1er, § 4, de la loi du 31 mars 1922, qui concerne le calcul de la majoration de loyer, décide qu'il doit être tenu compte de l'augmentation qui s'est produite depuis le 1er août 1914, notamment dans les impôts et charges de toute nature grevant l'immeuble loué à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière; il ajoute qu'il doit être, en outre, tenu compte de l'augmentation subie depuis la même date dans les prestations payées pour la commodité des lieux. La question s'est posée de savoir ce qu'il fallait entendre par *impôt sur le revenu de la propriété foncière*; c'est le point spécial que nous désirons signaler et examiner. Il intéresse tout propriétaire et tout locataire.

La solution de cette question a donné lieu à un arrêt de la Commission supérieure de Cassation, en date du 7 juillet 1923.

Le premier point qui s'est présenté à l'examen de la Cour suprême était de savoir si la disposition de l'article 1er, § 4, qui laisse à la charge du bailleur l'augmentation de l'impôt *sur le revenu de la propriété foncière* devait s'entendre de l'impôt sur le revenu global. Il ne pouvait y avoir de doute : l'impôt envisagé par la loi ne pouvait être que l'impôt foncier. C'est ce qu'a décidé la Cour de Cassation très justement.

Mais il y a un second point sur lequel son attention a été portée et qui est relatif à une distinction à faire dans la contribution foncière, entre la part de l'Etat et les parts qui sont affectées aux budgets des départements et des communes, parts qui portent, sous ce vocable trompeur, le nom de *centimes additionnels*. A cet égard, sa décision est quelque peu critiquable.

Voici son arrêt :

« Vu l'article 1er, § 4, de la loi du 31 mars 1922,

Attendu que la majoration qu'établit cette disposition est fixée au prorata du prix du loyer, en tenant compte de l'augmentation qui s'est produite depuis le 1er août 1914, notamment dans les impôts et charges de toute nature grevant l'immeuble loué à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière ;

Attendu que la contribution foncière constitue un impôt grevant l'immeuble et rentre dès lors dans les prévisions du législateur ;

Que *toutefois* cette contribution foncière, telle qu'elle est établie fiscalement, comprend une part revenant à l'Etat, laquelle est de 10 p. 100 du revenu imposable; qu'ainsi cette portion des cotes représente un impôt de quotité qui, étant personnel au propriétaire et par suite ne grevant pas l'immeuble, ne saurait entrer dans le calcul de la majoration;

Attendu que c'est cette portion d'impôt afférente au revenu du propriétaire que le législateur a envisagée, et non point l'impôt global sur le revenu;

Attendu que le jugement attaqué, sans faire aucune distinction entre la part de l'Etat et celles du département et des communes, lesquelles au contraire grèvent les immeubles, décide que la contribution foncière ne doit pas entrer dans le calcul de la majoration par la raison que cette contribution est un impôt sur le revenu ;

D'où il suit qu'il a violé l'article de loi susvisé,

Par ces motifs,

Casse... »

Ainsi donc, la Cour a admis le pourvoi qui avait été formé et qui tendait à faire une distinction entre la part de l'Etat, d'un côté, et les parts des départements et des communes, de l'autre. *Elle décide que seule la majoration de la part de l'Etat, c'est-à-dire le* PRINCIPAL *de l'impôt, doit demeurer à la charge du bailleur.*

Cette solution n'est pas facile à justifier; car la contribution foncière grève l'immeuble. La Cour de Cassation le pose en principe; et, par une contradiction curieuse, elle vient dire ensuite qu'une partie de cet impôt ne grève pas l'immeuble.

Il semble que la nature de l'impôt foncier et des centimes additionnels a été méconnue. L'impôt foncier, bien que calculé d'après le revenu produit par l'immeuble, a toujours été un impôt établi sur la chose elle-même; et les centimes additionnels sont inséparables des impôts auxquels le législateur les a adjoints. Le *principal* de l'impôt sert, en quelque sorte, de support à ces centimes additionnels; ceux-ci en sont le complément. Tous deux forment un seul et même impôt : si on a recouru à ce mode de perception, *centimes additionnels*, la raison en est qu'on a voulu éviter d'obliger les départements et les communes à créer des contributions nouvelles.

On ne comprend donc pas bien la distinction de la Cour de Cassation. Il était cependant nécessaire de signaler la décision pour que propriétaire ou locataire puisse savoir à quoi s'en tenir.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de l'accoucheur (1), par L. DEMELIN et L. DEVRAIGNE.

Voici un livre qui rompt délibérément avec le plan classique des anciens traités d'accouchement. Les auteurs ont fait dans la plus grande partie de cet ouvrage, œuvre extrêmement personnelle. Nous retrouvons dans maints chapitres, l'exposé des opinions si intéressantes et si vraies de Demelin, sur la mécanique obstétricale. C'est le résultat de ses longues et patientes recherches, tant anatomiques que cliniques qui se trouve exposé dans ce manuel. D'autres chapitres sont traités avec le plus grand sens clinique par Devraigne. De leur collaboration est sorti cet ouvrage infiniment intéressant.

Le premier livre est consacré à la physiologie normale de la génération. Après une description toute personnelle du muscle utérin et du mécanisme de la dilatation, les auteurs abordent l'étude de l'accouchement normal. On n'y trouvera point les chapitres classiques ayant trait à chacune des présentations. Que ce soit une face ou un sommet c'est toujours une force qui pousse un mobile à travers certaines résistances. D'où l'étude successive des forces, du mobile et des résistances.

Le livre II est consacré à l'étude des seuils de la dystocie. Sont considérés comme tels, les accouchements en occipito-postérieur, en siège, ceux des primipares âgées, des gros ou trop petits enfants.

Du livre III consacré à la pathologie de la génération, nous signalerons simplement l'étude si complète de l'auto-intoxication gravidique faite par Devraigne et celle des anomalies fonctionnelles du muscle utérin au cours du travail par Demelin. On sent que l'auteur a traité ce sujet avec un intérêt tout particulier. Il explique, d'une façon très séduisante, les états d'inertie de l'utérus, ainsi que ses rétractions généralisées ou localisées en forme d'anneau. Ces anomalies proviennent de troubles survenant dans le jeu normal de la contraction utérine. De même, plus loin, les présentations véritablement dystociques (siège décomplété, front, épaule) sont exposées d'une façon toute nouvelle.

Enfin que dire du livre IV, si ce n'est que les diverses opérations obstétricales y sont exposées avec clarté et que l'étude du forceps à branches parallèles y est faite avec force détails. Un formulaire obstétrical de quelques pages termine cet ouvrage.

Ce manuel s'adresse aux praticiens comme aux spécialistes, les deux le liront avec le plus grand intérêt et le plus grand profit.

G. ECALLE.

(1) Un fort volume de 1520 pages avec 465 figures dans le texte, Prix : 68 fr. — Paris, G. Doin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail. Leurs suites médicales et judiciaires (4e édition), par MM. E. FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, chirurgien de l'hôpital Saint-Eloi, et E. JEANBRAU, professeur de clinique urologique à la Faculté de Montpellier, chirurgien de l'Hôpital général. 4e édition refondue avec la collaboration de O. CROUZON, médecin de la Salpêtrière. Un vol. de in-8 de 864 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Contrôle du sport et de l'éducation physique, par H. DIFFRE. Un vol. de 190 pages. — Prix : 9 fr. — Paris, Masson et Cie.


CIBA


CIBA

LES TRAVAUX RÉCENTS SUR LES CHOCS

1922-1923

Par W. KOPACZEWSKI.

L'importance capitale qu'on attache aux phénomènes de choc, a provoqué des recherches excessivement nombreuses. C'est un travail considérable que de vouloir les suivre, de s'y retrouver, et de guider les auteurs à travers ce nombre fastidieux de notes, mémoires et livres...

L'orientation nouvelle que nous avons dès 1914 appuyée sur des bases expérimentales, notamment l'explication colloïdale des phénomènes de choc a provoqué une grande curiosité, suivie de vérifications de tous les détails expérimentaux sur lesquels elle se reposait. De cette vérification notre théorie de floculation est sortie, jusqu'aujourd'hui, victorieuse : les faits que nous avons énoncés sont confirmés, d'autres expériences et d'autres constatations ont été instituées qui cadrent admirablement, sans recourir à une dialectique savante, avec notre théorie ; le nombre d'adhérents à nos idées grandit; un fort courant vers les recherches physico-chimiques en biologie s'affirme de plus en plus. Par contre, l'expérimentation de ces deux années a balayé des hypothèses trop généralisées, ou peu étayées sur l'expérience de laboratoire.

Essayons de démontrer qu'il en est vraiment ainsi. Tout d'abord en ce qui concerne les confirmations de nos expériences, concernant les modifications physiques, survenant au cours de certains états pathologiques, syphilis et tuberculose en particulier.

Rappelons tout d'abord qu'en 1919 nous avons publié les premiers résultats, établissant une augmentation de la tension superficielle et une diminution de la viscosité du sérum des sujets atteints de la *syphilis*. Peu après, nous avons élargi ces expériences sur le liquide céphalo-rachidien; puis, en 1920, nous avons démontré le rôle capital des « globulines » et de leur charge électrique dans la genèse de la réaction de Bordet-Wassermann; enfin, en liaison avec des faits précédemment cités, nous avons donné l'explication physico-chimique, colloïdale, de cette épreuve. Cette explication concerne toutes les réactions similaires, basées sur la floculation de certains colloïdes du sérum, devenus plus labiles au cours et par le fait de la maladie. Nos assertions sont aujourd'hui confirmées.

Des auteurs allemands ont établi, avant nous du reste, pendant la guerre, l'augmentation du taux de « globulines » dans les sérums à réactions positives. Bruck et Schmidt en particulier soutenaient l'importance du degré de dispersion de ces substances dans l'apparition de cette épreuve biologique. A cette conception se sont rangés Herzfeld et Klinger en 1917. L'idée de la floculation, comme cause de la réaction de Wassermann a été acceptée par Hubschmann, Baumgartel, Schmidt, en 1921, P. Baudouin, Weissbach et bien d'autres. Kapsenberg en 1921 confirme nos expériences sur la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann avec des « globulines » isolées par la dialyse, tout comme Bircher et Mac Farland. D'autres constatations confirment indirectement le rôle de la labilisation des « globulines ». Ainsi, en répétant les anciennes observations de Douris, Pansini signale la transformation du sérum négatif en sérum positif, par le simple vieillissement de quelques jours. Nous avons signalé dans nos recherches sur la structure ultramicroscopique des sérums, faites en 1914 que les sérums vieux accusent un début d'agglomération micellaire irréversible. Dans une revue critique d'ensemble P.-L. Marie rappelle les recherches de Nathan qui a pu observer la transformation des sérums à réactions négatifs en sérums réagissant positivement par agitation, contact avec des poudres inertes telles que le kaolin, ou avec des suspensions microbiennes.

Forssmann a rendu une réaction positive par addition de traces d'éther, Bachmann en ajoutant au sérum du chloral, Rondoni, en l'acidifiant. Etant donné que toutes ces substances diminuent fortement la tension superficielle du sérum — le stabilisent par conséquent — l'explication est toute trouvée.

La labilisation du sérum dans la syphilis a été retrouvée par les expériences de Misch; cet auteur a démontré que le sérum des syphilitiques est plus approprié à provoquer des phénomènes de choc floculant chez des cobayes normaux qu'un sérum humain normal.

Tout récemment E. Wiechmann a signalé que la sédimentation des globules rouges est beaucoup plus rapide dans la syphilis; or, d'après les expériences de Rosenberg et Adelesperger cette sédimentation dépend de la tension superficielle, et, ainsi que nous l'avons démontré en 1919, le sérum et le liquide céphalo-rachidien accusent dans la syphilis une augmentation de la tension superficielle bien marquée. On voit que tous ces faits se tiennent ensemble et constituent une parfaite base expérimentale pour l'explication et compréhension physiques de cet état morbide.

Il en est de même dans la *tuberculose*. Nous avons, en 1921, signalé que dans cette maladie l'augmentation de la tension superficielle de sérum témoigne d'une labilisation micellaire, que cette labilisation micellaire explique pourquoi souvent les réactions de floculations sont positives dans la tuberculose.

Et voici les recherches récentes de Sterling entre d'autres et de Daranyi qui apportent la confirmation de notre point de vue, en établissant l'accélération de la sédimentation des globules rouges et la plus facile floculabilité du plasma sanguin. Tout dernièrement, Watermann a retrouvé l'abaissement de la tension superficielle dans le cancer que nous avons signalé en 1920, Ne multiplions pas les exemples, elles suffisent pour affirmer la valeur et l'intérêt des études physico-chimiques dans l'étude de ces états morbides.

* * *

Après avoir relaté les travaux, effectués dans ces dernières années, concernant le rôle de l'état colloïdal en pathogénie de la syphilis et de la tuberculose, analysons les contributions apportées à la solution du problème des chocs par contact. Et tout d'abord occupons-nous des hypothèses que l'expérimentation a rapidement éliminées.

Les grands espoirs qu'on a fondés sur l'épreuve de l'*hémoclasie digestive* pour l'assimilation d'un état morbide donné aux phénomènes de choc et puis au diagnostic de « l'*insuffisance protéo-pexique du foie* » ne se sont pas confirmés.

Mauriac le premier a soumis cette épreuve à un examen critique et expérimental. Notons en passant qu'*a priori* nous avons contesté toute la valeur à

cette épreuve, en nous basant sur les recherches physiologiques précédentes et sur la subjectivité de la technique employée dans la numération leucocytaire.

Mauriac a démontré expérimentalement dès 1921 que la leucopénie n'accompagne jamais la crise hémoclasique complète : et que « bien plus les résultats ne furent sensiblement différents entre les individus normaux et ceux atteints d'insuffisance hépatique. »

Des travaux de Dorlencourt, Banu, Langle, il ressort que l'épreuve d'hémoclasie « est inapplicable chez l'enfant. » Pagniez et Plichet apportent des restrictions en ce qui concerne la rapidité d'ingestion du lait; Le Noir, Richet fils et Jacquelin ont vu l'absence d'hémoclasie digestive malgré l'insuffisance hépatique nette, de même Aubertin et Le Moine; Mauriac et Cabouat et Robert Michel ont constaté des variations notables d'un moment à l'autre chez le même individu à jeun, allant jusqu'à 5.000 leucocytes. Zehnter en soumettant à la vérification les recherches de Widal affirme qu'il n'a pas pu retrouver leurs résultats. Enfin, Rachet et Moutier ont vu l' « hémoclasie digestive » et l' « insuffisance protéopexique du foie » à la suite d'ingestion d'un verre d'eau. A l'étranger les conceptions de Widal ont rencontré des critiques nombreuses (Rondoni, Worms, Schreiber, Eisenstadt, Holzer et Schiking, Cesa Bianchi, van Leewén, Bien, Varekame et bien d'autres).

Nous avons signalé toutes les conditions de variations physiologiques des globules blancs. Depuis les recherches de Widal et vu l'importance qu'il attribue à ce phénomène, de nombreux expérimentateurs se sont attachés à élucider le mécanisme de la leucopénie. Rueff suppose qu'il s'agit d'une différence dans la répartition des globules blancs entre le centre et la périphérie, ce qu'on savait depuis longtemps; de même Bouché et Hustin, A. Lumière, Tinel et Santenoise ont apporté à cette façon de voir une confirmation expérimentale : le réflexe oculo-cardiaque, provoque, en effet, une leucopénie manifeste, tout comme le refroidissement du doigt par le chlorure d'éthyle, et l'excitation électrique d'un nerf mixte. Mauriac, dans une controverse des plus intéressantes, ainsi que Schiff n'admettent pas l'exclusivité de cette interprétation et, à juste titre, par analogie et expérimentalement, supposent la possibilité des destructions leucocytaires tout comme celle des globules rouges. Rappelons à cet effet les recherches anciennes, du siècle précédent, de Pamfick, Al. Schmidt et Landois qui ont prouvé la possibilité et la réalité des phénomènes de lyse des globules blancs. Sabrazès cite plusieurs cas d'une hyperleucocytose : « gravidité, exercices physiques, bains chauds, alimentations exclusivement carnées, vésicatoires, administration d'antipyrine, de morphine, d'acide cinnamique, de nucléïnate de soude, extraits d'organes (thyroïde, moelle osseuse, adrénaline, etc.), injection d'essence de térébenthine, de peptones, de toxines bactériennes, de sérum antitoxique (diphtérie), d'abrine, de ricin, inhalations de chloral, hémorragies, inanition, cancer entraînent une hyperleucocytose de ce genre, parfois précédée d'un stade de leucopénie passagère (leucolyse toxique). »

La conclusion de toutes ces recherches s'impose : « Juger la colloïdoclasie ou l'insuffisance hépatique sur une leucopénie passagère, c'est supposer parfaitement analysé le mécanisme des variations leucocytaires, c'est limiter à plaisir et rapetisser aux limites de notre entendement, un problème très vaste ». (Mauriac.)

***

Les relations que certains auteurs ont voulu établir entre les phénomènes de choc et les fonctionnements des *glandes endocrines* ont eu le même sort. Du côté clinique, à la suite des observations de Montcorgé, Ley, Levi et Rothschild, Maranon, Carrasco, Fishberg, Ascoli et Faginoli, Widal, avec Abrami et de Gennes ont publié une observation très détaillée qui leur a suggéré l'idée d'un nouveau rapprochement entre les chocs et les glandes à sécrétion interne, de sorte que « le défaut ou l'excès, dans le milieu sanguin des produits à sécrétion des glandes endocrines, réalisent des conditions d'instabilité colloïdoplasmatique, propices à l'éclosion des phénomènes d'anaphylaxie ».

Widal et ses collaborateurs n'ont pas manqué de rapprocher cette observation des expériences que Kepinow et Lanzenberg venaient de publier, expériences qui confirmaient les travaux de Savini, exécutés déjà en 1915 sur le même sujet.

L'auteur italien, tout comme Pistocchi en 1920, a établi que « l'administration de poudre de thyroïde par voie buccale, et à des doses convenables, pendant les jours qui précèdent l'injection déchaînante, exerce une action préventive nette chez les cobayes normaux... Dans tous ces cas, la suppression de l'anaphylaxie semble bien être due à la légère hyperthyroïdisation thérapeutique instituée. » Or, Kepinow et Lanzenberg sont, au contraire, arrivés aux mêmes résultats par l'ablation de la glande thyroïde, préalable à l'injection préparante. Savini nous explique le fait par la fréquence d'effets semblables dans l'endocrinologie! Mais les vérifications expérimentales de Appelmanns n'ont point confirmé les recherches de Kepinow; Houssaye et Sordelli ont constaté des différences capitales quant à la réaction des différents animaux (cobaye, chien et lapin) à la suite d'une thyroïdectomie; Parhon et Ballif, à la suite des recherches peu nombreuses il est vrai, n'ont pu démontrer aucune action protectrice nette à la suite de l'ablation de cette glande.

Somme toute, le rôle de la glande thyroïde dans les phénomènes de choc apparaît très douteux.

En 1920 Duran-Reynals a publié quelques expériences où il établissait que les femelles de cobayes en état de gestation sont réfractaires aux phénomènes de choc, et tout particulièrement au choc anaphylactique, cellulaire. Lumière et Couturier, sans en avoir eu la connaissance, ont pu vérifier ce fait.

S'ensuit-il de ces recherches qu'un rapport unit le fonctionnement de l'ovaire et l'anaphylaxie, même au cas où ces faits seraient définitivement prouvés? Il nous semble que l'explication peut être cherchée soit dans les propriétés physico-chimiques des produits sécrétés par les glandes endocrines, propriétés en rapport avec les phénomènes physico-chimiques que les différents chocs déclanchent, ou bien elles sont par ces phénomènes occasionnées à leur tour, soit dans les modifications physico-chimiques des humeurs au cours de la gestation ou d'autres états pathologiques. Les glandes endocrines peuvent ainsi être hors de cause!

Quoi qu'il en soit, le rôle de ces glandes est aujourd'hui totalement inconnu, tout comme leur

fonctionnement; et il paraît paradoxal d'expliquer un phénomène déjà suffisamment obscur — celui des chocs — par un autre totalement ignoré!

Si de cette façon des hypothèses paraissant très fascinantes ont été si rapidement éliminées, c'est parce qu'elles ont été bâties uniquement sur les observations cliniques, sans aucune base expérimentale. Par contre, d'autres hypothèses, ayant des appuis sûrs du laboratoire, ont été raffermies, sinon confirmées et les faits sur lesquels elles reposaient reconnus exacts.

*
* *

Les belles recherches de Zunz et de ses collaborateurs Gowaerts, La Barre, etc., ont constaté l'*abaissement de la tension superficielle* du sérum après le choc anaphylactique que nous avons signalé en 1919, tout en précisant sa valeur en tant qu'un témoin postfloculant. De plus, cet auteur a retrouvé, et d'une façon plus constante et plus accentuée, cette diminution de la tension superficielle dans le plasma; il l'a mise en corrélation avec la suppression du choc anaphylactique par la choline, hirudine, etc.

Nous avons récemment, en répondant aux objections de certains auteurs, définitivement démontré le rôle de la tension superficielle dans la suppression des phénomènes du choc par contact par les savons et les saponines (1). Le rôle de la tension superficielle dans la suppression du choc s'ensuit indirectement des expériences de F. H. Falls. Cet auteur a prouvé qu'en injections intraportales le choc est très difficile à produire : grâce au passage hépatique, on provoque ainsi l'action des sels et des pigments biliaires due à l'abaissement de la tension superficielle très accentué.

De sorte que les expériences de Dale, sur l'absence des modifications capillaires dans le phénomène de choc ne peuvent pas être retenues.

L'abaissement de la tension superficielle est dorénavant un fait expérimental et constitue, selon Zunz, « un argument indirect puissant en faveur de la floculation ».

*
* *

Toute une série de confirmations indirectes a été signalée au sujet de la *floculation*. La présence des floculés micellaires dans des sérums, mises en contact avec des microbes ou avec de la gélose a été confirmée par Dold, en 1920, au moyen du néphélémètre. On sait que nous l'avons constatée en 1914, puis étudiée en détails, en 1917, avec Dahl et Bem par des examens ultramicroscopiques. Tout récemment, Dale et Kellaway ont confirmé la présence de ces agglomérations micellaires et Gregorio y Turmo l'a observée en mélangeant, selon notre procédé, le sérum d'un cobaye sensibilisé avec le sérum sensibilisant. Bien plus, en prélevant du sérum d'un cobaye, sensibilisé au sérum antidiphtérique, mais à qui on a auparavant injecté de l'eau chloroformée, et en mélangeant ce sérum avec le sérum antidiphtérique, la floculation n'a pas été observée par cet auteur espagnol.

L'importance de la floculation dans le choc humoral a été vérifiée par les expériences sur l'ultrafiltration.

(1) W. Kopaczewski. *Arch. internat. de physiol.*, 1923.

On sait que Schmidt, par la filtration préalable à travers la bougie, rendait tout à fait inoffensifs les sérums modifiés par le contact avec de la gélose ou avec des microbes.

Moreschi et Golgi, déjà en 1913, sont arrivés aux mêmes résultats.

Dale et Kellaway ont confirmé les expériences de Moreschi, Golgi et Schmidt. Dans plusieurs travaux récents, Friedberger s'efforce de nous convaincre que ces expériences sur la filtration ne prouvent rien. Tout d'abord, il démontre que dans ces expériences l'action du filtre n'est pas purement mécanique et que les phénomènes d'adsorption y jouent un rôle considérable, et, dès que ces phénomènes cessent la filtration reste sans effet. Que dans la filtration, l'adsorption joue un rôle manifeste, cela on le savait depuis bien longtemps et, d'autre part, l'affirmation de Friedberger au sujet de l'effet de la filtration, selon la nature du filtre, ne nous surprend pas : cette adsorption dépend, en effet, de la nature du filtre. Ce qui importe, c'est la *corrélation entre la disparition des agglomérations micellaires et l'innocuité des sérums, par le seul fait de la filtration.* Peu importe, à ce point de vue, le mécanisme de cette disparition : rétention mécanique, absorption, adsorption, ou réaction chimique ! Cette corrélation, on l'a trouvée dans les expériences sur la suppression de chocs par les savons, narcotiques, que nous avons publiées avec Dahl, Bem, et confirmées par Gregorio y Turmo.

Du reste, à la lecture des derniers travaux de Friedberger, on est frappé par le désir de cet auteur de considérer le cobaye comme un réactif chimique : on y parle des doses déterminées, produisant des degrés immuables de choc, on procède à des véritables dosages d'« anaphylatoxine »! Est-ce vraiment possible, même entre les mains si expérimentées de Friedberger?

*
* *

Plusieurs travaux confirment également notre idée à propos du *mécanisme d'action de la floculation.* Nous avons exprimé la supposition que ces floculés sanguins constituent des centres d'attraction pour les agglomérations cellulaires, lesquelles, en arrivant au niveau des capillaires pulmonaires, les obstruent et provoquent une asphyxie foudroyante. D'où l'explication du mode d'action des vasodilatateurs. On a voulu opposer, à cette manière de voir, une vasodilatation d'origine réflexe par l'excitation des nerfs de vaisseaux et de ceux du système nerveux central. Nous verrons par la suite quel rôle il faut attribuer au système nerveux dans la production du choc par contact; pour le moment nous allons démontrer, par les travaux des différents auteurs, que notre supposition semble être la bonne. Manwaring, Boyd et French, par des recherches détaillées, arrivent à la conclusion que le choc s'accompagne : 1° de la vasoconstriction des vaisseaux pulmonaires et hépatiques et 2° de la vasodilatation dans d'autres organes; les mêmes faits sont retrouvés par Kochmann et Schmidt. En procédant à des introductions des sérums dans différents territoires vasculaires et en écartant ainsi les organes déterminés, Forssmann arrive à la conclusion que la cause de la mort, dans l'anaphylaxie et dans le phénomène qui porte son nom, est l'asphyxie par la suite des spasmes de bronchioles.

Coca a institué des recherches de perfusion du

sérum physiologique à travers le poumon du cobaye et il a pu démontrer qu'après le choc anaphylactique, il faut une pression environ dix fois plus grande pour effectuer cette opération que chez des animaux normaux.

Nous avons parlé des expériences sur des cobayes. Chez d'autres animaux, l'organe capital où se joue le dernier acte du choc peut différer : d'après Manwaring, Voegtlein, Denecke, chez les chiens ce serait le foie ; de même chez les chats, l'opossum et chez tous les carnivores ; par contre, chez les herbivores, le poumon est invariablement touché. Le foie tout comme le poumon est alors fortement hyperemié et l'abaissement de la pression artérielle devient alors formidable, selon les travaux de Mautner et Pick.

Les recherches de Abelous et Soula sur l'urohypotensine, ceux de Dale, Abel et Kubota et Beresin sur l'histamine, peuvent également être invoquées en faveur d'une vascoconstriction et vaso-oblitération pulmonaire dans les chocs floculants. Le rôle capital joué par le poumon dans ces phénomènes ressort de plus des travaux de Grossmann, de Waele et de Cesaris Demel.

On nous objectait toujours, et Milian en particulier, la difficulté d'expliquer dans ce cas l'action de l'adrénaline dans la suppression du choc par les arsenobenzènes. Tout d'abord, cette action a été vue et préconisée uniquemeut par cet auteur et en clinique ; elle n'a jamais été démontrée expérimentalement. Du reste, en clinique, nous avons pu nous convaincre de son action, parfois nulle et souvent particulièrement grave. Mais, même si cette action préventive de l'adrénaline est démontrée, elle trouve son explication dans la vasodilatation pulmonaire, fait qui a échappé à Milian, mais qui est expérimentalement établi par les recherches récentes et tout particulièrement par Beresin, Snyder, Martin, etc. Ces auteurs ont de plus constaté que l'action de l'adrénaline dépend de la concentration du sang en ions H+ et, comme nous le verrons plus loin, pendant les chocs cette concentration varie, le mécanisme d'action de l'adrénaline et peut-être de beaucoup d'autres substances, trouvera là une explication expérimentale. Ainsi, l'action de l'adrénaline ne constitue point un argument contre notre conception de la floculation et de l'obstruction de capillaires pulmonaires, en particulier.

*
* *

Examinons le *rôle du système nerveux* dans les phénomènes du choc floculant.

Nos expériences sur la suppression du choc anaphylactique par les anesthésiques sans narcose, nous ont amené à considérer le système nerveux central comme sans importance dans l'éclosion des phénomènes du choc. Ces expériences ont paru peu convaincantes à certains auteurs qui ont voulu les expliquer par l'irritation du système nerveux. Notre façon de concevoir a été confirmée d'une façon éclatante par une très élégante expérience de Daussain. Cet auteur, en appliquant aux cobayes le procédé de narcose électrique, décrit par Stéphane Leduc, a démontré que ce genre de narcose ne protège point contre les manifestations anaphylactiques. Le rôle capital du système nerveux central dans l'anaphylaxie qu'on considérait comme un fait expérimental depuis les travaux de Roux et Besredka, doit être définitivement écarté.

En est-il de même au sujet du système autonome ?

Nous avons déjà cité les travaux de Tinel, Santenoise, Bouché, Hustin et d'autres, et nous avons accepté les premières conclusions de Tinel et Santenoise concernant l'existence d'un trouble vagosympathique après le choc. Or, tout récemment, ces auteurs ont sensiblement élargi leur idée première et sont arrivés à une conception générale dans laquelle le système vagosympathique domine le mécanisme de tous les chocs par contact. Analysons cette conception.

Il est hors de doute aujourd'hui que, selon l'état de tonicité de l'un de ces systèmes, les réactions consécutives à l'introduction dans la circulation de poisons chimiques différents, varient. En est-il de même pour les colloïdes ? sont-ils en état de développer des réactions opposées, suivant le degré de tonicité de ce système ?

Les expériences opposées par Garrelon, Santenoise et Tinel sont très peu rassurantes à ce sujet. Leur affirmation que « le choc lui-même semble s'exprimer, en somme, uniquement par une série des manifestations vagosympathiques » est tout au moins prématurée. Le jour où elle sera démontrée, il faudra alors chercher le mécanisme intime de cette action.

Les auteurs précités s'appuient sur des constatations cliniques — qui n'ont point la valeur d'une expérience — et aussi sur quelques essais que nous allons examiner.

Pour montrer l'importance de la vagotonie ou de la sympathicotonie, les auteurs citent deux expériences :

« Chez le chien, animal normalement vagotonique et sensible aux chocs, il est possible de supprimer le choc peptonique, en provoquant, par l'atropine, un état d'hypovagotonie. On peut, au contraire, augmenter d'une façon considérable l'intensité et la rapidité du choc, en exaltant l'excitabilité du vague par une injection de pilocarpine ou d'ésérine. Au contraire, chez un animal réfractaire aux chocs comme le lapin, on constate que cet état d'insensibilité résulte d'une hypovagotonie habituelle. Si l'on provoque artificiellement, par la pilocarpine, une hypervagotonie passagère, il devient possible de provoquer chez le lapin un choc peptonique. » Ces deux expériences contiennent : *a.* une *inexactitude* à propos de la résistance du lapin aux chocs, car toute l'expérimentation d'Arthus sur l'anaphylaxie a été basée sur les chocs provoqués chez cet animal. Et si les auteurs pensent aux chocs par la peptone, ils sont contredits formellement par Nolf qui, dans ces recherches, en 1905 déjà, a nettement établi « qu'aucune différence essentielle n'existe entre l'organisme du chien et celui du lapin dans leurs réactions à l'injection intraveineuse de propeptone » ; *b.* une *contradiction* : chez deux animaux, un vagotonique, l'autre sympathicotonique, l'introduction de la même substance — pilocarpine — produit l'accentuation des phénomènes de choc ! Or, les expériences toutes récentes de Lévy-Solal et Tzanck prouvent les propriétés antianaphylactiques de la pilocarpine !

Nous signalons cette contradiction, mais étant donné les imprécisions et l'exiguïté des travaux sur cette question, il se peut que les deux thèses soient également inexactes ! D'autant plus que Beresin a démontré l'action vasoconstrictive de la pilocarpine sur les vaisseaux du poumon.

Les recherches de Garrelon, Santenoise et Tinel n'ont nullement démontré que l'état vago-sympathique conditionne les phénomènes de choc par contact. Mais il se peut que des troubles d'équilibre vago-sympathique soient consécutifs aux phénomènes de choc et par conséquent expliquent certaines actions préventives des substances chimiques, telles que l'adrénaline, l'atropine, injectées préalablement, extemporanément ou postérieurement aux injections des substances, provoquant les chocs. Toutefois, cette question, tout en méritant d'être étudiée, ne présente plus l'intérêt capital de la précédente à savoir si les troubles d'équilibre vago-sympathiques conditionnent les chocs et tous les chocs?

Nous faisons abstraction des phénomènes d'intoxication chimique qui semblent l'objet d'une confusion avec les réactions colloïdales.

Or, les troubles d'équilibre nerveux sont et seront impuissants à donner l'explication des modifications *physiques* — seules qui comptent dans une réaction *physique* : agglomération micellaire (Kopaczewski), abaissement de la tension superficielle (Kopaczewski, Zung), inversion de la charge des « globulines » (Kopaczewski), augmentation de la viscosité du sang total, sans celle du plasma (Zunz), augmentation de l'index infractométrique (Segale, Zunz), de l'abaissement du point cryoscopique (Segale, Zunz), modification de la concentration en ions H (Segale, Mendelejeff) et bien d'autres.

*
* *

Nous avons jusqu'à présent examiné les travaux qui avaient trait, soit à nos recherches précédentes, soit à notre conception des phénomènes de choc par contact. Les recherches de ces dernières années ont apporté quelques faits nouveaux, dont il faut apprécier l'importance tout en examinant s'ils ne contredisent pas cette conception physique.

Les recherches de Caspari, de Wiechmann et de v. Schröder ont démontré que l'organisme présente à la période antianaphylactique des modifications sanguines, se traduisant par le ralentissement de la *sedimentation des globules rouges*. Wiechmann a constaté une accélération de cette sédimentation globulaire dans le choc.

Il est compréhensible que ces faits cadrent admirablement avec les modifications physico-chimiques établis dans le sérum au cours des chocs floculants, car à une accélération de la sédimentation correspond une labilisation des colloïdes du sérum et du sang, et *vice versa*.

Dans le même sens parlent les récentes déterminations de Segale, Hirsch F. et Lisle Williams, de Mlle Mendelejeff, Eggstein, Zunz et La Barre. Tous ces auteurs ont constaté qu'au cours du choc floculant la *concentration en ions* H^+ augmente, autrement dit, l'alcalinité diminue. Zunz et La Barre ont établi un parallèlisme entre la baisse de la tension superficielle et cette augmentation de l'acidité. Mlle Mendelejeff a étudié ce phénomène avec détails, et elle est arrivée à des constatations intéressantes :

1° Le contact du sérum de chèvre avec la gélose produit une augmentation de l'acidité

$$(pH = 7{,}4 \rightarrow pH \rightarrow 4{,}8)$$

Mais un second gélosage, tout en rendant le sérum très « toxique », selon l'expression de cet auteur, rapproche le pH vers le point isoélectrique des protéines du sérum ($pH = 4{,}6$ ou $CH^+ = 2{,}5{,}10^{-5}$).

Il en est de même pour d'autres produits : injection du lait, de la peptone, etc. provoque une augmentation de l'acidité ; une seconde injection pratiquée quelques heures plus tard, ramène la réaction vers le point isoélectrique et souvent au delà, vers l'alcalinité.

3° Même phénomène s'observe au cours du choc cellulaire, anaphylactique : peu de temps après la première injection, la concentration en ions H^+ baisse et vers le douzième jour — donc au moment de l'apparition de la sensibilisation — dépasse la concentration normale et la réaction devient alcaline ($pH = 7{,}6$ pour la chèvre).

Etant donné qu'au point isoélectrique les colloïdes sont les plus labiles, le plus facilement floculables par des ions, on peut conclure que la sensibilisation équivaut à une « labilisation » micellaire. Encore une fois, et d'une façon parfaite, notre supposition et notre explication de la sensibilisation se trouve expérimentalement confirmée.

Mais ces modifications de la concentration ionique ne peuvent pas expliquer le mécanisme du choc! Manifestement elles en sont la conséquence, le résultat de la floculation micellaire par la libération des ions H^+, adsorbés par des micelles protéiques que l'acte de floculation détache de leur substratum par le jeu des forces électriques.

Mais, une fois mis en liberté, ces ions H^+ déterminent secondairement des actions, dont les recherches de Fenn, Fraser, Ross, Dreyer rendent compte. En effet, en étudiant les phénomènes d'adhésion des leucocytes, Fenn a constaté que cette réaction dépend de la concentration en ions H^+ et trouve son optimum à $pH = 8$. Fraser et ses collaborateurs démontrent qu'en s'écartant du point isoélectrique du sang on provoque des phénomènes de dyspnée (normal $pH = 7.68$).

Toutes ces recherches apportent ainsi des précisions de plus haute valeur sur l'importance des modifications physico-chimiques dans la pathogénie des états de chocs.

*
* *

Les recherches récentes corroborent la *différenciation des états de chocs* que nous avons signalée, à l'encontre de l'illogique généralisation de certains auteurs. Nous avons observé *in vivo* dans le mésentère de la grenouille que, selon la nature des substances introduites dans la circulation, les phénomènes diffèrent : avec le savon — c'est la lyse des globules du sang ; avec le fer colloïdal — c'est la coagution intravasculaire, tout comme avec du noir animal. Puis les expériences de Schepfer ont permis d'établir que dans les injections des lécithines on observe un véritable enveloppement des globules par ces substances : par conséquent, en rendant impossibles les échanges on provoque l'asphyxie rapide. Contrairement à l'opinion de Lumière, Schmidt, tout comme nous avec Comandon en 1920, a récemment démontré que les animaux, ayant survécu au choc anaphylactique ne sont nullement protégés contre d'autres chocs humoraux-lytiques ou trombo-plastiques. Dale et Kellaway constatent des différences notables entre le choc anaphylactique et le choc par l'amidon ou gélose.

Cette question de différenciation de choc semble également être résolue dans le sens que nous avons envisagé dès 1920.

***

Pour terminer citons quelques travaux concernant l'*acte de la floculation.*

Il trouve un appui dans les testes thérapeutiques, signalés par G. Scholz, en ce qui concerne l'action favorable de l'huile camphrée dans le choc traumatique, que nous avons proposée en 1920 pour combattre le choc post-arsénobenzénique et aussi dans les travaux de Robert Duhot, confirmant nos résultats sur l'action préventive des solutions saturées de glucose dans l'éclosion de phénomènes de choc, à la suite des injections des arsénicaux.

Mais, avant tout, les recherches expérimentales de Kritchewsky, apportent à la floculation micellaire un appui intéressant. Cet auteur, après avoir constaté que l'extrait d'une plante « *Cotyledon Scheideheri* » possède la propriété de floculer le sérum et les extraits bactériens, ainsi que d'agglutiner les bactéries et les globules rouges pour les laquer ensuite, a injecté à des cobayes des doses déterminées de cette substance. De cette façon, il a constamment provoqué la mort avec des symptômes et des lésions anatomo-pathologiques, identiques à ceux du choc anaphylactique; il a pu reproduire ces réactions chez des lapins et observer, en injections sous-cutanées, le phénomène d'Arthus. Kritchewsky arrive alors à la conclusion que le choc anaphylactique est dû aux modifications du degré de la dispersion de colloïdes du plasma sanguin (« change in the degree of disperseness of the plasma colloïds of the blood »).

La même conclusion s'impose, terminologie à part, à Dale : « We are entitled, I think, to suppose that, when antigen needs antibody in the specifically sensitive cells, the immediate effect is a change in the state of dispersion of the colloïds altering into its structure ».

Le distingué anatomo-pathologiste italien Cesaris Demel considère que seule la floculation, phénomène dans sa première phase réversible (formation des complexes colloïdaux réversibles) peut rendre compte des modifications rapides humorales et aussi anatomo-pathologiques du choc anaphylactique. Cesaris Demel, dans des expériences qu'il a été le premier, en 1910, à faire sur l'anaphylaxie du cœur isolé, démontre que la théorie de floculation rend bien compte de ces faits expérimentaux. L'auteur italien cite tout d'abord le cas de la dégénération albuminoïde qui s'accompagne de l'apparition dans le protoplasma cellulaire des granulations, apparaissant vite et disparaissant aussi rapidement; et, de plus, il invoque le cas de la nécrose qui se présente comme une gélification du protoplasma et souligne que cette nécrose constitue parfois la réaction finale dans les réactions anaphylactiques locales.

Ainsi, d'après Cesaris Demel, la théorie de la floculation trouve dans les altérations anatomiques un appui solide : « teoria che trova anche nella interpretazione delle alterazioni anatomiche un valido sostegno, giachè, come vedremo con questa teoria le manifestazioni anatomiche si possono schematizzare, in modo semplice, facilmente comprensivo e convincente ».

« Ammettando la floculazione infine come causa di ostruzione vasculare noi ci rendiamo anche ragione del perché le manifestazioni anafillatiche, passano nelle varie specie di animali presentare sintomi diversi, a carico di sistemi diversi, per cui vediamo talora predominare sintomi e lesioni sul sistemo respiratorio, tal'altra sul sistema digerente, tal'altra ancora sui tegumenti, ecc, e cio in rapporto certamente alla varia ampiezza dei distretti vasculari che nei singoli organi si distribuiscono, e cio perché ogni specie di animale ha un organo che per congenita disposizione anatomica è piu sensibile alle ostruzioni vascolari... »

Etant donné les objections qu'on a formulées contre notre conception des obstructions des capillaires pulmonaires (Widal), nous avons cité très longuement les considérations de Cesaris Demel.

D'autres expérimentateurs ont trouvé notre thèse de floculation la plus plausible à l'état actuel de nos connaissances tel par exemple l'éminent bactériologiste italien (Belfanti).

En France, d'Hérelle considère le fait de la floculation comme « indubitable ».

A l'étranger, Doerr tout en admettant que les phénomènes d'adsorption, de floculation, etc., peuvent jouer un rôle dans la sensibilisation (« Alles spricht dass in Immunitätsprezipitazion zurmindest in der ersten, für die Anaphylaxie allein in Betracht kommenden Phase die physikalische Prozesse von hoher Reversibilität, in Adsorptionen und Flockungen ohne chemische Veränderungen der Reaktions-Komponente beteiligt sind ») suppose néanmoins que la conception d'une réaction humorale terminale n'est autre chose qu'une intoxication suraiguë.

(« Ubrigens würde die Konzeption eines primären physikalischen, aber humoralen Geschehens doch nur eine Art Umweg bedeuten und schliesslich wieder dazu führen ein « Giftigwerden » des Blutplasmas durch Adsorption-hemmende Stoffe, durch die Aktivierung von Gerinnungsfermente, durch Störung des Kolloidgleichgewichtes) von der physikalischen Blutveränderung abhängig zu machen und sich damit erneut der Vorstellung eines akuten Intoxikation zu nähern »).

Il est clair que le distingué savant suisse ne se rend pas bien compte des différences entre les réactions physiques et chimiques et si ses considérations sont à la rigueur justes au sujet des théories de « l'adsorption des substances toxiques préexistantes » ou « de l'activation des ferments coagulants », elles sont parfaitement erronées, en ce qui concerne la théorie de la floculation.

Si nous résumons cet aperçu général, l'impression qui s'en dégage est celle d'une confirmation sur toute la ligne de la théorie physique des chocs par contact dont nous avons jeté les premières bases en 1914 et que nous avons définitivement formulée en 1917.

C'est pourquoi cette théorie est aujourd'hui considérée comme l'explication la plus plausible des phénomènes de chocs.

Elle trouve encore peu de partisans en France; ce n'est assurément pas à cause de l'absence de bases solides expérimentales.

BIBLIOGRAPHIE

W. Kopaczewski. *Pharmacodynamie des colloïdes*, 1923, G. Doin, édit.
Mauriac. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 janv. 1923.
Kritchewsky. *Journ. of infec. diseases*, 1918, vol. XXII, p. 101.
Dale. *Proc. of R. Soc. of exp. biol. and med.*, 1920, vol. XCI, p. 126.
C. Demel. *Anafilassi. Ist. Sieroterapico*, Milanese 1923, p. 51.
Doerr. *Ergebnisse der Hygiene*, 1922, vol. V, p. 71.

ACTUALITÉS

LA STEAMERTHÉRAPIE

Lorsque, tout récemment, un jeune sportsman, M. Alain Gerbault, traversa l'Atlantique, seul, sur un côtre de dix tonneaux, on évoqua le souvenir des premiers navigateurs, de ceux qui avaient autour de la poitrine la triple cuirasse d'airain décrite par Horace; on rappela la vaillance de Christophe Colomb partant vers l'inconnu sur une caravelle à demi-pontée. L'exploit d'un intrépide Français fit ressortir encore davantage les bienfaits du progrès dans la construction navale; les magnifiques paquebots du XXe siècle paraissent dominer la mer; ces grands vaisseaux « que la houle incline en silence » invitent aux lointains voyages. On comprend que les Américains, riches en dollars, viennent si volontiers et si facilement en Europe, particulièrement en France où ils admirent nos trésors artistiques et nos châteaux plusieurs fois séculaires.

Les Français voyagent moins, peut-être parce que nous avons, dans notre si beau pays, une telle variété de paysages, une telle abondance de monuments qu'il n'est pas besoin d'aller très loin chercher des sites pittoresques, des cathédrales gothiques ou de vieilles maisons du XIIIe siècle. Et cependant quelle puissante et utile distraction qu'un voyage! Je n'ai aucune expérience des croisières en mer, mais je sais bien quel repos procure la traversée de la France en chemin de fer; partir un soir et être le lendemain à 700 ou 800 kilomètres de ses malades, c'est la quiétude parfaite; en quelques heures, on fait provision de nouvelles forces pour revenir au travail professionnel. Je ne doute pas qu'un voyage en mer ne soit un délassement encore plus complet. Nous connaissons tous plus ou moins les romans de Pierre Loti qui nous ont appris le charme des rêveries sur le pont d'un navire, et il n'est pas un adolescent qui puisse les lire sans désirer être marin, aller à Constantinople et au Japon. Restons plutôt sur le terrain médical.

Dès l'antiquité, Asclépiades, Celse, Pline, Arétée avaient vanté l'heureuse influence de la navigation sur les organismes sains et sur les malades. Mais pendant bien des siècles les conditions d'hygiène à bord des navires furent telles que le remède, s'il était employé, devait être pire que le mal. En 1759, Gilchrist indiqua le voyage en mer comme moyen curatif de la phtisie et cette théorie fut assez généralement admise jusqu'en 1854.

Becquerel, dans le *Traité élémentaire d'hygiène privée et publique* (1854) étudie, au chapitre de l'exercice et du mouvement, la « gestation », exercice dans lequel le corps reçoit un mouvement qui provient d'une force étrangère; il distingue trois espèces de gestation : la navigation, la voiture et l'équitation; d'après Becquerel, les voyages en mer peuvent déterminer des effets avantageux dans certaines maladies et en particulier dans la phtisie pulmonaire. Mais en cette même année 1854, Rochard s'élève contre l'opinion de Gilchrist, de Becquerel, en montrant que la *tuberculose marche vite à bord.*

Un peu plus tard, en 1869, Michel Lévy (1) vante avec lyrisme les bienfaits de la navigation. « Les spectacles imposants ou terribles qu'elle déroule, les tableaux mobiles de la vie du bord, les manœuvres hardies de l'art nautique, les succussions que le tangage et le roulis impriment au corps, la spécialité de l'atmosphère, du régime et de l'exercice, l'émotion sans fin qui domine les hôtes passagers de ces frêles édifices que la vapeur ou le vent pousse sur les abîmes, voilà de quoi remuer l'âme, de quoi changer la direction des actes cérébraux et même celle des autres fonctions. » Vers 1875, Berchon (de Bordeaux) écrivit une brochure sur les voyages en mer, et, envisageant leur utilité thérapeutique, il proposa même, si nos souvenirs sont exacts, d'appeler ce mode de traitement la *steamerthérapie*.

On ne conseillera pas à tous les malades d'embarquer pour un voyage en pleine mer; il faudra savoir ceux auxquels peut convenir cette thérapeutique. Chantemesse, Borel et Dupuy (1) ont minutieusement étudié les modifications des fonctions physiologiques pendant les voyages en mer. C'est d'abord une augmentation de l'appétit se traduisant par une polyphagie qui nécessite un régime abondant et des repas fréquents; la polydipsie est aussi presque constante et l'on a soif à bord pendant les repas et entre les repas; l'appétit se maintient exagéré par suite du taux élevé des échanges qui s'opèrent au niveau des poumons et de la surface cutanée, la plus grande partie des journées se passant sur le pont avec exposition permanente au grand air et ventilation vigoureuse. Les qualités respiratoires de l'atmosphère sont de premier ordre, ce qui rend l'hématose plus active. Mais il faut noter qu'une grande quantité de vapeur d'eau pénètre dans les voies respiratoires avec des gouttelettes d'embruns entraînant du chlorure de sodium, et certains passagers présentent de l'oligurie avec rétention chlorurée; quelques-uns même peuvent être atteints d'une toxémie spéciale, l'intoxication nautique. Aussi Chantemesse, Borel et Dupuy signalent-ils plusieurs contre-indications aux voyages en mer; ce sont, entre autres, les affections du foie et des reins, les cardiopathies, la bronchite chronique et l'emphysème pulmonaire, la grossesse. Les voyages en mer ont des résultats utiles chez les anémiques, les chlorotiques, les paludéens chroniques.

Ils paraissent surtout à conseiller aux surmenés, aux fatigués qui veulent échapper pendant quelque temps aux tracas et aux soucis des affaires; des littérateurs ont ainsi aimé les voyages et Guy de Maupassant naviguait volontiers sur son yacht *Bel-Ami*; les hommes politiques trouveront au large un air plus pur que celui de la Chambre des députés; avant de s'intéresser à l'agriculture et à l'exploitation d'une ferme, M. Aristide Briand se reposait des lourdes responsabilités du pouvoir en louvoy nt sur les côtes de la Méditerranée.

Notre éminent confrère le docteur A. Loir (2) nous apprend que les médecins anglais recommandent beaucoup la cure de repos à bord des bateaux au long-cours; dans les journaux anglais on lit des annonces proposant de prendre des passagers sur des navires de commerce. Comme le fait remarquer A. Loir, ce traitement n'est pas plus cher qu'un séjour dans une ville d'eau.

Peut-être la steamerthérapie pourrait-elle être

(1) Michel Lévy. *Traité d'hygiène publique et privée.*

(1) Chantemesse, Borel et Dupuy. *Traité d'hygiène maritime.*
(2) A. Loir. Médecine et voyage au long-cours, *Paris méd.*, 6 oct. 1923.

aussi conseillée en France; il suffirait pour cela que des compagnies de navigation étudient la question au point de vue matériel et prennent leurs dispositions pour rendre ces voyages agréables et intéressants. Nous avons entendu dire qu'un voyage d'essai aurait probablement lieu au printemps prochain, de Marseille au Havre ou à Dunkerque, avec escales à Valence, à Tanger et à Lisbonne; ce voyage durerait dix jours et utiliserait un des beaux bateaux de 6.000 à 7.000 tonnes qui reviennent de Madagascar. C'est une initiative heureuse qui sera certainement couronnée de succès; les touristes embarqueront sans crainte sur un bon navire tenant bien la mer; Eole, à qui le père des Dieux a donné le pouvoir d'apaiser les flots et de les soulever, *Et mulcere dedit fluctus et tollere vento*, Eole rendra la traversée facile et Neptune lui-même protégera la croisière. *Favet Neptunus eunti.*

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1923)

Le lever précoce des laparotomies. — M. Lapointe se demande si cette manière de procéder offre de si grands avantages? On a invoqué, en sa faveur, la suppression de la rétention d'urine, une meilleure ventilation pulmonaire, une meilleure circulation sanguine.

Les partisans du lever précoce ont certainement exagéré ces avantages et ils semblent à M. Lapointe un peu trop engager leur responsabilité.

M. Lapointe continue à rester plus prudent et à attendre du huitième au quinzième jour pour laisser lever ses opérés laparotomisés.

M. Dujarier est devenu un partisan du lever précoce. Après des opérations aseptiques, il n'a pas trouvé de résistance de la part des malades. Il laisse lever ses opérés de hernie ou d'appendicite dès le deuxième jour. Quant aux opérés d'estomac, il ne les laisse se lever que du quatrième au septième jour. Il trouve de sérieux avantages à cette méthode. Il a perdu une opérée de fibrome par embolie plus de quinze jours après l'opération. On ne saurait donc en accuser le lever précoce.

Du traitement des troubles circulatoires des membres inférieurs par la sympathicectomie. — M. Leriche apporte plusieurs faits personnels dans lesquels la sympathicectomie lui a donné parfois de bons résultats dans ces faits d'oblitération artérielle de cause encore inconnue. Il faut admettre que l'obstable siège à la terminaison de l'aorte abdominale. C'est donc au niveau de ce siège qu'il faudrait pratiquer la sympathicectomie. Si les bains chauds ne font pas réapparaître les battements artériels, c'est qu'il y a un obstacle du côté des artères iliaques et si leurs membres présentent les mêmes phénomènes, il faut admettre que l'obstacle siège à la terminaison de l'aorte.

De l'hypotension artérielle résultant de la ponction lombaire dans la rachianesthésie. — M. Leriche fait une seconde communication sur ce sujet. Il pense qu'on peut expliquer certains troubles consécutifs à la ponction lombaire par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien dans le dos par l'orifice de la ponction. Cet écoulement a pour effet de provoquer un abaissement plus ou moins notable de la tension artérielle. Il est donc indiqué de relever cette tension. Dans ce but, M. Leriche a eu recours avec succès à l'injection intrarachidienne d'eau bouillie.

Pleurésie hilaire. — M. Phélippe (de Vichy) communique une intéressante observation de pleurésie hilaire.

Rachianesthésie. — M. Riche fait un nouveau rapport sur un millier de cas de rachianesthésie adressés par divers auteurs.

M. Dujarier explique les cas d'échecs de la rachianesthésie par ce fait qu'on n'a pas injecté l'anesthésique en bon lieu.

M. Gernez fait un rapport sur 500 cas de rachianesthésie adressés par M. Lepoutre, qui se déclare satisfait des résultats qu'il a obtenus. Il a constaté, toutefois, un abaissement plus ou moins marqué, mais momentané de la pression artérielle. Aussi n'a-t-il pas recours à la rachianesthésie chez les hémorragiques. M. Lepoutre emploie la novocaïne et la caféine préalable.

Dans un cas de syncope, il a obtenu un bon résultat d'une injection intrarachidienne de 0g50 de caféine.

Injections intracardiaques d'adrénaline dans les cas de syncopes chloroformiques. — Très intéressante communication de M. Toupet sur ce sujet. Dès 1921, en Angleterre et aux Etats-Unis, on a proposé ces injections intracardiaques ou intraveineuses dans les cas de syncope au cours des opérations. Dès la même époque, M. Toupet essaye cette médication. Voici ses observations :

Dans un premier cas, il s'agissait d'une tentative de suicide : Suture de la trachée et absorption d'un flacon entier de digitaline. Affolement cardiaque. Intervention, syncope.

Injection dans le ventricule droit d'adrénaline, réveil instantané des battements du cœur, on reprend l'intervention, nouvelle syncope, nouvelle injection, nouveau réveil, mais qui ne dure pas. Mort.

Dans la seconde observation, rachianesthésie pour opération de fibrome, chez une femme pesant plus de 100 kilogrammes.

Injections préalables de caféine, d'huile camphrée; injection intrarachidienne de novocaïne; syncope. Injection intracardiaque d'adrénaline, inspiration artificielle (car il est entendu qu'elle doit être pratiquée toujours en même temps), réveil des battements du cœur. Guérison.

Suivent plusieurs observations semblables. Signalons-en une dans laquelle il y eut cinq syncopes de suite, cinq injections d'adrénaline ayant, chaque fois, ramené les battements cardiaques, puis une sixième syncope mortelle. Cette malade a été autopsiée. Son cœur avait reçu six piqûres. Il fut impossible d'en trouver, à l'autopsie, les moindres traces. Il n'y avait, d'ailleurs, pas une goutte de sang dans le péricarde.

M. Toupet a fait des expériences chez le chien. Mais cet animal supporte si mal le chloroforme qu'il est difficile de tirer une conclusion quelconque de ces expériences.

Enfin, M. Toupet apporte une statistique de 19 cas avec 13 succès, 3 succès partiels et 3 insuccès.

La technique consiste à injecter, à travers le IVe espace intercostal, au ras du sternum, à l'aide d'une aiguille fine, 1 milligramme d'adrénaline.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1923)

Les altérations du système nerveux dans un cas de maladie de Thomsen. — MM. Ch. Foix et I. Nicolesco. Ces altérations frappent : 1° le corps strié; 2° les formations infundibulo-hypothalamiques, la substance innominée de Reichert; 3° les groupes à pigment noir de l'axe encéphalique; accessoirement les cellules vésiculeuses de Forel, la substance réticulée, le noyau dentelé.

1° *Noyau lenticulaire.* Les grandes cellules du Putamen présentent une atrophie modérée et une *infiltration pigmentaire* brune tout à fait spéciale. Mêmes lésions plus légères des petites cellules. Les cellules du *globus pallidus* sont pour la plupart en voie d'atrophie avec comme aboutissant leur transformation en petites *boules hyperchromiques* pourtant reconnaissables. Quelques concrétions mûriformes, un peu d'infiltration pigmentaire.

2° Au niveau de la *substance de Reichert*, des noyaux du tuber et périventriculaire : atrophie cellulaire et vacuolisation du protoplasma.

3° Groupes à *pigment noir.* Leur atteinte est inégale, prédominante au niveau du *locus coeruleus*, du noyau dorsal du

vague, des cellules à pigment noir de la formation réticulée. Il y a d'abord hypertrophie du noyau ou vacuolisation du protoplasma, puis atrophie de la cellule, enfin destruction et mise en liberté du pigment. Le locus niger n'est que légèrement touché.

4° *Cellules vésiculeuses*, cellules des groupes réticulés en voie d'atrophie. Atteinte légère des noyaux dentelés, de la formation réticulée médullaire;

Dans l'ensemble :

1° Ces altérations sont du type dit abiotrophique;

2° Leur distribution n'est pas une distribution de hasard. Elle frappe en effet des groupes rattachés, d'une part à la voie extrapyramidale de l'autre au système végétatif. Elle est donc dans une certaine mesure systématique;

3° Bien que rappelant certains processus préséniles, ces altérations en diffèrent par : *a.* l'absence de lésions vasculaires et de désintégration proprement dite (état prériblé, îlots cicatriciels, etc.); *b.* la répartition différente de l'intensité des lésions; *c.* leur aspect même;

4° On observe des altérations analogues dans certaines maladies du système musculaire, notamment les myopathies.

Anesthésie par le chloralose et excitabilité du système nerveux organo-végétatif. — MM. L. Garrelon et D. Santenoise signalent les différences de sensibilité au chloralose des animaux suivant l'état de leur tonus neuro-végétatif.

Les animaux à R.O.C. normalement nul sont peu sensibles à l'anesthésie. Par contre les animaux vagotoniques s'endorment facilement.

Ces observations ont été vérifiées par la modification de ce tonus à l'aide d'agents pharmacodynamiques.

Après injection d'atropine qui inhibe le parasympathique les doses moyennes de chloralose (10 centigrammes par kilogramme) ont été insuffisantes pour provoquer l'anesthésie.

Des doses très fortes même dépassant la dose toxique (18 centigrammes par kilogramme) n'ont pas empêché les réactions sensibles de se manifester pendant longtemps (cinquante à soixante minutes) et ont retardé l'apparition des phénomènes toxiques.

Une injection d'ésérine (excitant le vague) faite après l'administration du chloralose a provoqué un sommeil très rapide et profond, même avec des doses faibles 0g05 à 0g06 par kilogramme).

De plus ces derniers animaux présentent une hyperexcitation médullaire, convulsions ou très grande exagération des réflexes. Tout se passe comme si l'anesthésique était beaucoup plus rapidement absorbé qu'à l'état normal.

Il existe donc un rapport étroit entre la rapidité d'imprégnation du système nerveux par le chloralose et l'état du système organo-végétatif.

Et l'exploration de cet appareil permettrait d'apprécier les susceptibilités individuelles du système nerveux vis-à-vis d'une substance toxique.

M. Lapicque. L'atropine n'agit nullement sur le vague, mais sur les organes auxquels il se rend.

Tuberculose chez le cobaye vivant dans les salles où sont soignés les phtisiques. — MM. Robert Debré et Coste désirant étudier la répartition des bacilles tuberculeux dans les salles où sont hospitalisés les phtisiques, ont constaté que les cobayes vivant dans ces salles sont infectés avec une grande rapidité; la maladie se présente comme une tuberculose à début pulmonaire dont la période anti-allogique est courte et l'évolution rapidement fatale. Ces constatations sont intéressantes à confronter avec les résultats négatifs signalés par M. Remlinger.

M. J. Camus a observé des faits analogues avec M. Le Noir.

Eloge de M. G. Linossier. — M. L. Babonneix.

(séance du 8 décembre 1923)

Les crachats hémoptoïques des tuberculeux renferment des spirochètes — En examinant en série des crachats hémoptoïques de tuberculeux, M. E. Etchegoïn a mis en évidence, chez quatorze malades, des spirochètes.

Surcharge et dégénérescence élastique des cellules cartilagineuses de la trachée. — M. Michel de Kervily a observé que dans le cartilage de la trachée chez le vieillard (et chez les animaux) la cellule cartilagineuse est parfois envahie par des grains élastiques; il y a d'abord une surcharge élastique, puis le noyau meurt et il y a une dégénérescence élastique de la cellule. Cette forme de dégénérescence doit être ajoutée à celles qui sont déjà décrites (graisseuse, amyloïde, etc.).

M. Feissly (de Lausanne), étudiant la pathogénie de l'hémophilie, démontre que l'incoagulabilité sanguine observée chez ces malades, doit être attribuée exclusivement à une anomalie plasmatique. La théorie de l'insuffisance des plaquettes sanguines ne peut pas être soutenue, car cette insuffisance n'est qu'apparente. Les plaquettes hémophiliques exercent, il est vrai, moins d'effet sur la coagulation d'un plasma hémophilique que les plaquettes normales, mais cette différence s'explique par le fait que ces éléments cellulaires sont entourés d'une atmosphère plasmatique adsorbée à leur surface. C'est dire que lorsqu'on mesure l'activité d'une suspension de plaquettes normales, on fait intervenir non seulement la thrombokinase qu'elle contient, mais encore une certaine quantité de sérozyme normal qui exerce à lui seul un effet conecteur très marqué.

A propos de l'adsorbtion du salicylate de soude par le sérum sanguin. — M. Coquoin, au cours de recherches sur la fixation de substances chimiques par les tissus, a été conduit à répéter les expériences de M. Chabanier. Il montre la perméabilité de certaines membranes de collodion aux albumines du sérum et l'action empêchante de ces dernières sur la réaction colorée par le perchlorure de fer et à l'aide d'une méthode de dosage plus rigoureuse, il démontre la non-fixation du salicylate de soude par le sérum sanguin.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 24 novembre 1923)

Un cas de paralysie du grand dentelé au cours de la scarlatine. — M. Shaeffer en présente un cas avec tous ses signes cliniques, survenu pendant la convalescence d'une scarlatine intense, sans aucune complication. Ces paralysies sont exceptionnelles dans les infections : elles sont tardives au cours de la convalescence, sont précédées de douleurs plus ou moins vives, sont bénignes et doivent toujours guérir par des moyens médicaux.

Diagnostic du fibrome utérin. — M. Bloch-Vormser apporte une pièce opératoire de fibrome montrant la difficulté du diagnostic exact des lésions et des indications respectives du traitement chirurgical et radio ou radiumthérapique.

Calculs biliaires et appendice. — M. Peraire montre une vésicule biliaire contenant quinze assez gros calculs et l'appendice de la même malade contenant un calcul biliaire enchâtonné. Difficulté du diagnostic.

De l'intoxication aiguë par les œufs frais. — M. A. Bernheim montre que, en dehors de tout phénomène anaphylactique, on peut voir survenir des troubles gastro-intestinaux aigus après absorption d'œufs provenant de poules nourries avec de la viande et dont la ponte a été intensifiée par des produits spéciaux. Il serait donc bon de nourrir les poules comme autrefois uniquement avec des graines.

La syphilis implacable. — M. Galliot rapporte l'observation de trois malades chez qui la syphilis a évolué d'une façon maligne. Malgré un traitement énergique, le premier est devenu paralytique général neuf ans après le chancre, le deuxième tabétique dix ans après et le troisième cardiaque quatorze ans après le début de la syphilis. La réaction de Wassermann est restée constamment positive, et, malgré le traitement, il a été impossible d'enrayer l'évolution fatale de la maladie. Ces formes sont évidemment très rares, mais il faut s'en méfier.

Emploi thérapeutique de l'insuline. — M. Lematte met au point la question des insulines, il faut : 1. en unifier le mode de préparation; 2. fixer les rapports entre les titres des préparations américaines et françaises ; 3. unifier la posologie; 4. préciser son mode d'emploi. Les cliniciens pourront ainsi s'entendre.

NOTES DE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES DE LA VESSIE PAR LE " MÉSOTHORIUM "

Rien n'est plus décevant en urologie que le traitement des tumeurs épithéliales malignes de la vessie. La marche inexorable du néoplasme, l'évolution progressive des troubles fonctionnels, malgré l'électro-coagulation, la curiethérapie, les cystectomies totales ou partielles sont des éventualités bien connues.

MM. le professeurs F. Legueu et les docteurs F. Marsan et P. Flandrin ont eu l'idée d'appliquer à ces cas un traitement à base de « mésothorium ». Ils viennent à ce sujet de publier une note préliminaire dans le *Journal d'urologie médicale et chirurgicale* (août 1923, t. XVI, n° 2) se réservant de publier ultérieurement leur statistique complète et des conclusions. Les observations sont encore trop récentes pour juger définitivement de l'efficacité réelle de cet agent thérapeutique qui paraît donner jusqu'ici de grands espoirs; elles n'en sont pas moins intéressantes à rapporter.

« On sait, écrivent MM. Legueu, Marsan et Flandrin, que le mésothorium, isolé en 1907 par Hahn des sous-produits de la fabrication du thorium, émet trois sortes de radiations : les rayons « alpha », « bêta » et « gamma ». Il donne, en outre, naissance par désintégration à une série de corps dont les plus importants sont le thorium X et l'émanation de thorium qui émettent eux-mêmes des rayons « alpha ».

La période de désintégration du mésothorium est de cinq années. Si l'on songe que celle du radium est pratiquement indéfinie (1.800 ans) et que les périodes de désintégration des corps radio-actifs sont inversement proportionnelles à leur énergie de rayonnement on voit que, à égalité de poids et de temps, le mésothorium émettra un rayonnement beaucoup plus intense que le radium.

On utilise en thérapeutique le bromure de mésothorium en solutions stérilisées et isotoniques. Ce sel, préparé par Buisson sous une forme commode et inoffensive, peut être utilisé dans le traitement du cancer, à deux concentrations :

Solution B (1 microgramme par centimètre cube). En injections hypodermiques et intraveineuses ;

Solution C (2 microgrammes par centimètre cube). En injections interstitielles, intratumorales et livrée par le commerce en ampoules de 5 centimètres cubes.

Nous avons utilisé le bromure de mésothorium sous ces deux concentrations :

La solution B en injections intraveineuses ;

La solution C en instillations intravésicales ou en injections profondes intramusculaires.

Notre statistique, encore réduite, porte sur neuf cas de néoplasmes malins de la vessie chez des malades âgés de cinquante-six à soixante-six ans. Ces tumeurs inopérables, évoluant depuis plusieurs années, très étendues, avaient notablement altéré l'état général de nos malades.

Les troubles fonctionnels qui les avaient amenés à consulter étaient des plus marqués. Nous notons, d'une façon constante, les douleurs vésicales intolérables avec pollakiurie diurne et nocturne, les urines « bouillon sale », des hématuries dont l'abondance et la répétition avaient déterminé, chez huit de nos consultants, un état anémique des plus marqués. Un d'eux avait en 1921 subi deux tailles successives pour tumeur vésicale et, en 1922, toute une série d'électrocoagulations qui n'avaient pu arrêter la progression des signes fonctionnels et l'évolution des récidives.

Il s'agissait, dans trois cas, d'une infiltration néoplasique étendue avec capacité très réduite; chez cinq malades, nous trouvons, dans nos comptes rendus cystoscopiques, les descriptions de tumeurs typiques, largement implantées, proéminentes, bourgeonnantes à surface irrégulière avec leurs zones de nécrose et les foyers hémorragiques si fréquents dans cette variété de néoplasmes.

Nous avons appliqué à ces deux variétés anatomiques : infiltration néoplasique et tumeurs sessiles, deux traitements différents.

Dans les formes infiltrées, nous nous sommes abstenus d'électro-coagulation à vessie fermée. Toute manœuvre intravésicale un peu longue était d'ailleurs rigoureusement interdite par le manque de capacité. Nous avons dû nous contenter d'injections intraveineuses et intramusculaires de mésothorium.

En présence de tumeurs sessiles faisant saillie dans la cavité vésicale, au traitement par le mésothorium nous avons associé quelques séances d'électro-coagulation complémentaire pour hâter la destruction mécanique et l'élimination des portions nécrosées du néoplasme.

L'électro-coagulation ne nous paraît pas, d'ailleurs, être absolument indispensable.

Les doses. — Les solutions isotoniques de concentration B peuvent et doivent être injectées par voie intraveineuse. Les injections (1 centimètre cube) seront faites tous les trois jours. Elles sont d'une innocuité absolue et ne présentent aucun inconvénient.

On ne s'arrêtera au cours du traitement et pour une courte période de repos qu'à l'apparition de diarrhée, premier indice d'intoxication.

Au traitement par voie intraveineuse, on associera, si la capacité vésicale le permet, une instillation hebdomadaire de 5 centimètres cubes de la solution C à 2 microgrammes par centimètre cube.

Si les injections intraveineuses ne peuvent être faites on utilisera la solution C en injections intramusculaires à la dose moyenne de 5 centimètres cubes une fois par semaine.

Les résultats. — *Action sur les hémorragies.* — Les hématuries ont disparu dans un très court délai, dès la première ou deuxième injection et ne se sont plus manifestées par la suite chez des malades qui présentaient des hémorragies spontanées, capricieuses, parfois très abondantes, évoluant depuis trois et même six mois sans interruption.

Sur les urines. — Chez sept de nos malades, aux urines « bouillon sale » se sont substituées, à des délais n'excédant pas un mois de traitement, des urines parfaitement claires, limpides, sans dépôt.

Sur les douleurs et la fréquence des mictions. — Les douleurs, sauf dans un cas, ont rapidement perdu de leur intensité, la pollakiurie diurne s'est montrée plus tenace et n'a jamais fait place au rythme normal des mictions.

Action locale. — Les résultats, dans trois cas, ont été des plus troublants, mais il faut éviter en présence de ces cas très favorables un optimisme peut-être exagéré auquel manque encore l'indispensable sanction d'une observation plus prolongée.

Nous examinerons séparément les résultats obtenus :

1° Dans un cas où nous avons associé le mésothorium et l'électro-coagulation;

2° Dans les cas où, seul, le mésothorium aura été utilisé.

Dans la première catégorie de faits, nous notons l'affaissement, le ratatinement, puis la disparition complète de la tumeur chez deux malades traités respectivement : du 9 avril 1923 au 23 juin 1923; du 17 mars 1923 au 10 mai 1923.

Ces deux malades ont quitté le service avec des urines claires et un excellent état général.

Trois autres sont encore en traitement :

L'un depuis le 26 avril 1923,

Le second depuis mars 1923,

Le troisième depuis le 16 mai 1923.

Ces trois malades ne saignent plus, ont des urines claires et nous notons à l'examen cystoscopique une diminution très accentuée, chez d'eux d'entre eux, des volumineuses tumeurs sessiles constatées à un premier examen.

La deuxième catégorie de faits répond aux plus mauvais cas.

Chez le premier, en traitement depuis le 22 mars 1923, nous notons le nettoyage total, complet, d'une tumeur infiltrée de la paroi gauche de la vessie s'étendant d'une heure à six heures. Ce malade a reçu douze injections intraveineuses de mésothorium B, quatre instillations intravésicales de méso-

thorium et deux injections intramusculaires de mésothorium C.

Chez les trois autres, les résultats sont moins brillants. L'action sur l'état général et sur les hémorragies a été très nette, les urines se sont clarifiées.

Dans deux cas il y a eu amélioration très notable des douleurs et de la fréquence des mictions, et la capacité vésicale améliorée a permis des examens cystoscopiques plus complets. Notre étonnement a été grand de constater alors, en même temps que la réduction lente mais progressive du néoplasme, son ratatinement et des modifications singulières de sa surface; celle-ci paraissait avoir été électro-coagulée en totalité et elle présentait un aspect blanchâtre, nacré, caractéristique.

Pour résumer cette courte note, nous ne pouvons déduire de ces faits trop récents une conclusion ferme. Mais il nous a paru déjà que le mésothorium pouvait être appliqué au traitement palliatif et peut-être curatif des néoplasmes malins de la vessie.

Son innocuité, son maniement facile, son prix accessible à toutes les bourses permettent d'en élargir les indications. Les résultats récents, mais encourageants, que nous avons obtenus nous incitent à en vulgariser la pratique pour établir, sur un grand nombre de faits, la valeur réelle de cet agent radioactif. »

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique	10 gr.
Extrait de gentiane	8 gr.
Extrait thébaïque	0g25
Extrait de noix vomique	0g25

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

I. **Doctorat d'Etat.** — Auguste. — Equilibre osmotique de l'urée dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Ausset. — Contribution à l'étude des anastomoses intestinales et en particulier iléo-coliques. La valeur de l'anastomose termino-terminale.

Baré. — Technique, indications et résultats du pneumothorax artificiel.

Baude. — Le paludisme dans le nord de la France depuis la guerre. Revue générale.

Bétrancourt. — La tension veineuse. Historique, recherches personnelles, résultats.

Champion. — La résistance électrique du corps humain et ses rapports avec les accidents d'électrocution par les courants à basse pression.

Charon. — Des rapports de la tension intraoculaire avec la pression artérielle générale.

Chuffart. — L'adrénaline et ses applications en thérapeutique.

Coulombier. — L'avenir des blessés du crâne par projectiles de guerre.

Courteville. — Essai sur le retour à l'état normal chez les aliénés dans la période préagonique.

Debrock. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives des côtes.

Delegrange. — Hygiène sociale : la propagande sanitaire dans les milieux ouvriers. (*Voir la suite p. 1689.*)

DERVEAUX. — Les accidents radiculaires et névritiques consécutifs à la sérothérapie.

DESBONNETS. — Quelques réflexions à propos d'un cas d'adénie.

DOLLÉ. — Essai sur les complications médicales des interventions chirurgicales et sur l'examen médical pré-opératoire. Sa technique, son importance.

DUBOCQUET. — Contribution à l'étude du bismuth dans la syphilis. Iodobismuthate de quinine.

DUJARDIN. — Contribution à l'étude de l'érythème noueux.

DUTHOIT. — L'hexaméthylènetétramine (uroformine) au point de vue chimique, physiologique, bactériologique et thérapeutique.

FÉRON. — Traitement de l'emphysème pulmonaire par la vaccinothérapie.

FILACHET. — Appendicite et grossesse.

FOURNET. — La sacrocoxalgie. Anatomie pathologique, étiologie, symptômes et diagnostic.

GUELTON. — Contribution à l'étude des fractures isolées de la cavité cotyloïde et de la luxation intrapelvienne de la tête fémorale.

HAVERLAND. — Essai sur la topographie médicale de la Flandre française.

LAVRAND. — Contribution à l'étude histologique des polypes de l'oreille. Essai de pathogénie des cholestéatomes.

LEPLOMB. — Plaies extrapéritonéales du rectum et de la vessie par empalement. Leur traitement.

LIXON. — De l'action des protéines toxiques sur la respiration.

MANIEZ. — L'anémie pernicieuse dans la tuberculose des organes hématopoiétiques.

MARC-ANTOINE. — De la polyglobulie dans la tuberculose primitive de la rate.

MARCEL. — Phlegmons de l'ombilic et plus particulièrement les phlegmons d'origine hépato-biliaire.

MERCIER. — Le traitement de l'épilepsie à crises espacées non compliquée d'état mental par la phényléthylmalonylurée.

MERLIN. — Les variations de l'espace semi-lunaire de Traube dans les maladies du foie, de la rate et de l'estomac.

NAERT. — Le salicylate de génésérine, médicament spécifique du syndrome solaire et de l'angoisse des dyspeptiques.

PELCÉ. — La paralysie générale au début.

PÉRIGNON. — Sur les suites immédiates et prolongées de la ligature de la carotide primitive.

PÉTILLON. — Contribution à l'étude des contusions du foie.

PLOUVIER. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. Gastrectomies transversales, gastro et duodénopylorectomies d'emblée.

POREZ. — Le traitement rationnel de la coqueluche.

POTENTIER. — La réaction au sérum frais par la méthode de saturation d'Eschbach et E. Duhot pour le diagnostic de la syphilis.

SAVAGE. — Des anomalies de la crosse de l'aorte, variétés d'origine de ses branches.

THÉRY. — Le diagnostic individuel du sang en médecine légale.

TOUZARD. — Contribution à l'étude de l'anatomie, de la pathogénie et du pronostic des hémorragies surrénales chez le nouveau-né.

TRINQUET. — L'œsophagoscopie. Son utilité dans le diagnostic et le traitement des affections de l'œsophage.

VANHEECKHOET. — Des formes insidieuses des ruptures utérines spontanées et complètes.

II. **Doctorat d'Université.** (*Mention Médecine.*) — BLANKOFF (Mlle). — Considérations sur le fonctionnement du sanatorium marin de Zuydcoote. Statistique des entrées de l'année 1922.

YOVANOVITCH (Lazar). — Sur les cas de syphilis observés à la clinique obstétricale de la Charité de 1919 à 1923.

NOTES POUR L'INTERNAT

LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE

DÉFINITION. — Une luxation ancienne est une luxation consolidée avec persistance du déplacement. Deux termes la caractérisent : 1. Elle date de plusieurs semaines (deux à cinq mois suivant les cas); — 2. Elle résiste aux moyens habituels de réduction.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — *A.* Causes prédisposantes. — Une luxation devient plus facilement irréductible chez un homme (cicatrisation plus rapide); chez un sujet âgé ; si elle présente un grand déplacement (luxation intracoracoïdienne ou sous-claviculaire), en raison de la fréquence des lésions associées.

B. Cause déterminante. — La non réduction. Celle-ci peut être le fait de la négligence du blessé ou de son refus de se laisser soigner; de l'ignorance du médecin ou de la difficulté du diagnostic : obèses, fracture concomitante de l'humérus.

Le plus souvent, elle résulte de l'irréductibilité d'emblée de la luxation. Cette irréductibilité peut être due à diverses lésions :

1° *Osseuses* avant tout : Fracture de la cavité glénoïde; fracture humérale ; arrachement d'une tubérosité qui peut se plaquer sur la cavité glénoïde; éclatement de la tête.

2° *Capsulaires* : Interposition de la partie postérieure de la capsule entre la tête et la cavité.

3° *Musculo-tendineuses* : Luxation du tendon de la longue portion du biceps; étranglement de la tête par le petit pectoral.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions caractéristiques de la luxation ancienne sont des lésions cicatricielles, fixant et immobilisant la tête dans sa situation anormale, créant aux dépens de l'ancienne capsule et de tissu fibreux de nouvelle formation une véritable néarthrose. Elles portent sur tous les éléments de l'articulation :

1° Capsule. — L'orifice de sortie de la tête se rétracte et se ferme plus ou moins complètement. Toute la capsule déshabitée revient sur elle-même et fera toute sa souplesse. Une nouvelle capsule se constitue autour de la tête, par condensation en une épaisse masse fibreuse du tissu conjonctif périarticulaire, des débris capsulaires et ligamentaires.

2° Muscles. — Les uns désinsérés ou déchirés, s'atrophient et perdent leur puissance normale Les autres (adducteurs du bras) se rétractent et fixent souvent la tête humérale en dedans.

3° Squelette. — La tête humérale s'aplatit dans le sens antéropostérieur et s'élargit; les tubérosités s'hypertrophient ou se consolident vicieusement. La cavité glénoïde se déforme. Tantôt (luxation extra ou sous-coracoïdienne), le rebord antérieur disparaît, la partie postérieure se comble, la nouvelle cavité prend une forme en croissant. Tantôt (luxation intracoracoïdienne), la cavité se comble par accolement des débris capsulaires ; un néocotyle peut se constituer à distance.

SYMPTOMES. — Les blessés atteints de luxation ancienne de l'épaule se présentent au chirurgien dans des circonstances variées :

Tantôt la luxation a été reconnue, dès l'accident, mais le traitement par les méthodes habituelles n'a pas donné de résultats.

Tantôt la luxation a été méconnue ; le sujet se plaint : soit d'une impotence fonctionrelle plus ou moins considérable et persistante, soit de douleurs plus ou moins violentes siégeant au niveau de l'épaule (arthrite ou périarthrite), ou irradiant suivant le trajet des troncs nerveux au bras (compression du plexus brachial).

Dans tous les cas, l'examen doit être méthodique :

I. L'*interrogatoire* précise le traumatisme, sa date, sa nature, son intensité.

L'*inspection* suffit souvent à rendre évident le diagnostic de luxation de l'épaule en avant : l'épaule est très déformée, l'acromion fait une saillie anormale sous laquelle se dessine une dépression que rend plus nette encore l'atrophie du deltoïde. Sous l'apophyse coracoïde se voit une saillie qui soulève le sillon deltopectoral ; le coude est écarté du corps.

La *palpation* confirme le diagnostic en montrant : 1° La vacuité sous-acromiale ; 2° la solidarité de la tumeur sous-coracoïdienne et de l'humérus.

II. La luxation constatée est-elle compliquée ?

a. Etude de la sensibilité dans le territoire des nerfs du plexus brachial, tout spécialement du circonflexe.— *b.* Examen du pouls par comparaisona vec le côté sain. — *c.* Recherche des troubles trophiques ou de l'œdème possibles.

Tenter des manœuvres quelconques sur une épaule luxée, avant d'avoir pratiqué ces examens serait une faute grave.

La radiographie, de face et de profil, est indispensable pour préciser le bilan des lésions osseuses, fractures de la tête ou des tubérosités, déformation des surfaces articulaires (comparer avec le côté sain).

III. S'agit-il d'une luxation ancienne ?

L'ancienneté d'une luxation n'a pas, en eflet, de date fixe. Telle luxation sera devenue ancienne et résistera aux moyens de réduction ordinaire en moins de deux mois; telle autre, plus de trois mois après sa production, aura conservé les caractères d'une luxation récente. On doit donc toujours, sauf contre indication spéciale, quel que soit l'âge de la luxation, pratiquer sous anesthésie des tentatives de réduction par les procédés ordinaires.

IV. Il s'agit d'une luxation ancienne, ayant résisté à des manœuvres méthodiques. Reste à préciser l'état actuel de l'articulation lésée; temps capital de l'examen ; la conduite du chirurgien en dépend. Il faut mesurer l'étendue des mouvements de flexion et d'extension (souvent relativement conservés), de rotation externe et interne, d'abduction (souvent très limités). Tantôt le jeu compensateur de l'omoplate et la néarthrose permettent des mouvements assez étendus; tantôt au contraire l'épaule est figée et douloureuse.

Il est indiqué de s'abstenir dans le premier cas, d'intervenir dans le second.

DIAGNOSTIC. — Il est, en général, facile.

1° Le diagnostic de luxation s'impose si l'examen est méthodique. L'absence de vacuité sous-acromiale permet, en général, d'éliminer les fractures de la région; du col chirurgical, du col anatomique, de la tête ou des tubérosités; de l'acromion ou de la coracoïde. Un examen radiographique est indispensable si ces lésions viennent compliquer une luxation.

2° Les luxations non traumatiques sont, en général, facilement éliminées :

Luxation congénitale : rare, jeunes, en général, en arrière.

Luxation paralytique : antécédents de paralysie infantile, atrophie musculaire et osseuse.

Luxation pathologique du tabes ou de la syringomyélie.

Luxation ou plus exactement subluxation de la carie sèche de Volkmann.

3° Beaucoup plus importants sont les temps du diagnostic que nous avons déjà étudiés :

A. La luxation est-elle compliquée ?

B. Est-elle irréductible ?

C. Est-elle cause d'une infirmité grave ?

TRAITEMENT. — 1° Le fonctionnement de la néarthrose est suffisant (tenir compte de l'âge et de l'état général du blessé) : S'abstenir d'opération sanglante et même d'efforts très violents de réduction.

2° L'impotence fonctionnelle et les douleurs obligent à intervenir.

Les manœuvres de réduction à l'aide de tractions puissantes, réglées (Hennequin) sont dangereuses.

Morestin prépare le terrain par le massage, et la mobilisation, puis réduit sous anesthésie.

Si ces manœuvres échouent, la question de l'intervention sanglante se pose.

1. La discision sous-cutanée des adhérences.

2. L'ostéocfasie ou l'ostéotomie, se proposant de créer une pseudarthrose sont complètement abandonnées.

3. La réduction sanglante à l'aide de l'arthrotomie est une opération pénible, compliquée, dont les résultats sont peu favorables.

4. La résection de la tête humérale est le traitement de choix. Il faut la pratiquer d'emblée, toutes les fois que les surfaces articulaires sont déformées et ne peuvent être replacées et maintenues dans leurs rapports normaux. On aura parfois intérêt à assurer par un fil le contact huméro-glénoïdien, afin d'éviter la subluxation ultérieure de l'humérus en avant. Immobiliser en abduction, mobilisation relativement précoce.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 104. — SAMEDI 29 DÉC. 1923. 96e ANNÉE. SAMEDI 29 DÉC. 1923. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — A la suite du concours de l'internat ont été proposés pour internes titulaires :

MM. Villar, Caussimon, Magendie, Laubie, Forton, Gandy, Loubet, Despons, Malaplate, Léonardon-Lapervenche, Barthélemy, Leymarie, Lacouture, Viaud, François dit Jonchères.

Pour internes provisoires : MM. A. Thé, Guinaudeau, Mlle Beurois, MM. Barreau, Dervillée, Mathey-Cornat, Broustet, Guérin.

— Marseille. — A la suite du concours de l'internat et de l'externat dont nous avons publié le classement dans le n° 92, p. 1469, la Commission administrative a prononcé les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Poinsot, Isemein, Bianchi, Lombard, Trabuc, Montagnier, Esménard, Caire, Giraud, Raybaud, Jacques (Yvan), Brunet, Mlle Cousin, M. Silvain.

Internes provisoires : MM. Darcourt, Poursine, Sesquès, Imbert.

Externes : MM. Brahic, Salmon, Olmer, Guérin, Marion, Silhol, Acquaviva, van Cryck, Lamouroux, Bernard, Naud, Plantevin, Penel, Arnaud, d'Aubarèdes, Henry, Gautier, Liotier, Midague, Granier, Mazouyer, Juge, Pourtal, Maurin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nous avons annoncé (*Gaz. des hôpit.*, p. 1550) que le Conseil municipal avait voté les crédits représentant la moitié des dépenses afférentes à la création d'une chaire d'assistance et de déontologie. L'autre moitié devait incomber à la Faculté de médecine.

Le Conseil de la Faculté vient, par 27 voix contre 10 et 2 bulletins blancs, de refuser la création de cette chaire.

Dans la même séance, le Conseil a décidé de proposer, comme chargé d'un cours d'éducation physique, M. Chailley Bert.

LES ÉTUDIANTS BELGES A PARIS. — De même que les années précédentes, un certain nombre d'étudiants en médecine belges sont venus rendre visite à leurs camarades français.

La section de médecine de l'A., 13, rue de la Bûcherie, organise en leur honneur samedi 29 courant, à 17 h. 30, une réception sous la présidence de M. Roger, doyen.

Les membres de la section de médecine sont cordialement invités.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR G. GUILLAIN

Jeudi dernier, à la Faculté, grande journée neurologique! Appelé, par le vote unanime de ses pairs, à occuper la chaire des Charcot, des Raymond, des Dejerine et des Pierre Marie, M. G. Guillain faisait sa première leçon.

Le nouvel élu tient à ce que, selon un pieux usage, elle commence par des paroles de gratitude. De tous les sentiments que peut éprouver un cœur d'homme, la reconnaissance n'est-il point le plus doux? Qu'il lui soit donc permis, à cette heure solennelle, de dire tout ce qu'il doit à tous, et surtout à son père, à la mémoire duquel il rend un touchant hommage; à ses maîtres : Landouzy, Tillaux, Joffroy, Raymond, P. Marie; à ceux auxquels l'unissent des liens très doux : Bucquoy et M. Chauffard, dont le nom respecté est, pour tous, depuis toujours, le symbole de la dignité médicale et de l'honneur professionnel; à son ancien interne, Jean Dubois, que semblait, en 1914, attendre le plus brillant avenir et qui, maintenant, dans un petit cimetière de village, non loin de Verdun, dort son dernier sommeil...

Que ne doit-il pas, non plus, à ses prédécesseurs! Le premier fut Charcot qui, arrivé à la Salpêtrière en 1862, fut nommé, en 1882, professeur de clinique des maladies nerveuses et mourut en 1892. Dans ces trente années, combien de travaux mémorables! N'a-t-il pas créé de toutes pièces la *sclérose latérale amyotrophique*? N'a-t-il pas fait sortir du néant les *arthropathies tabétiques*? N'a-t-il pas renouvelé l'histoire de la *sclérose en plaques*, de la *paralysie spinale*

spastique? N'a-t-il pas, dans ses *Leçons du mardi*, abordé l'étude de la plupart des questions qui touchent à la neurologie? Sans doute, on peut lui reprocher d'avoir démesurément étendu le domaine de l'hystérie et de ne s'être pas assez méfié de sujets pour qui tout est songe et mensonge. Il n'en a pas moins vu qu'aux diverses manifestations de la névrose, convient une seule et même médication : l'isolement. Il n'en a pas moins été le chef d'Ecole par excellence. Ses élèves ne s'appellent-ils pas Gilbert Ballet, Raymond, Brissaud, P. Marie, Souques, Babinski? Babinski, auquel on doit la découverte de signes permettant de différencier les phénomènes organiques des simples troubles fonctionnels; Babinski, esprit positif, qui, d'un souffle, disperse les assemblages de nuées; Babinski, merveilleux ouvrier d'art neurologique; Babinski, à l'œuvre si belle, si féconde et si variée!

A la mort de Charcot, et en attendant la nomination de son successeur, Ed. Brissaud fut chargé de l'enseignement. Que de succès n'y eût-il pas connu si le temps ne lui avait point fait défaut et s'il avait eu moins d'idées! A peine écloses, il les laissait s'envoler aux quatre vents de son esprit. Prestigieux artiste, il savait peindre avec des mots. Nul comme lui pour brosser un paysage pathologique, user des demi-teintes ou prodiguer les effets de lumière. Ses leçons étaient un régal. Au bout de trente ans, la plupart sont aussi vivantes que jadis, et toutes charment encore.

En 1893, Raymond était élu. Il avait eu des débuts difficiles. Qui lui eût dit, alors, qu'il s'assiérait un jour dans la chaire de Charcot, qu'il jouirait, en neurologie, d'une grande et légitime réputation, qu'il serait, à son tour, chef d'une brillante Ecole? Les honneurs ne l'avaient pas grisé. Toute sa vie, il resta simple, accueillant et d'une aménité égale pour tous. Durant les dix-sept années de son professorat, il sut travailler et faire travailler autour de lui. Il a laissé six volumes de *Cliniques* que, longtemps encore, on consultera avec profit. Avec M. P. Janet, il a consacré, à l'étude des *Psychoses* et des *Névroses*, une série d'études du plus vif intérêt.

De 1911 à 1917, la chaire a été occupée par Dejerine. Né en Suisse, de parents français, il a, de bonne heure, cherché, dans la confrontation des symptômes et des lésions, le secret du progrès. Tâche immense, puisqu'elle nécessite l'usage de coupes sériées! Mais tâche indispensable, puisque, seule, elle conduit à des résultats définitifs! Travailleurs infatigables, jamais pressés, jamais lassés, le professeur et Mme Dejerine ont élevé un monument impérissable à la gloire de la Neurologie française. Riche en documents personnels, unique par son iconographie, leur *Anatomie des centres nerveux* est un de ces maîtres livres qui ne vieilliront pas. La *Séméiologie du système nerveux* condense, en quelques centaines de pages, l'expérience de toute une vie. Et quelle vie! Entièrement vouée à la science! Pas un jour, le professeur Dejerine n'a cessé d'accumuler des faits, de multiplier les coupes, d'enseigner les générations. Aussi, quelle belle et ample moisson! N'a-t-il pas découvert (avec Landouzy) l'*atrophie facio-scapulo-humérale*, (avec M. Sottas) la *névrite interstitielle hypertrophique*? Ne nous a-t-il pas fait connaître la *claudication intermittente d'origine médullaire*, les *radiculites*? Grande fut son œuvre, grands, les progrès qu'elle réalisa.

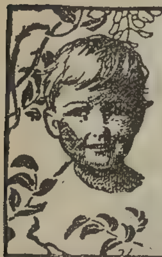
En 1917, le professeur P. Marie était appelé à lui succéder. Peu d'hommes ont, à leur actif, autant de travaux personnels : l'*atrophie* justement dite *Charcot-Marie* (1886), l'*ostéopathie hypertrophiante pneumique* (1890), l'*hérédo-ataxie cérébelleuse* (1893), l'*acromégalie*, la *spondylose rhizomélique* ! Il a, le premier, démontré la nature infectieuse de la sclérose en plaques et de la paralysie infantile. Le premier, il a démontré qu'il n'existe pas, dans la science, un seul cas d'*aphasie* motrice produite par une lésion localisée à la circonvolution de Broca. Il a su se passer, pour expliquer les diverses variétés d'aphasie, des habituelles épures géométriques. Il a sonné le glas des images verbales. Il a réconcilié deux sœurs ennemies, l'aphasie motrice et l'aphasie sensorielle! Singulière témérité que celle qui s'attaque aux dogmes! On le lui fit bien voir! Ce grand classique fut traité de romantique. Il laissa dire et continua son labeur. Tout récemment encore, il publiait des mémoires du plus haut intérêt sur les *réflexes d'automatisme* (avec M. Ch. Foix), sur l'*encéphalite léthargique*, sur la *neurologie de guerre*, (avec le regretté H. Bouttier), sur les *troubles de la sensibilité d'origine cérébrale*, (avec MM. Ch. Foix et Alajouanine), sur les *atrophies cérébelleuses corticales*. Il se retire en pleine force. Puisse-t-il, longtemps encore, aider de ses conseils ceux qui, devenus des maîtres, s'honorent de rester ses élèves, et ajouter de nouveaux fleurons à la splendide couronne scientifique que ses mains ont tressée!

C'est grâce à ses travaux, comme à ceux de ses prédécesseurs, que la neurologie française doit de briller d'un si vif éclat. Pour qu'elle continue son essor, que lui faut-il? Une orientation quelque peu nouvelle. Impossible aujourd'hui, d'accueillir, sans les plus expresses réserves, les applications à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie humaines, de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie animales. Rien de plus périlleux que ces phénomènes de transfert! Ne sait-on pas, que, chez certains vertébrés, les faisceaux pyramidaux occupent les cordons postérieurs? Impossible, aussi, de ne pas se méfier des schématisations à outrance, des figures qui défigurent, des dessins qui, sous prétexte de simplification, corrigent la réalité! Impossible, par contre, de ne pas faire le plus large appel aux sciences pures. N'est-ce pas aux recherches physiques de MM. Weiss, Lapicque, Bourguignon, que nous devons d'entrevoir les véritables propriétés des nerfs et des muscles? Comment pourrions-nous espérer faire quelque progrès en séméiologie, tant que nous ne saurons pas ce qu'est l'influx nerveux : phénomène vibratoire, onde de polarisation, processus de résonance? De même, les méthodes biologiques : étude des propriétés des humeurs, et, surtout, du liquide céphalo-rachidien, inoculation aux animaux, sont plus indispensables que jamais : elles permettront, sans doute, de faire rentrer un jour, dans le groupe des infections à virus neurotropes, toute une série de maladies mal définies, telles que sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique. Notons, d'ailleurs, que les méthodes nouvelles ne doivent pas se substituer, mais s'associer aux anciennes, lesquelles gardent toute leur valeur, et ne doivent être négligées en aucun cas. Aujourd'hui comme hier, il faut rechercher l'état des réflexes, de la sensibilité, des fonctions motrices. Aujourd'hui plus qu'hier, et bien moins que demain, on doit demander à tous les procédés d'exploration le moyen d'arriver, par un diagnostic sûr, à une thérapeutique efficace. Il est de bon ton, dans certains milieux, de croire que la neurologie ne saurait être que contemplative. Oublient-ils donc les résultats déjà obtenus? La chirurgie nerveuse n'est-elle pas devenue, dans ces dernières années, singulièrement entreprenante? Après s'être attaquée aux tumeurs du système nerveux central, la voilà qui est en train de faire rentrer dans la pratique courante la chirurgie des ventricules cérébraux. La radiothérapie ne donnera-t-elle pas d'éclatants succès lorsqu'on se décidera à lui soumettre, non de vieilles cicatrices de syringomyélie ou de sclérose en plaques, mais des lésions initiales, des scléroses névrogliques à l'état naissant?

C'est sur cet acte de foi et d'espérance que se termine cette belle leçon, écoutée dans un profond silence, et dont la péroraison a soulevé de longs applaudissements. Applaudissements justifiés! M. G. Guillain n'a-t-il pas la vocation de l'enseignement? Jeune professeur, n'est-il pas vieux neurologiste, aussi réputé par ses recherches cliniques que par ses travaux de laboratoire? N'y a-t-il pas déjà une méthode sérologique qui porte son nom? N'a-t-il pas, enfin et surtout, la maîtrise des vrais maîtres? « Il a, au plus haut degré, ce qu'on appelle l'autorité. On l'écoute avant qu'il ait parlé. »

L. BABONNEIX.


CURE DE
DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE
GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE



ALCOOLISME

ASTHÉNIE CHRONIQUE ET ASTHÉNIE PÉRIODIQUE

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Nombreux malades mentaux et nerveux qui sont classés alcooliques et qui ne le sont pas. Asthénie et alcoolisme. La valeur des signes psychiques : la timidité du psychopathologiste. Asthénie chronique et asthénie périodique : l'analyse psycho-clinique. Une observation.

Un certain nombre de malades psycho-névropathes qui commettent des excès de boissons, épisodiques ou prolongés, sont considérés comme de simples alcooliques, alors que chez eux l'intoxication, si évidente qu'elle paraisse, constitue cliniquement et thérapeutiquement un phénomène tout à fait accessoire, presque à négliger. Classer ces sujets comme des éthyliques, c'est méconnaître leurs troubles réels, leur maladie propre; c'est ignorer l'essentiel de leur affection; c'est aggraver leur cas quand ils se rendent compte de leur état, parce qu'à leurs malaises généraux s'ajoute la douleur morale de voir non seulement que leur maladie n'est pas comprise des médecins, mais encore qu'elle est attribuée à une cause qui les mortifie justement.

Le nombre de maniaques, de déments, de délirants pris pour des alcooliques ou qualifiés tels, nous semble assez considérable. Mais ici nous voulons parler spécialement d'une catégorie de malades conscients, les asthéniques chroniques et les asthéniques périodiques, malades qui boivent dans le dessein de se « remonter », qui connaissent bien leurs troubles, qui les expliquent parfaitement, et qui cependant sont déclarés purement et simplement alcooliques.

Lorsqu'on présente à des praticiens ou à des élèves un cas d'asthénie chronique ou d'asthénie périodique avec alcoolisme surajouté, ils ne manquent généralement pas de faire remarquer, une fois le diagnostic d'alcoolisme écarté, que l'examen psycho-clinique ne révèle guère que des *nuances* entre certains cas d'asthénie chronique et d'asthénie périodique. Cela est vrai que ce sont des nuances, des détails qui mènent au vrai diagnostic. Mais cela est-il propre à la psychiatrie? Ce ne sont pas les signes cliniques grossiers qui permettent dans les spécialités médicales d'aboutir à une certaine finesse diagnostique. Sans doute, voudra-t-on bien le reconnaître, mais dans ces spécialités on table sur des signes physiques, et non point sur des sensations, des idées ou des émotions. Et voilà lancé le grand argument. Pourquoi les signes psychiques vaudraient-ils moins que les signes physiques? L'état psychique est un fait, une réalité saisissable. Cette réalité n'aurait pas de valeur? Ou elle n'en aura que lorsqu'un signe physique viendra la soutenir, l'appuyer? Qui ne voit la fragilité, sinon la vanité de cette argumentation? La pensée qui est tout, a-t-elle besoin, pour être, d'un indice organique? Ce qui est vrai, c'est que tant vaudra la psychologie normale, tant vaudra la psychologie pathologique et la psychiatrie. Ce qui est vrai, c'est qu'une éducation propre s'impose pour exécuter un examen mental. Ce qui est vrai c'est que jamais l'examen mental d'un médecin spécialiste des maladies générales ne vaudra l'examen du psychopathologiste, et que réciproquement un examen organique exécuté par un aliéniste ne vaudra jamais celui que pratiquera un spécialiste de médecine générale. Pourquoi ne pas le reconnaître? Pourquoi cette timidité du psychopathologiste vis-à-vis de sa spécialité? On peut affirmer sans crainte de se tromper gravement, qu'en pathologie mentale les signes psychiques équivalent toujours les signes physiques, et que dans la très grande majorité des cas, ce sont les signes essentiels, primordiaux et principaux.

Ainsi le malade dont l'observation va suivre, hésitait à se prononcer sur le fait que sa maladie guérissait ou ne guérissait pas dans l'intervalle de ses accès; il ajoutait même : « Je ne suis plus du tout le même homme. » Il fallait donc fouiller ce point capital et établir avec le patient et avec sa famille si véritablement il revenait ou non à son état normal. Cela avait un intérêt évident pour le diagnostic, pour le pronostic et pour la conduite à tenir (1).

Faisons remarquer que ce malade qui commettait des excès de boissons à l'occasion de ses accès, n'a jamais présenté ni délire, ni hallucinations, ni illusions, ni confusion mentale.

* * *

Résumé de l'observation. — *Sous-officier, quarante-neuf ans (1915). Mobilisé en août 1914. Ivresses en décembre; hospitalisation le 14 janvier 1915. Asthénie périodique (accès durant d'une à trois semaines). Début probable en 1906, à la suite de surmenage. Pas d'antécédants psycho-névropathiques. Pas d'alcoolisme avant 1906. Réforme. Irresponsabilité.*

Illetg... Jean, maréchal des logis de gendarmerie, quarante-neuf ans, rappelé par suite du décret de mobilisation générale, est entré le 14 janvier 1915, à l'hôpital militaire Broussais pour alcoolisme, troubles mentaux et quid de la responsabilité?

Les faits. — Mobilisé dès les premiers jours d'août 1914, le gendarme I... a bien assuré son service jusque vers le milieu de décembre (1914). Les 17, 18, 19, 20 décembre, on signale qu'il se met chaque jour en état d'ivresse, qu'il tient des propos déraisonnables, qu'il est obnubilé, abruti. Le 21 il tombe de la voiture d'un paysan, et rentre couvert de boue. Le 22 on le trouve couché sur du foin dans un grenier. Le 23, déclaré malade, il reste chez lui, et le 14 janvier il est hospitalisé.

Etat actuel 21 janvier 1915. — Le sous-officier I... est calme depuis une semaine qu'il est entré à l'hôpital. Il n'a présenté ni délire, ni hallucinations. Il dit : « Je suis d'une faiblesse extrême... Une grande faiblesse s'est emparée de moi... Je suis abattu. Je ne peux réfléchir à rien. Je n'ai plus d'énergie, ma mémoire est brouillée. Je ne suis bien que seul et au repos. J'ai trop présumé de mes forces. J'ai voulu faire du service parce que c'était la guerre, mais je n'en suis pas capable. J'étais affecté de passer pour une non-valeur. Je ne voulais pas qu'il soit dit que j'étais plus invalide que les autres. J'ai été trahi par mes forces. La tête est vide et pesante. J'ai bu pour me donner de l'entrain : j'avais honte de mon état, etc. »

Histoire clinique. — « Depuis 1906, j'ai des « moments » de faiblesse, explique-t-il. Ça dure de une à plusieurs semaines... Ça me prend une ou deux fois par an.

La première fois, ça ma pris à la suite d'une revue de général que j'avais dû préparer. Ça m'avait inquiété, cette revue, surmené. J'avais eu peur, en cas de mécontentement de mes chefs, que ma carrière ne fût brisée. J'avais pris à cœur de faire bien. Je m'étais fatigué. Je ne dormais pas. C'est après cette revue que j'ai éprouvé de la faiblesse générale pour la première fois et ça a duré cinq à six mois.

En 1907 et en 1910, je me suis fait soigner dans une maison de santé (ouverte), une fois deux mois, une autre fois un mois.

---

(1) V. R. Benon. Asthénie chronique et asthénie périodique, *Rev. neurol* mai 1922, p. 538.

Mis à la retraite en mai 1912, j'avais obtenu dans le civil un petit emploi de bureau.

Ça me prend tout d'un coup... Ça commence par une faiblesse, une faiblesse totale... Et puis de me voir comme ça, ça me donne un dégoût de tout,... c'est un ennui, un ennui,... une tristesse indéfinissable. On a des idées de suicide. C'est un désespoir. C'est là que je prends un verre pour me fortifier : je voudrais me remonter.

D. Guérissez-vous complètement dans l'intervalle des accès? — *R.* Je me le demande... Je ne suis plus du tout le même homme : la preuve, c'est que, depuis 1906, je n'ai plus d'ambition, je me vois toujours malade. Pourtant je sais que dans quelques semaines je serai bien et que j'aurai mon esprit lucide, de la vigueur, etc. »

Les renseignements ci-dessus ont été confirmés par la femme du malade notamment le retour à l'état normal, dans l'intervalle des accès. — Il est proposé pour la réforme et déclaré irresponsable.

Antécédents. — Famille nombreuse, neuf enfants, cinq morts jeunes. Pas de maladies nerveuses ni mentales. — I... est un sujet robuste. Entré dans l'armée à vingt et un ans, il s'est marié à vingt-neuf; deux enfants bien portants; pas de syphilis. Pas d'excès de boissons avant 1906 (bonnes notes de ses chefs).

*
* *

Ce malade n'est pas un asthénique chronique avec exacerbation ou acmès transitoires du syndrome. Quand on étudie les symptômes qu'il éprouve, quand on les contrôle avec sa femme, on arrive à fixer exactement le diagnostic qui est asthénie périodique. Les excès alcooliques sont déterminés par le fait des conséquences de l'impuissance générale : le sujet croit récupérer des forces en usant d'excitants alors qu'il ne fait qu'aggraver son état morbide.

Conclusions. — Il importe de ne pas considérer comme de simples alcooliques des malades mentaux ou nerveux chez lesquels l'intoxication éthylique n'est qu'accessoire et surajouté. Il importe de ne pas méconnaître la valeur réelle des symptômes psychiques; un asthénique périodique notamment ne pourra être différencié d'un asthénique chronique dont l'état est sujet à des exacerbations, que par une patiente et délicate analyse psycho-clinique : l'observation rapportée ici en est un exemple. Ces diagnostics n'ont pas seulement un intérêt clinique, ils ont un intérêt nosologique et thérapeutique.

REVUE DES THÈSES

La fièvre typhoïde dans la première enfance. (Mlle Yvonne BLAIGNAN. *Th. de Paris,* 1922.) — Dans cette intéressante thèse faite dans le service du professeur Marfan, Mlle Blaignan a repris l'histoire et l'étude des caractères de la fièvre thyphoïde chez le nourrisson. Elle paraît plus fréquente que ne l'admettaient les classiques; souvent d'ailleurs, elle est méconnue. C'est surtout la contagion directe qui en constitue l'élément étiologique important.

Le tableau clinique en est le plus souvent vague, incomplet et variable. Les deux symptômes qui paraissent les plus constants sont la fièvre à type continue et la splénomégalie. Les signes pulmonaires, parfois inévitables complications, font rarement défaut.

Le pronostic doit toujours être réservé. J. PARAF.

Contribution à l'étude de l'Association de la diphtérie et de la fièvre typhoïde. (Jeanne PIGEON. *Th. de Paris,* 1922.) — Comme les auteurs qui ont précédemment étudié la question, Mlle Pigeon conclut de l'étude de plusieurs épidémies de typho-diphtérie à la gravité extrême de cette association morbide.

Le traitement par le sérum antidiphtérique à doses massives est le seul qui puisse guérir la maladie.

Aussi la présence d'un diphtérique au milieu de malades atteints de fièvre typhoïde impose la sérothérapie préventive immédiate qui a une efficacité absolue. J. PARAF.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

I. Doctorat d'Etat. — AGASSE. — Contribution à l'étude des pneumococcémies prolongées.

ALBOUY. — Contribution à l'étude des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'enfant et l'adolescent.

ALIBERT. — Le genou à ressort congénital.

ARLAUD. — Etude de l'entraînement sportif à l'alpinisme par le critère oscillométrique.

AURIOL. — Considérations sur la tuberculose du pubis.

BARRAL. — Les lipomes de la région mammaire.

BASQUIAT. — De la luxation congénitale de la hanche associée au genu recurvatum congénital.

BATMALE. — Contribution à l'étude de la crénothérapie. Influence de la cure de boisson sur le métabolisme azoté.

BERNADET. — La syphilis acquise sans chancre.

BERNARDBEIG. — L'anesthésie épidurale par la voie du canal sacré.

BERTRAND PIBRAC (DE). — Contribution à l'étude de la crénothérapie. De l'influence de l'attitude dans la cure de diurèse.

BILLARD. — Des accidents liés à l'évolution tardive et à l'inclusion de la dent de sagesse.

BIZE. — Polynucléose rachidienne au cours de l'état de mal épileptique.

BOUISSET. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie des affections pulmonaires chroniques.

BOURMALATZ (Mlle). — Contribution à l'étude de la tuberculisation des kystes de l'ovaire.

BOUYS. — Considérations sur la technique de l'appendicectomie à froid (en particulier chez l'enfant).

CALAC. — Recherches sur les propriétés cardio-rénales d'un glucoside cristallisé isolé du bulbe de la scille.

CANTELOUP. — Contribution à l'étude des fractures unicondyliennes du plateau tibial.

CASSAN. — Sur les phlegmons péricystiques.

CHABANET. — De l'envahissement des ganglions sus-claviculaires dans le cancer vésical.

CHANSOU. — Contribution à l'étude des intoxications alimentaires : le botulisme.

CLOUZET. — Contribution à l'étude de l'épilepsie au cours du diabète.

COMBOURIEU. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la trompe de Fallope.

CROZES. — Les épisodes méningés tuberculeux curables.

DELPORT. — Ostéo-arthrites tuberculeuses et accidents du travail. Conception actuelle.

DESPOUYS. — Une injection poussée par le canal déférent emplit-elle la vésicule séminale? Introduction à l'étude de l'opération de Belfied.

DIGNAT. — Contribution à l'étude de l'accouchement après la quarantaine. D'après les Archives de la Clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Toulouse.

DURAND. — Le traitement du cancer cervico-utérin par l'hystérectomie consécutive à la curiethérapie.

FERRARIS. — L'alcoolisme au point de vue social et la Croix-Bleue.

FERRÉ. — Contribution à l'étude des méningites tuberculeuses à polynucléose rachidienne.

FOUCAUD. — De l'ostéosynthèse. Contribution à l'étude du cerclage des os au moyen de rubans métalliques d'après le dernier procédé de Lambotte.

FOURNIALS. — Contribution à l'étude des lipomes intramusculaires.

GIROT. — Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'anurie calculeuse.

GISCARD. — Contribution au diagnostic de guérison de la blennorragie. Gonococcisme latent et culture du sperme.

GOUGES. — Diagnostic de la syphilis diaphysaire des os longs.

GOURAUD. — Contribution à l'étude du citrate de soude en thérapeutique, en particulier dans les artérites chroniques et les spasmes vasculaires.

JOURDA. — La dilution sanguine dans la pathogénie et le traitement de l'accès de goutte.

LACAN. — Etude sur l'ophtalmie granuleuse, sa fréquence, sa répartition géographique à Toulouse.

LACROIX. — Morphinomanie et démorphinisation.

LAQUIÈZE. — Vaccinothérapie des urétrites gonococciques subaiguës ou chroniques.

LASSERRE. — Maladie de Raynaud et syphilis.

LAURENTIER. — Contribution à l'étude cytologique du syphilome.

LEBLANC. — Examen du sang pur dans la cellule à rogole dans les maladies infectieuses de l'appareil respiratoire.

LESME. — Torsion incomplète du mésentère primitif (volvulus du cæcum).

LIAUT. — L'appendicectomie secondaire après ouverture du phlegmon appendiculaire.

MALÈS. — Détermination de l'âge intra-utérin du fœtus dans le délit de suppression de part.

MALFRÉ. — Contribution à l'étude des myopathies.

MEYDIEU. — Contribution à l'étude médico-légale des accidents mortels du cocaïnisme chronique.

MONTALÈGRE. — Obstructions et rétrécissements congénitaux de l'urètre postérieur.

MOULET. — Contribution à l'étude des fractures des cartilages costaux.

OBIAS. — Réactions méningées à formule lymphocytaire au cours des tumeurs du cervelet.

ORLIAC. — L'astragalectomie de drainage.

PERVEZ. — Contribution à l'étude de la méningo-encéphalite traumatique et de son traitement.

POUS. — La tuberculose rénale à forme douloureuse.

PUIG. — Contribution à l'étude des diverticules congénitaux de la vessie.

RASCOL (Maurice). — Les hernies latérales de l'abdomen.

RASCOL (Victor). — La cicatrice utérine après la césarienne. Etude anatomique et physio-pathologique. Travail de la Clinique d'accouchements de Toulouse.

ROUQUETTE. — Stérilisation des eaux par chloration. Douze ans d'applications pratiques (1911-1923).

SAADANE. — Kyste fibro-conjonctif de la région testiculaire.

STILLMUNKÈS. — Etude physio-pathologique de la syncope adrénalino-chloroformique. Travail du laboratoire de pathologie expérimentale.

TEISSIER. — Contribution à l'étude de la résection de la hanche dans les suppurations posttraumatiques.

VALDIGUIÉ. — Contribution à l'étude du mécanisme des oxydations biologiques.

VENTURINI. — L'éther. Contribution à l'étude de sa valeur antiseptique et thérapeutique.

VERDAN. — Syndrome humoral du tabes.

II. Doctorat d'Université. (*Mention Médecine.*) — ALLALOUF. — De l'éperon antérieur des fosses nasales et de son traitement.

DJORITCH. — La néphrite syphilitique associée.

DRACHKOTSY (Mlle). — Des diastases tissulaires en thérapeutique.

MAHLIS. — Sciatique radiculaire et rhumatisme vertébral chronique.

MÉNACHÉ. — Contribution à l'étude des tumeurs par contact.

PÈTROVITCH. — L'accroissement des nouveau-nés en taille et en poids dans les quinze premiers jours.

SCHAFFIR. — Encéphalite léthargique et zona.

STOYADINOVITCH. — Contribution à l'étude du traitement des fractures anciennes de la rotule.

TABACK (Mlle). — Sulfate de quinidine. Propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'obstétrique (1), par MM. RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE
[9e édition, revue et mise à jour par LE LORIER]

Le traité d'obstétrique de Ribemont-Dessaignes et Lepage n'avait pas eu de nouvelle édition depuis 1914. Cette lacune vient de disparaître depuis la publication de la 9e édition, revue et mise à jour par Le Lorier.

Dans l'ensemble ce traité est peu modifié. Seules « quelques retouches minimes » y ont été apportées. Cependant quelques chapitres ont été augmentés et mis au courant des controverses qui ont eu lieu récemment sur un certain nombre de sujets obstétricaux.

Nous signalerons le chapitre qui traite de l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement. Les avantages, mais aussi les inconvénients de chacune des méthodes proposées se trouvent ici largement exposés.

L'action de l'hypophyse sur la contraction utérine fait l'objet d'un paragraphe spécial. Nous y retrouvons les idées de Le Lorier qui a maintes fois insisté sur les dangers des extraits hypophysaires au cours de l'accouchement.

Le diagnostic des viciations pelviennes et de leur nature doit actuellement mettre à profit les résultats si intéressants fournis par la radiographie. On trouvera à côté du procédé de pelvimétrie, déjà ancien de Fabre la description de la méthode préconisée récemment par Contremoulins, enfin quelques lignes sont consacrées à la radiographie du fœtus in utero.

Les épidémies de grippe et d'encéphalite léthargique ont largement touché les femmes enceintes. Les rapports de ces affections avec la grossesse sont nettement précisés dans ce traité.

Enfin le chapitre de la syphilis s'est trouvé augmenté de l'exposé des recherches récentes faites sur la syphilis conceptionnelle et sur le traitement de la syphilis de la mère et du nouveau-né par les nouveaux arseno-benzènes. Le chapitre qui traite des rapports de la grossesse et de la tuberculose contient le résumé des discussions ardentes qui ont eu lieu sur ce sujet tant dans les Sociétés que dans les Congrès d'obstétrique.

Enfin toutes les interventions de chirurgie obstétricale sont exposées avec les plus grands détails.

C'est donc bien là, l'édition nouvelle et mise à jour d'un traité déjà ancien qu'un exposé toujours clair, précis et intéressant avait à juste titre rendu classique. G. ECALLE.

Les Ferments des leucocytes en physiologie, pathologie et thérapeutique générales (2), par Noël FIESSINGER. Préface du professeur Chauffard.

Nul n'était mieux désigné que M. N. Fiessinger pour écrire un livre sur les ferments leucocytaires qu'il a si particulièrement contribué à faire connaître. Et il s'agit là d'une contribution extrêmement importante qui ouvre, non seulement à la pathologie mais encore à la biologie toute entière, des horizons nouveaux, car, suivant l'expression de M. Chauffard, le leucocyte est une petite glande endocrine mobile qui, par suite, ne se borne pas à assurer au moyen de la phagocytose la destruction des bactéries et des corps étrangers, mais encore sécrète, à elle seule, presque tous les ferments que l'organisme produit, en outre, dans des tissus profondément différenciés. A ce titre, le leucocyte mérite l'étude physiologique très soigneuse et parfaitement documentée qu'en fait l'auteur. Chaque ferment leucocytaire montre sa localisation, son rôle dans la digestion et l'histolys et dans les réactions humorales. De ces propriétés découlent les applications, d'une part à la pathologie générale, de l'autre à la thérapeutique. En effet, grâce à la connaissance de ces propriétés, on peut désormais expliquer certains phémonènes demeurés jusqu'ici

(1) Un vol. fort in-8 de 1574 pages, avec 587 fig. dans le texte. — Prix : relié en 1 vol., 65 fr.; relié en 2 vol., 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Grand in-8 illustré. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson.

obscurs : la fièvre de résorption, la résolution des exsudats, la tyrosine-réaction, la liquéfaction du pus, la détersion et la réunion des plaies, etc. ; on peut mieux comprendre la croissance tissulaire et l'autolyse et l'immunité acquise. En outre, ces propriétés sont utilisables pour le diagnostic biologique sous forme de zymo-diagnostic (N. Fiessinger et P.-L. Marie) et en thérapeutique sous forme de protéoso-thérapie et de leucothérapie, dans les infections aiguës et la tuberculose. On voit de quelle ampleur est le sujet traité et quel intérêt il présente aussi bien pour les praticiens que pour les savants de laboratoire. Une bibliographie très complète fait suite à chaque chapitre et met ainsi des matériaux très précieux entre les mains des chercheurs. Souhaitons à ce livre remarquable tout le succès qu'il mérite.

J. LAUMONIER.

Hygiène prophylactique des hémorroïdaires (1), par OZENNE, chirurgien honoraire de Saint-Lazare.

Ce petit livre est le fruit d'une expérience longue et avertie; il serait vivement à souhaiter que tous ceux qui sont déjà ou qui sont appelés à être des hémorroïdaires puissent le lire et profiter des sages conseils qu'il apporte, car, à vrai dire, ce travail est destiné, moins aux médecins, encore qu'ils puissent en tirer grand profit, qu'au public, lequel trop souvent néglige ou soigne mal une affection qui peut devenir sérieuse tout en restant curable.

Les arthritiques sont innombrables, tous sont des candidats aux hémorroïdes; l'auteur indique tout d'abord les règles d'hygiène qu'ils doivent observer pour éviter ce désagrément; c'est la prophylaxie. Mais beaucoup sont déjà porteurs d'hémorroïdes, qu'ils soient goutteux ou rhumatisants, dyspeptiques, hépatiques, diabétiques, obèses, cardiaques, néphritiques ou neurasthéniques, et à chacune de ces catégories de malades, frappés de la même affection surérogatoire, M. Ozenne indique avec soin le régime, les exercices physiques, les cures spéciales qui conviennent, en insistant moins peut-être sur ce qu'il faut faire que sur ce qu'il faut éviter. Enfin, les derniers chapitres sont consacrés au traitement, traitement médical des hémorroïdes symptomatiques et idiopathiques, traitement chirurgical, quand la thérapeutique purement médicale a échoué ou demeure inapplicable.

Remercions M. Ozenne de cet excellent petit livre qui ne peut manquer de rendre à un grand nombre de personnes les plus précieux services.

J. LAUMONIER.

Manipulations de chimie colloïdale (2), par W. OSTWALD, avec la collaboration de P. Wolski et A. Kuhn, traduit sur la 4e édition allemande par E. Vellinger.

La connaissance des colloïdes, toute récente qu'elle soit et si imparfaite qu'elle soit encore à certains égards, est désormais indispensable dans un grand nombre de sciences, et, avant tout, dans celles qui appartiennent au domaine biologique puisque la substance vivante est un colloïde. Aussi convient-il de signaler l'apparition de la traduction française d'un travail du professeur Ostwald qui, pour être un ennemi irréconciliable de la France, n'en est pas moins un savant éminent auquel il convient de rendre à ce point de vue, justice. Ce travail, en effet, essentiellement pratique, est destiné aux étudiants qui s'intéressent à l'étude des colloïdes ou veulent s'y spécialiser et qui désirent, par suite, s'initier aux méthodes de préparation des colloïdes, à leurs propriétés et aux divers procédés de mesure qui s'y réfèrent. Nul guide ne leur sera d'une plus grande utilité car il se recommande, en outre, par le choix judicieux des exemples et la clarté de l'exposition.

J. LAUMONIER.

Les sécrétions internes, leur influence sur le sang (3), par les docteurs M. PERRIN et A. HAANS. Préface du professeur A. GILBERT.

Cette seconde édition s'est enrichie de très nombreux documents, mais elle ne modifie en rien les conclusions de la première, parue en 1910. M. M. Perrin et son collaborateur reconnaissent que les processns hématopoiétiques sont soumis, comme ils le montrent en passant en revue toutes les sécrétions internes, à des influences humorales, en dehors desquelles le sang ne saurait physiologiquement se constituer. Mais l'action des sécrétions endocrines s'atteste variable et compliquée ; tantôt elle accroît, tantôt elle diminue la prolifération ou la destruction des tissus hémogéniques ; de plus, elle intervient sur les éléments figurés du sang et sur sa constitution même, et, à cet égard, il est regrettable que les auteurs n'aient pas insisté davantage sur les modifications globulaires et plasmatiques qui résultent, tant de la diminution de l'insuline dans les diabètes graves, que de son excès momentané au cours du traitement, mais il est probable que l'ouvrage était déjà imprimé quand ont été connues en France, les recherches de Macleod, Banting et Best. Enfin, les diverses sécrétions internes réagissent également les unes sur les autres, et c'est la résultante de leur interaction qui fournit l'élément primordial pour la régulation de l'hématopoièse. Toutefois, en raison de l'extrême fragilité du liquide sanguin, la plupart des hormones se trouvent être favorisantes. Telle est, du moins, la conclusion des auteurs ; elle est appuyée sur des faits assez nombreux et concluants pour qu'on puisse désormais l'accepter et en tirer parti au point de vue thérapeutique.

J. LAUMONIER.

(1) In-8. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson.
(2) In-8. — Paris, Gauthier-Villars.
(3) Deuxième édition, 1923. — Prix broché : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière.

Soren Studies on pneumococcus types kopenhagen (1), par CHRISTENSEN.

Réunissant les nombreuses notes consacrées à l'étude des pneumocoques et dont beaucoup ont paru dans le *Bulletin de la Société de biologie*, Christensen a consacré un volume de 167 pages à la question des races de pneumocoques dont certains de ses compatriotes (Kjer) avaient déjà entrevu le rôle dans l'épidémiologie des affections respiratoires.

L'identification a été faite par l'agglutination en utilisant des sérums américains.

Leurs résultats peuvent se résumer ainsi :

	TYPES			
	I	II	III	IV
Pneumonie (110 cas)	36	30	35	9
Broncho-pneumonie (17 cas)	3	4	4	6
Grippe (69 cas)	4	3	10	52
Méningite (16 cas)	5	5	6	0
Individus sains (230)	1	3	21	205

On n'observe pas au Danemark comme en France et en Amérique la prédominance du type I et II. Comme l'avaient déjà observé Nicolle et Mlle Raphaël, les antisérums sont rigoureusement spécifiques au point de vue de l'immunité passive de la souris.

Cependant il nous faut ajouter que, contrairement à l'opinion de Christensen, M. Nicolle a signalé dans des recherches ultérieures la haute valeur antigène du pneumocoque II et a pu vérifier expérimentalement l'action du sérum II ce qu'a confirmé son emploi thérapeutique chez l'homme.

J. PARAF.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel des maladies de l'œil à l'usage des étudiants et des praticiens, par Charles H. MAY. Traduit et annoté par P. BOUIN, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Quatrième édition française d'après la 10e édition américaine. Un volume de 452 pages avec 369 figures en noir et en couleurs et 22 planches hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Syphilis du cœur et des vaisseaux sanguins, par Ch. FOUQUET, ancien chef de clinique de la Faculté, ancien assistant à l'hôpital Saint-Louis. In-8 de 176 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères.

Histoire et conséquences pratiques de la découverte des vitamines, par Casimir FUNK (avec la coopération de Raoul LECOQ). In-8 carré de 88 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, Vigot frères.

(1) Kopenhagen 1923, Brnold Busk.

TABLE DES MATIÈRES

1923

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T.

U

V

X

Y

Z

TABLE DES AUTEURS

1923



A

B

C

D

E

F

G

H

N

O

P

Q

R

S

T

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE

